



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

**CONOCIMIENTOS SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS Y SU  
RELACIÓN CON LA PREFERENCIA POR EL USO DE ANTICONCEPTIVOS  
HORMONALES EN PUÉRPERAS DE PARTO VAGINAL EUTÓCICO,  
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO YARINACOA - ABRIL  
2017**

**TESIS PRESENTADA POR:**

**PAREDES FLORES RICHARD BEYMER**

**PARA OPTAR**

**Título Profesional de LICENCIADO EN OBSTETRICIA**

**ASESORA:**

**OBST. GÓMEZ BARRÍA LUISA ISABEL**

**Pucallpa, 2017**

## INDICE

**CARATULA**

**INDICE**

**DEDICATORIA**

**AGRADECIMIENTO**

**RESUMEN**

**ABSTRACT**

**INTRODUCCION**

### **CAPITULO I**

#### **PLANTEAMIENTO METODOLOGICO**

<b>1.1</b>	Descripción de la realidad problemática.....	8-12
<b>1.2</b>	Delimitación de la investigación.....	12
	1.2.1 Delimitación espacial.....	12
	1.2.2 Delimitación temporal.....	12
	1.2.3 Delimitación social.....	12
<b>1.3</b>	Formulación del problema.....	13
	1.3.1 Problema principal.....	13
	1.3.2 Problemas secundarios.....	13
<b>1.4</b>	Objetivos de la investigación.....	14
	1.4.1 Objetivo general.....	14
	1.4.2 Objetivos específicos.....	14
<b>1.5</b>	Hipótesis de la investigación.....	15
	1.5.1 Hipótesis general.....	15
	1.5.2 Hipótesis secundarias.....	15
	1.5.3 Identificación y clasificación de variables e Indicadores.....	16
	1.5.4 Operacionalización de variables.....	16-17
<b>1.6</b>	Diseño de la investigación.....	17
	1.6.1 Tipo de investigación.....	17-18
	1.6.2 Nivel de investigación.....	18
	1.6.3 Método de investigación.....	18
<b>1.7</b>	Población y muestra de la investigación.....	19
	1.7.1 Población.....	19
	1.7.2 Muestra.....	19-20

	1.7.2.1 Criterios de Inclusión y Exclusión.....	20
<b>1.8</b>	Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	21
	1.8.1 Técnicas.....	21
	1.8.2 Instrumentos.....	21-24
<b>1.9</b>	Justificación e importancia de la investigación.....	24-27

## **CAPITULO II**

### **MARCO TEORICO**

<b>2.1</b>	FUNDAMENTOSN DE LA INVESTIGACIÓN.....	28
	2.1.1 ANTECEDENTES.....	28
	2.1.1.1 ANTECEDENTES INTERNACIONALES.....	28-31
	2.1.1.2 ANTECEDENTES NACIONALES.....	32-36
	2.1.1.3 ANTECEDENTES LOCALES.....	36
	2.1.2 Bases teóricas.....	37-96
	2.1.3 Definición de términos básicos.....	96-99

## **CAPITULO III**

### **PRESENTACION, ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS**

<b>3.1</b>	Resultado, Análisis e Interpretación.....	100-122
	Conclusiones.....	123-124
	Recomendaciones.....	125-126
	Fuentes de información.....	127-133
	ANEXOS.....	134

**Dedico a:**

Mis padres, Alfonso y Yolanda, por confiar en mí, por su apoyo y cariño incondicional en cada momento de mi vida y en el cumplimiento de mis objetivos. Estoy muy agradecido.

**Agradezco:**

A Dios por haberme acompañado a lo largo de toda mi vida, por siempre darme fuerzas en los momentos más necesitados y por haberme dado una vida llena de aprendizaje y felicidad.

A mis padres por haberme inculcado valores durante toda mi vida, por haber sembrado en mí el deseo de superación y por todo el apoyo incondicional.

A mis hermanos, por ser parte importante en mi vida, aunque no los tenga a todos cerca de mí, siempre sentí su afecto, cariño y apoyo; gracias por confiar en mí.

Al personal de obstetricia del Hospital Amazónico por su cortesía y permitir el tiempo requerido para la ejecución de este estudio.

## RESUMEN

El presente estudio fue planteado con el **objetivo** de determinar si existe relación entre el nivel de conocimientos sobre métodos anticonceptivos y la preferencia por el uso de anticonceptivos hormonales, en puérperas de parto vaginal eutócico, en el Hospital Amazónico, Ucayali. **Material y métodos:** Para el estudio no experimental, correlacional, de corte transversal, prospectivo, se encuestó a 180 puérperas, en el mes de abril 2017. Las variables del estudio fueron: Niveles de conocimientos sobre conceptos, cuáles son los métodos anticonceptivos naturales, cuáles son los métodos anticonceptivos no naturales; y la Preferencia por el uso de anticonceptivos hormonales en el puerperio. Con un nivel de significancia de  $p < 0.05$ , se obtuvieron los siguientes **resultados:** El 58% tienen entre 20 y 34 años de edad, 27% son adolescentes, 88% es ama de casa, 60% tiene grado de instrucción secundaria, 83% es conviviente, 68% ha tenido de 6 a más atenciones prenatales, 81% refirió haber recibido consejería de planificación familiar durante el embarazo, pero sólo el 37% refirió que su pareja también recibió la consejería, 67% había aceptado usar métodos hormonales para después del parto. Para los niveles de conocimientos sobre métodos anticonceptivos, el 58% tiene nivel medio sobre conceptos, 48% tiene bajo nivel sobre cuáles son los métodos naturales, el 61% tiene nivel medio sobre cuáles son los métodos no naturales. El 92% salió de alta usando método inyectable hormonal trimestral de sólo progestágeno. **Conclusiones:** Existe relación entre el nivel de conocimientos sobre métodos anticonceptivos y el uso de anticonceptivos hormonales, con  $r = -0.2811$ , siendo una relación inversa, debido a un nivel medio de conocimientos sobre conceptos de métodos anticonceptivos y de cuáles son los métodos no naturales y bajo sobre cuáles son los métodos naturales, lo que hace optar a las usuarias por métodos más seguros como los métodos hormonales. **Palabras clave:** Conocimientos, métodos anticonceptivos, métodos anticonceptivos naturales, métodos anticonceptivos no naturales, anticonceptivos hormonales, Puerperio, uso de anticonceptivos hormonales, Parto vaginal eutócico.

## ABSTRACT

The present study was raised with the **objective** of determining if there is a relationship between the level of knowledge about contraceptive methods and the preference for the use of hormonal contraceptives, in puerperal women of vaginal birth vaginal, in the Hospital Amazonian, Ucayali. **Material and methods:** For the not experimental study, correlational and cross-sectional, prospective study surveyed 180 puerperal women, in the month of April 2017. The study variables were: levels of knowledge about concepts, what are natural contraception methods,, what are the contraceptive methods not natural; and the preference for the use of hormonal contraceptives in the puerperium. With a level of significance of  $p < 0.05$ , **the following results were obtained:** 58 per cent are between 20 and 34 years of age, 27% are adolescents, 88% is a housewife, 60% have degree of secondary education, 83% is cohabitee, 68% had 6 to more care prenatal, 81 percent reported having received counseling on family planning during the pregnancy, but only 37% stated that your partner also received counseling, 67% had accepted the use of hormonal methods for after childbirth. For the levels of knowledge about contraceptive methods, 58% have average level on concepts, 48% have low level on what are the natural methods, 61% have average level on which methods are not natural. The 92% left high using injectable method hormonal quarterly only progestin. **Conclusions:** There is a relationship between the level of knowledge about contraceptive methods and the use of hormonal contraceptives, with  $r = -0.2811$ , being an inverse relationship, due to a medium level of knowledge about the concepts of contraceptive methods and which methods are not natural and low on what are the natural methods, making it eligible for the users by most secure methods such as hormonal methods. **Keywords:** Knowledge, contraceptive methods, contraceptive methods natural, contraceptive methods not natural, hormonal contraceptives, the puerperium, use of hormonal contraceptives, vaginal birth vaginal.

## INTRODUCCION

La salud reproductiva es definida por la Organización Mundial de la Salud como un estado general de bienestar físico, mental y social, y no sólo de ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual y de procrear en forma satisfactoria y sin riesgos, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. <sup>(1)</sup>

El estudio de la prevalencia de la anticoncepción es de particular importancia, no solo porque es el determinante próximo más importante de la fecundidad, sino por la utilización práctica que pueden hacer de esta información los administradores de los programas de planificación familiar y los responsables de la formulación de políticas de población y salud. El adecuado conocimiento del nivel de uso y de los tipos de métodos empleados permite evaluar también la efectividad de los programas desarrollados en el pasado reciente y posibilita, además, identificar a los grupos con limitado acceso a los servicios de orientación, comercialización o distribución. <sup>(2)</sup>

En el presente estudio de “Conocimientos sobre métodos anticonceptivos y su relación con la preferencia por el uso de anticonceptivos hormonales, en puérperas de parto vaginal eutócico“, se identificó la relación que existe entre el nivel de conocimientos sobre los métodos anticonceptivos en general y la preferencia por el uso de los métodos anticonceptivos hormonales. Obteniéndose una relación inversa debido a que las usuarias presentaron bajo nivel de conocimientos sobre métodos naturales y nivel medio de conocimientos sobre los conceptos de métodos y sobre los métodos no naturales, también definidos en un inicio como artificial, lo que hace que las usuarias prefieran usar métodos más seguros como son los métodos hormonales. Este estudio se realizó en el mes de abril 2017 en el Hospital Amazónico en el Distrito de Yarinacocha y contribuye con la importancia para el mantenimiento del abastecimiento de todos los métodos anticonceptivos en la institución para la satisfacción de las usuarias.

## **CAPITULO I**

### **PLANEAMIENTO METODOLÓGICO**

#### **1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA**

La salud reproductiva es definida por la Organización Mundial de la Salud como un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y de procrear sin riesgos, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia'. Al mencionar la libertad para decidir cuándo y con qué frecuencia procrear, nos indica la necesidad de información de los métodos anticonceptivos que se incluyen en la atención de la salud reproductiva. <sup>(1)</sup>

El estudio de la prevalencia de la anticoncepción es de particular importancia, no solo porque es el determinante próximo más importante de la fecundidad, sino por la utilización práctica que pueden hacer de esta información los administradores de los programas de planificación familiar

y los responsables de la formulación de políticas de población y salud. El adecuado conocimiento del nivel de uso y de los tipos de métodos empleados permite evaluar también la efectividad de los programas desarrollados en el pasado reciente y posibilita además, identificar a los grupos con limitado acceso a los servicios de orientación, comercialización o distribución. <sup>(2)</sup>

Uno de los objetivos de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2014 fue determinar el nivel de conocimiento de los métodos anticonceptivos, pues es una condición necesaria para su uso. Al igual que el cuestionario del año 2009, incluyó una sección completa sobre el conocimiento, el uso pasado y el uso actual de métodos de planificación familiar. La medición del conocimiento se realizó preguntando a la entrevistada sobre qué métodos conocía o había oído hablar para demorar o evitar un embarazo. Para cada método no mencionado, espontáneamente se le leía el nombre del método, una breve descripción y se indagaba nuevamente si había oído hablar de ese método. En este sentido, “conocer un método”, no significa necesariamente que la mujer tenga un buen nivel de información sobre el método; basta con que por lo menos lo conozca de nombre, o tenga una idea de cómo se emplea. <sup>(2)</sup>

El conocimiento de métodos para la regulación de la reproducción fue muy difundido entre la población femenina y entre todos los grupos poblacionales. El 99,7% de las mujeres en edad fértil conocen o han oído hablar de algún método de planificación familiar, siendo los métodos modernos conocidos por el 99,6% de todas las mujeres entrevistadas. Con respecto al año 2009 aumentó en 0,4 y 0,6 puntos porcentuales respectivamente. Entre los métodos modernos menos conocidos por las mujeres entrevistadas se encontraron, la amenorrea por lactancia (23,4%), los métodos vaginales -espuma, jalea y óvulos- (43,5%), implantes (49,2%) y el condón femenino (52,2%). <sup>(2)</sup>

La salud sexual consiste en disfrutar la sexualidad sin el riesgo de padecer violencia o adquirir alguna enfermedad o de tener un embarazo que no se ha planeado o no se ha deseado. La salud reproductiva incluye la capacidad de las personas para tener una vida sexual segura y satisfactoria y reproducirse de acuerdo a su libertad para decidir cuándo, cómo, con quién y con qué frecuencia hacerlo. <sup>(3)</sup>

Esto significa, además, que los servicios debieran garantizar información y educación sobre salud sexual y reproductiva, acceso a la metodología anticonceptiva y planificación familiar. Es dentro de este panorama que las actividades de anticoncepción y planificación familiar deben cumplir su cometido, de ayudar a las personas a alcanzar su fecundidad deseada y contribuir a su desarrollo. <sup>(3)</sup>

Lo más importante es tener el conocimiento adecuado respecto a las posibilidades de métodos anticonceptivos a los que se puede acceder, sobre todo en el momento en que ya se cumplió de manera próxima el deseo de iniciar o continuar con la formación de una familia, como lo es el momento del puerperio, donde la pareja y sobre todo la madre, debe de decidir entre el uso de un método anticonceptivo para prevenir el quedar embarazada de una manera próxima, ya sea de una forma reversible o permanente. Y no solo el conocimiento se basa en el método que elegirán, sino en el método que no pueden utilizar por su condición de púerperas con un proceso de lactancia de mínimo los próximos 6 meses. <sup>(3)</sup>

Lo ideal sería que antes del parto, la gestante sepa el método que usará en el futuro, ya que la atención prenatal representa una oportunidad única para realizar intervenciones dirigidas a evitar los embarazos no deseados, pero lamentablemente, la mayoría de pacientes aún duda en la etapa de puerperio el optar o no por un método anticonceptivo, en algunos casos por desconocimiento total, otras por temor a supuestos efectos del uso, o por no saber cómo usarlos; todo ello dificulta que la paciente sea dada de

alta con un método escogido, o en el mejor de los casos ya administrado o colocado. <sup>(3)</sup>

La planificación familiar posibilita el crecimiento organizado de la población a través de personas que adoptan un método anticonceptivo, permitiendo que se tengan los hijos en edades y con espaciamentos adecuados (edad materna de 25 a 35 años y un intervalo ínter genésico mayor de 2 años), mejorando los recursos económicos y sociales de las parejas. <sup>(3)</sup>

El período posparto brinda la posibilidad no sólo de captar una población cautiva para la educación sobre los métodos anticonceptivos sino también altamente motivada. Durante este tiempo, el asesoramiento sobre los distintos métodos anticonceptivos, la elección y uso subsiguiente representa una oportunidad importante para evitar embarazos futuros no deseados. <sup>(3)</sup>

El asesoramiento es un componente importante de anticoncepción, ya que la mujer debe disponer la información adecuada antes de escoger un método anticonceptivo. El personal de salud debe evaluar a cada mujer en forma individual respecto a su edad, condición de fecundidad, número de hijos, salud, creencias y costumbres locales, todo ello como metodología tendiente a optimizar la calidad de vida y mejorar las tasas de morbimortalidad materno infantil, inmersa en el concepto de planificación familiar, se aplica contraceptivos modernos clasificados en temporales y definitivos. <sup>(4)</sup>

La planificación familiar se define como la decisión libre, consiente y voluntaria de la persona y/o pareja para determinar el número de hijos que desean tener y cada cuanto tiempo. <sup>(4)</sup>

La anticoncepción durante el posparto adquiere una dimensión especial si se tiene en cuenta que el método seleccionado debe garantizar el

mantenimiento de la lactancia y la salud del binomio madre-hijo. Además de la importancia de un adecuado espaciamiento de los embarazos, como primera medida para reducir el riesgo de morbilidad y mortalidad materno-infantil. La estrategia de anticoncepción posparto es adecuada, previa consejería, desde el control prenatal. <sup>(4)</sup> Determinar la relación entre el nivel de conocimiento y métodos anticonceptivos en general y como se relaciona con la preferencia por el uso de método anticonceptivo específicamente en anticonceptivo hormonal debido a que el método hormonal es el que usa en mayor porcentaje en el puerperio y el periodo intergenésico. Así mismo se hace principal atención hacia los métodos hormonales que son los más utilizados según las estadísticas de parto y el programa de atención familiar institucional.

## **1.2. DELIMITACION DE LA INVESTIGACIÓN**

### **1.2.1 DELIMITACIÓN ESPACIAL:**

El área de estudio elegido para realizar el presente trabajo de investigación fue el HOSPITAL AMAZONICO, ubicado en el JR. AGUAYTIA # 605, Distrito de Yarinacocha, Provincia de Coronel Portillo, Región Ucayali, es además un Hospital referencial de nivel II – 2 de capacidad resolutive FONE y sede docente de pre y post grado. Entre los servicios que brinda encontramos la atención ambulatoria, emergencia y hospitalización, en los departamentos de Neonatología, Ginecología y Obstetricia, encontrándose de este último el servicio de puerperio. La atención es durante las 24 horas del día, teniendo gran afluencia de gestantes que provienen de los diferentes distritos de la Provincia de Coronel Portillo y de toda la Región.

### **1.2.2 DELIMITACIÓN TEMPORAL:**

La investigación se realizó durante el periodo del mes de Abril – 2017.

### **1.2.3 DELIMITACIÓN SOCIAL:**

Las unidades de análisis del presente estudio fueron las pacientes púerperas de parto vaginal eutócico atendidas en el Hospital Amazónico.

### **1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.**

#### **1.3.1 Problema Principal**

¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimientos sobre métodos anticonceptivos y la preferencia por el uso de anticonceptivos hormonales, en puérperas de parto vaginal eutócico, atendidas en el Hospital Amazónico, abril 2017?

#### **1.3.2 Problemas Secundarios**

- ¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimiento de conceptos sobre métodos anticonceptivos y la preferencia por el uso de anticonceptivos hormonales en puérperas de parto vaginal eutócico atendidas en el Hospital Amazónico, abril 2017?
- ¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimientos sobre cuáles son los métodos anticonceptivos naturales, y la preferencia por el uso de anticonceptivos hormonales en puérperas de parto vaginal eutócico atendidas en el Hospital Amazónico, abril 2017?
- ¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimientos sobre cuáles son los métodos anticonceptivos no naturales, y la preferencia por el uso de anticonceptivos hormonales en puérperas de parto vaginal eutócico atendidas en el Hospital Amazónico, abril 2017?
- ¿Cuál es el nivel de conocimientos sobre métodos anticonceptivos, en puérperas de parto vaginal eutócico atendidas en el Hospital Amazónico, abril 2017?
- ¿Cuál es el porcentaje de puérperas de parto vaginal eutócico que prefiere método anticonceptivo hormonal al egresar con anticonceptivo hormonal, en el Hospital Amazónico, abril 2017?

## **1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

### **1.4.1 Objetivo General**

Determinar la relación entre el nivel de conocimientos sobre métodos anticonceptivos y la preferencia por el uso de anticonceptivos hormonales, en puérperas de parto vaginal eutócico, atendidas en el Hospital Amazónico, abril 2017.

### **1.4.2 Objetivos Específicos**

- Establecer la relación entre el nivel de conocimiento de conceptos sobre métodos anticonceptivos y la preferencia por el uso de anticonceptivos hormonales en puérperas de parto vaginal eutócico atendidas en el Hospital Amazónico, abril 2017.
- Identificar la relación entre el nivel de conocimientos sobre cuáles son los métodos anticonceptivos naturales, y la preferencia por el uso de anticonceptivos hormonales, en puérperas de parto vaginal eutócico atendidas en el Hospital Amazónico, abril 2017
- Identificar la relación entre el nivel de conocimientos sobre cuáles son los métodos anticonceptivos no naturales, y la preferencia por el uso de anticonceptivos hormonales, en puérperas de parto vaginal eutócico atendidas en el Hospital Amazónico, abril 2017
- Determinar el nivel de conocimientos sobre métodos anticonceptivos, en puérperas de parto vaginal eutócico atendidas en el Hospital Amazónico, abril 2017.
- Estimar el porcentaje de puérperas de parto vaginal eutócico que prefiere método anticonceptivo hormonal al egreso, en el Hospital Amazónico, abril 2017.

## **1.5. HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN**

### **1.5.1 Hipótesis General**

**H<sub>1</sub>:** Existe relación entre el nivel de conocimientos sobre métodos anticonceptivos y la preferencia por el uso de anticonceptivos hormonales, en puérperas de parto vaginal eutócico, atendidas en el Hospital Amazónico, abril 2017.

**H<sub>0</sub>:** No existe relación entre el nivel de conocimientos sobre métodos anticonceptivos y la preferencia por el uso de anticonceptivos hormonales, en puérperas de parto vaginal eutócico atendidas en el Hospital Amazónico, abril 2017.

### **1.5.2 Hipótesis Secundarias**

- Existe relación significativa entre el nivel de conocimiento de conceptos sobre métodos anticonceptivos, y la preferencia por el uso de anticonceptivos hormonales en puérperas de parto vaginal eutócico atendidas en el hospital Amazónico, abril 2017.
- Existe relación significativa entre el nivel de conocimientos sobre cuáles son los métodos anticonceptivos naturales, y la preferencia por el uso de anticonceptivos hormonales, en puérperas de parto vaginal eutócico atendidas en el Hospital Amazónico, abril 2017.
- Existe relación significativa entre el nivel de conocimientos sobre cuáles son los métodos anticonceptivos no naturales, y la preferencia por el uso de anticonceptivos hormonales, en puérperas de parto vaginal eutócico atendidas en el Hospital Amazónico, abril 2017.

### 1.5.3 IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES E INDICADORES

- **Variable 01:**  
Nivel de Conocimientos sobre métodos anticonceptivos
- **Variable 02:**  
Preferencia por el uso de anticonceptivos hormonales en púérperas de parto vaginal eutócico

### 1.5.4 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES
<b>VARIABLE 01</b>  <b>CONOCIMIENTOS SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS</b>	<b>CONOCIMIENTO DE CONCEPTOS SOBRE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Concepto de Métodos Anticonceptivos</li> <li>• Lugar donde se brindan los anticonceptivos</li> <li>• Seguridad de los métodos anticonceptivos</li> <li>• Beneficios del uso del Preservativo</li> <li>• Inicio del uso del método anticonceptivo</li> <li>• Contraindicación del método anticonceptivo</li> <li>• Riesgos del método interrupción del acto sexual</li> <li>• Riesgos de la Lactancia Materna Exclusiva como método anticonceptivo</li> <li>• Concepto de Planificación Familiar</li> <li>• Planificación Familiar como derecho de las personas</li> <li>• Lugar donde se brinda la orientación y consejería sobre Planificación Familiar</li> </ul>
	<b>CONOCIMIENTOS SOBRE CUÁLES SON LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS NATURALES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Método del ritmo o calendario</li> <li>• Método de Billings o del moco cervical (el moco que sale de la vagina)</li> <li>• Temperatura basal</li> <li>• Método de los días fijos o</li> </ul>

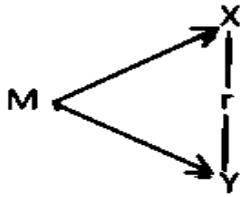
		del collar <ul style="list-style-type: none"> <li>• La Lactancia materna</li> <li>• Interrupción del acto sexual</li> </ul>
	<b>CONOCIMIENTOS SOBRE CUÁLES SON LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS ARTIFICIALES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preservativo o condón masculino</li> <li>• Preservativo o condón femenino</li> <li>• Espumas y Tabletas vaginales</li> <li>• Método oral combinado (píldoras)</li> <li>• Método oral de progestágeno</li> <li>• Implante hormonal</li> <li>• Método inyectable mensual</li> <li>• Método inyectable trimestral</li> <li>• T de cobre</li> <li>• Ligadura de Trompas</li> <li>• Vasectomía</li> </ul>
<b>VARIABLE 02</b>  <b>PREFERENCIA POR EL USO DE ANTICONCEPTIVOS HORMONALES EN EL PUERPERIO</b>	<b>PUÉRPERAS QUE EGRESAN CON ANTICONCEPTIVO HORMONAL EN EL PUERPERIO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Porcentaje de puérperas que aceptaron método anticonceptivo hormonal en el puerperio</li> </ul>

## 1.6. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El diseño de la investigación se basa en el método de investigación científica que seguirá principios de exploración, descripción y análisis para demostrar la hipótesis alterna, cumplir con los objetivos y responder a los problemas planteados. Siendo un estudio no experimental, correlacional.

### 1.6.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

El estudio es de tipo correlacional, porque se identificó la relación entre las dimensiones delimitadas de las diferentes variables de estudio, cuya fórmula propuesta es de Hernández S., R.; <sup>(5)</sup>



Donde:

M = Muestra de púérperas de parto vaginal eutócico

X = Variable 1: Conocimiento sobre métodos anticonceptivos

r = Coeficiente de correlación de Pearson

Y = Variable 2: Uso de anticonceptivos hormonales en el puerperio

Es descriptivo, prospectivo, ya que primero se dio la fase de planificación para poder considerar los criterios de inclusión que permitan describir y valorar los conocimientos que refieren las pacientes púérperas sobre métodos anticonceptivos y luego relacionarlo estadísticamente con la preferencia por el uso de anticonceptivos hormonales en el puerperio inmediato cuyo parto eutócico se produjo en el Hospital Amazónico.

### 1.6.2 NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Analítico porque se estudiará sobre un aspecto social como es la preferencia por el uso de anticonceptivos del programa de Planificación Familiar, asegurando el inicio o reinicio, del método anticonceptivo en este caso hormonal, en el puerperio, como posible consecuencia o relacionado al conocimiento de las pacientes púérperas sobre los métodos anticonceptivos.

### 1.6.3 MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

Cualitativo y Cuantitativo, porque para evaluar e identificar la relación estadística se describirán las características de las unidades analíticas en cuanto a conocimiento para establecer una estimación del nivel de conocimientos y la preferencia por el uso de anticoncepción hormonal en el puerperio de parto vaginal eutócico.

## 1.7 POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN

### 1.7.1 POBLACIÓN

Durante el año 2016 se dieron 2120 partos vaginales eutócicos, dicha población se consideró para hacer el cálculo de la muestra de estudio, para así los resultados obtenidos, se puedan inferir a la población de puérperas de parto vaginal eutócico en el Hospital Amazónico. Las pacientes reciben durante su control prenatal orientación y consejería brindándoles conocimientos que garantizan el uso de un método anticonceptivo desde el puerperio inmediato.

### 1.7.2 MUESTRA

Debido a que el estudio es Analítico, el método de muestreo es probabilístico, por lo tanto inferencial, es decir los resultados podrían ser útiles para proyectarlo a la población de puérperas de parto normal, se aplicará la fórmula de población conocida, para el cálculo de la muestra de estudio la misma que aseguraría la evaluación de relación entre las variables.

Formula:

$$n = \frac{Z^2 p \cdot q \cdot N}{e^2 (N-1) + Z^2 p \cdot q}$$

**Dónde:**

n = tamaño de la muestra

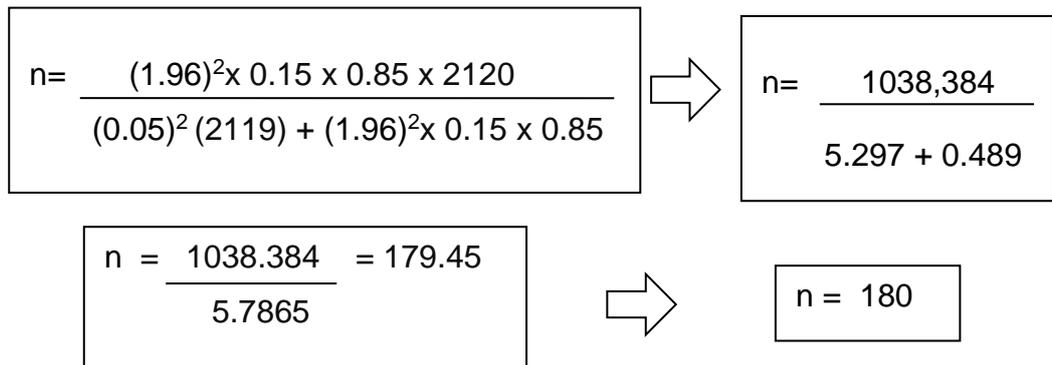
p = proporción aproximada esperada (éxito) es 15%=0.15 (según antecedentes)

q = proporción aproximada de fracaso 1- 0.15 = 0.85

Z = nivel de confiabilidad 95% es 1.96

e = nivel de precisión absoluta de 5% es 0.05

N = Población a estudiar = 2,120



Donde la muestra objetivo de estudio fue de 180 puérperas de parto vaginal eutócico del Hospital Amazónico.

#### 1.7.2.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes que se encuentren en etapa de puerperio de parto vaginal eutócico que permanezcan dentro de las 24 horas de observación del puerperio inmediato en el Hospital Amazónico.

#### 1.7.2.2. CRITERIOS DE EXCLUSION

- Pacientes que se encuentren en etapa de puerperio de parto vaginal distócico que permanezcan dentro de las 24 horas de observación del puerperio inmediato en el Hospital Amazónico.
- Pacientes con morbilidad mental.
- Pacientes que por sus condiciones de salud no puedan responder la encuesta.
- Pacientes que no dieran el consentimiento para la aplicación del instrumento.

## 1.8 TÉCNICAS E INSTRUMENTACIÓN DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS

### 1.8.1 TÉCNICAS

Para la recolección de datos se utilizó una encuesta elaborada por el investigador en base a los objetivos del estudio. Este trabajo expresa el nivel de conocimientos sobre los métodos anticonceptivos en las pacientes púerperas evaluando su relación con el porcentaje de las mismas que egresan con método anticonceptivo hormonal en el puerperio.

### 1.8.2 INSTRUMENTOS

El instrumento que se aplicó, recogió datos requeridos para el estudio distribuidos de la siguiente manera:

1. **Primera parte:** Datos generales, que registra la edad, estado civil, religión, grado de instrucción, paridad, procedencia, número de controles prenatales, edad de inicio de las relaciones sexuales, método anticonceptivo que utilizó antes del último embarazo, si el último embarazo fue deseado o planificado, si recibió consejería de Planificación Familiar en la atención prenatal, si su pareja también recibió consejería de Planificación Familiar, método anticonceptivo que aceptó durante la atención prenatal.
2. **Segunda parte:** Evalúa el conocimiento sobre métodos anticonceptivos, conformado por preguntas de respuesta única referente a: generalidades sobre métodos anticonceptivos y planificación familiar pregunta 1 y luego, desde la 4 a la 16; sobre los métodos anticonceptivos naturales que conoce en el ítem 2 (6 preguntas); sobre conocimientos de los métodos anticonceptivos no naturales en el ítem 3 (11 preguntas).

3. **Tercera parte:** Uso de método anticonceptivo, esta pregunta es acerca de la elección del método anticonceptivo durante la estancia hospitalaria, en caso de no haber elegido ningún método, se realiza una pregunta abierta para que coloque el o los motivos.

### **PUNTUACIÓN DEL NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS**

Para la puntuación y calificación de los ítems se utilizó el método de categorización de las variables con la Escala de Stanones.

**Fórmula:**  $a / b = \bar{X} \pm (0.75)(DS)$

Donde:

a/b : Son los valores máximo y mínimo para el intervalo

$\bar{X}$  : Promedio o media aritmética

0,75 : Constante                      DS : Desviación estándar

#### **Cuestionario para evaluar conocimientos generales de métodos anticonceptivos:**

- 13 preguntas con valor de 2 puntos en respuestas correctas y 0 puntos para respuestas incorrectas:

Valor mínimo= 0

Valor máximo = 26

Reemplazando:

$$a = \bar{X} + (0,75) (DS) \qquad b = \bar{X} - (0,75) (DS)$$

$$\bar{X} = 19,15 \text{ (valor global)} \qquad DS = 3,5$$

$$a = 19.15 + (0,75) (3,5) \qquad b = 19.15 - (0,75) (3,5)$$

$$a = 22 \qquad b = 17$$

#### **Calificaciones de nivel de conocimientos generales**

- Nivel Alto: > 22
- Nivel Medio: 18 a 22 puntos
- Nivel Bajo: 0 a 16 puntos

**Cuestionario para evaluar conocimientos de métodos anticonceptivos naturales:**

- 6 preguntas con valor de 2 puntos en respuestas correctas y 0 puntos para respuestas incorrectas:

Valor mínimo = 0 Valor máximo = 12

Reemplazando:

$$a = \bar{X} + (0,75) (DS) \quad b = \bar{X} - (0,75) (DS)$$

$$\bar{X} = 4 \text{ (valor global)} \quad DS = 2$$

$$a = 4 + (0,75) (2) \quad b = 4 - (0,75) (2)$$

$$a = 6 \quad b = 3$$

**Calificaciones de nivel de conocimientos sobre anticonceptivos naturales**

- Nivel Alto: 8 a 12
- Nivel Medio: 4 a 6 puntos
- Nivel Bajo: < 4 puntos

**Cuestionario para evaluar conocimientos de métodos anticonceptivos artificiales:**

- 11 preguntas con valor de 2 puntos en respuestas correctas y 0 puntos para respuestas incorrectas:

Valor min= 0 Valor max = 22

Reemplazando:

$$a = \bar{X} + (0,75) (DS) \quad b = \bar{X} - (0,75) (DS)$$

$$\bar{X} = 11,6 \text{ (valor global)} \quad DS = 4,23$$

$$a = 11,6 + (0,75) (4,23) \quad b = 11,6 - (0,75) (4,23)$$

$$a = 15 \quad b = 8$$

**Calificaciones de nivel de conocimientos sobre anticonceptivos artificiales:**

- Nivel Alto: 16 a 22
- Nivel Medio: 8 a 15 puntos
- Nivel Bajo: 2 a 6 puntos

## **CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO**

La confiabilidad de la información se verificó mediante el método de consistencia interna de Kuder de Richardson que es similar al método de Alfa de Cronbach para preguntas con más de dos opciones de respuesta. El método de Kuder Richardson es necesario para verificar la confiabilidad de respuestas dicotómicas. <sup>(6)</sup>

La prueba piloto ha permitido hacer los ajustes correspondientes en las preguntas en cuanto a la redacción, y para hallar la confiabilidad de la encuesta se trabajaron las preguntas de conocimientos generales sobre los métodos anticonceptivos, conocimientos sobre los métodos naturales y conocimientos sobre los métodos no naturales por separado, mediante el coeficiente de confiabilidad de Kuder Richardson:

- Para la validación del cuestionario de conocimientos generales sobre métodos anticonceptivos, se obtuvo un valor global de 0,77, con alta confiabilidad.
- En cuanto al cuestionario de conocimientos sobre los métodos naturales, se obtuvo un valor de 0,70 con alta confiabilidad.
- En cuanto al cuestionario de conocimientos sobre los métodos no naturales se obtuvo un valor de 0,71 con alta confiabilidad.

### **1.9 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN**

El puerperio es una etapa ideal para iniciar un método anticonceptivo debido a que es el inicio de un nuevo ciclo hormonal de una mujer que recién acaba de dar a luz.

El estudio del uso y nivel de conocimiento de la anticoncepción en el periodo del puerperio es de particular importancia, no solo porque es el determinante próximo más importante de la fecundidad, sino por la utilización práctica que pueden hacer de esta información los

administradores de los programas de planificación familiar y los responsables de la formulación de políticas de población y salud. <sup>(3)</sup>

La planificación familiar es uno de los elementos clave en la atención de calidad durante el posparto, según informe de expertos internacionales en atención de salud que se reunieron en Bellagio, Italia. Se ha demostrado que los intervalos cortos entre los embarazos aumenta el riesgo de morbilidad y de mortalidad para la madre y su hijo. Existen estudios que señalan que habría un 10 % menos de muerte maternas y 500 000 menos de muerte en niños durante el primer año de vida si se asegurara que todos los embarazos tuvieran intervalos mínimos de 2 años. <sup>(7)</sup>

El conocimiento que tenga la mujer sobre la fisiología reproductiva provee una herramienta básica para el éxito en el uso de los llamados métodos de abstinencia periódica y Método de Lactancia Materna Exclusiva y Amenorrea (MELA) o método de amenorrea por lactancia, y así disminuya la proporción de embarazos no deseados, embarazos adolescentes, entre otras razones. <sup>(8)</sup>

Según la OMS, la información y conocimiento de la anticoncepción luego del parto aumenta el uso de los métodos, y reduce los embarazos no deseados. Pero estos resultados no pueden observarse en todas las mujeres, sobre todo en las que se encuentren en contextos de escasos recursos. <sup>(9)</sup>

Además la justificación del uso de anticoncepción durante el puerperio se debe a los propios deseos de los usuarios, además de que desde el punto de vista médico es importante mantener un intervalo mínimo de tiempo entre un embarazo y otro: cuando es inferior a dos años, se ha asociado a un incremento en la incidencia de bajo peso al nacer, parto pretérmino, muerte neonatal, malnutrición o infección. <sup>(3)</sup>

Según algunos estudios nacionales el 90% de las puérperas egresan con métodos anticonceptivos, pero el 10% restante seguirá siendo una preocupación y resultado de la atención en los servicios de planificación familiar. Por lo que el presente estudio aportara con la información pertinente para el fortalecimiento de la consejería en la atención prenatal de la gestante.

Por consiguiente el embarazo y el post-parto son etapas de la vida reproductiva que ofrecen una buena oportunidad para educar a las mujeres sobre la importancia del espaciamiento de los hijos y sobre los métodos anticonceptivos. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) en 1993 señaló la importancia cultural de los períodos post-parto para las parejas, mostrando la necesidad de integrarla a los servicios de salud materno-infantil.

Al tener información acerca del conocimiento de los métodos anticonceptivos y la práctica respecto a su uso en esta población, se puede contribuir a generar estrategias de mejora en la salud sexual y reproductiva. <sup>(3)</sup>

La consejería sobre la importancia del uso del método anticonceptivo, en el puerperio inmediato antes del alta, se brinda durante el control prenatal que inicia en el establecimiento de salud de origen de la gestante, y cuando es referida por algún riesgo a mayor nivel de atención, la consejería garantizaría los conocimientos necesarios para la elección del método antes del parto. Incluso se aprovecha la oportunidad de brindarle la consejería a la pareja.

Evaluar el conocimiento en las usuarias es poder evaluar cuanto se necesita fortalecer las estrategias para garantizar la práctica de uso de anticonceptivos para el bienestar de la mujer en etapa fértil y su desarrollo personal. <sup>(10)</sup>

La importancia de tener conocimiento sobre la mayor cantidad de métodos ayudaría a elegir a las mujeres en forma consciente y acorde a su derecho como persona, el método más conveniente. Todos los métodos definidos para el estudio se encuentran contenidos en la Norma Vigente correspondiente. Finalmente el método que la gestante decide iniciar o reiniciar durante el puerperio inmediato es registrado en la historia clínica y la tarjeta de controles del embarazo con la que se presentará en la emergencia del hospital ante el inicio del trabajo de parto. Cabe resaltar que en las estadísticas obstétricas institucionales SIP 2000 del 2016, se observa que la mayoría de los casos optan por métodos anticonceptivos hormonales en un 71% del total de casos que egresan con métodos anticonceptivos.

## **CAPITULO II**

### **MARCO TEORICO**

#### **2.1 FUNDAMENTOS TEORICOS DE LA INVESTIGACION**

##### **2.1.1 ANTECEDENTES**

###### **2.1.1.1 ANTECEDENTES INTERNACIONALES**

**Sarria Arguello Heaysell, Betancourt Osejo Dennis;** en su estudio “Nivel de conocimientos, actitudes y prácticas sobre métodos anticonceptivos posparto en pacientes puérperas del servicio de maternidad del Hospital Bertha Calderón Roque, Enero a Marzo 2014”. Encontrándose que la falta de conocimiento adecuado sobre métodos anticonceptivos postparto se observó en la mayoría de los aspectos específicos analizados; de manera general se identificó un tipo de actitud favorable en más de la mitad de la población estudiada pero lamentablemente el nivel de práctica continua siendo malo y aumenta el riesgo a nuevos embarazos, muchas veces tempranos, no deseados y con periodos intergenésicos cortos, lo que aumenta el riesgo de complicaciones obstétricas y mortalidad materno fetal en la población de nuestro país. En las razones de uso de anticonceptivos posparto

predomina el deseo de no tener más hijos, la cultura machista que predomina en Latinoamérica y en nuestro país pone de manifiesto las razones de no uso de métodos anticonceptivos en el posparto refiriendo no usar algún método por decisión propia y por complacer a la pareja.

**En Ecuador en el año 2009 el Dr. Sánchez y colaboradores** realizaron un estudio cuyo principal objetivo fue describir el patrón sociodemográfico típico de las pacientes que no utilizan métodos anticonceptivos durante el periodo comprendido entre el segundo y sexto mes posparto encontrando como resultados que aquellas mujeres sin instrucción primaria, sin empleo y menores de 25 años presentan las tasas más bajas en cuanto al uso de métodos de planificación familiar en el posparto durante este lapso de tiempo. Posterior a dos cálculos de regresión logística se determinó que el descuido, la desaprobación por parte de la pareja en cuanto al uso y el no haber utilizado anteriormente algún método constituyen el perfil típico de una mujer que no usa métodos de planificación familiar durante el posparto. <sup>(7)</sup>

**En el año 2007 se realizó un estudio en Juigalpa, Chontales** acerca de factores que influyen en el uso y aceptación de métodos anticonceptivos en mujeres en edad fértil encontrándose los siguientes resultados: 95% refirieron tener algún conocimiento de métodos anticonceptivos, predomina el grupo de 20 a 29 con 51%, el medio de información más frecuente fue la televisión y la radio, los métodos más conocidos fueron los hormonales, la información recibida fue sobre la utilización y beneficio y el 75% clasificó esta información clara y comprensiva, la mayoría de las mujeres (65%) tenían un conocimiento regular sobre su administración. Entre los factores más importantes que influyeron en el uso y aceptación de los métodos están: la religión, deficiente calidad en la promoción de los métodos, machismo por parte de los hombres, influencia de la familia para aceptar los métodos, mitos, creencias y tabúes para su aceptación. <sup>(7)</sup>

**En Cuba en el año 2002 se realizó un estudio en 872 mujeres puérperas**, para determinar la frecuencia de uso de los anticonceptivos en el período posparto y factores asociados a su uso. Dentro de los resultados encontraron que 662 mujeres (75,9 %) utilizaron algún método y 210 (24,1 %) no utilizaron. En relación con la escolaridad, las universitarias fueron en su mayoría usuarias de uno de estos métodos (80,1 %), al igual que las que tenían un vínculo laboral (78,5 %). Aquellas que parieron por segunda ocasión mostraron mayor frecuencia de uso de los métodos de regulación de la fertilidad (82,5 %). Lograron evidenciar que dentro de las mujeres que decidieron planificar estaban las de mayor edad, con estabilidad de la pareja, tenían mayor nivel educacional y eran multíparas; por tanto llegaron a la conclusión que dichos factores ejercen una influencia positiva sobre la decisión de usar anticonceptivos. Cabe destacar que el método más utilizado fue el condón (30,8 %), seguido del DIU (29,3 %) y el método lactancia amenorrea [MELA] (16,0 %). Y en general, existe poco nivel de información en materia de anticoncepción posparto sólo el 28,5 % de la muestra recibió información sobre anticoncepción en el posparto y de este, el 83,6 % fue por parte del personal médico. <sup>(7)</sup>

**Cabrera Hernández, Maribel del Carmen** en su estudio “Nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos de las pacientes en puerperio de los servicios de maternidad del hospital central universitaria Antonio María Pineda abril-diciembre 2000. Barquisimeto” con la finalidad de evaluar el nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos en las puérperas de los servicios de maternidad y su relación con variables de orden individual y sociológico, se llevó a cabo un estudio descriptivo transversal durante el periodo Abril-Diciembre del 2000. Se estudiaron 400 puérperas, a las que se les aplicó un instrumento compuesto de 20 ítems, para evaluar diferentes aspectos que sobre métodos anticonceptivos tenían referentes a: generalidades sobre planificación familiar, ventajas de la planificación familiar post-parto; generalidades sobre métodos

anticonceptivos, modalidades y características de los métodos anticonceptivos y falsos conceptos sobre los mismos. De los resultados arrojados predominó el bajo nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos que se ubicó en la categoría deficiente (60,5%). Fue mayoritario el grupo etario entre 20 y 29 años con un 47% mostrando así mismo un nivel de conocimiento deficiente en un 61.8%. El 43% no completo la secundaria, además de tener una ubicación mayoritaria en la categoría deficiente (65.1%). La mayoría tenía una relación de pareja estable, casada 53% o en unión estable 43%, con predominio en ambos grupos del bajo nivel de conocimiento. El 58% realizaba oficio del hogar, con nivel de conocimiento predominante en la categoría deficiente 70.7%. El 50% pertenece a la clase obrera donde se observó el menor nivel de conocimiento. El 71% de las puérperas iniciaron sus relaciones sexuales entre los 14 y 19 años siendo el grupo que obtuvo el menor nivel de conocimiento. En el 61% de los casos el embarazo actual fue deseado, sin embargo tenían bajo nivel de conocimiento. El cónyuge y su pareja eligieron el método anticonceptivo que emplearon de mutuo acuerdo en el 73% de los casos, aun así el nivel de conocimiento resultó deficiente en su mayoría. El 43% de las pacientes habían esperado entre 1 y 5 años para un nuevo embarazo, pero el 62.8% de los casos ubicado en la categoría deficiente. El 82% habían tenido una sola pareja, de las cuales el 58.8% obtuvo un nivel de conocimiento deficiente. La participación del médico como fuente de información fue del 34% donde el nivel de conocimiento se ubicó en un 55.8% en la categoría deficiente.

### 2.1.1.2 ANTECEDENTES NACIONALES

**Ccorahua Cuadros, María Elena** en su trabajo realizado en el Hospital de Vitarte en el año 2007, con el **objetivo** de Determinar los conocimientos sobre lactancia Materna que poseen las adolescentes primigestas que acuden al control prenatal en el Hospital de Vitarte, Diciembre 2007.

**Material y Método:** Nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. La población estuvo conformada por 80 adolescentes primigestas que acudieron al control prenatal del Hospital de Vitarte. Se utilizó la técnica de la entrevista y como instrumento un cuestionario. Obteniendo como **resultados** que: En cuanto al conocimiento sobre Lactancia Materna que poseen las adolescentes primigestas de 60 (100 por ciento), 38 (63 por ciento) "no conoce" y 22 (37 por ciento) "conoce". En relación a los Aspectos Relacionados a la Lactancia Materna Exclusiva 31 (52 por ciento) "no conoce" y 29 (48 por ciento) "conoce", no conocen sobre el inicio e Importancia de la Lactancia Materna Exclusiva. En relación a los Beneficios de la Lactancia Materna 51 (85 por ciento no conoce); y 9 (15 por ciento) "conoce", no conocen sobre Los Beneficios para la madre. En relación a la Técnica de Lactancia Materna 34 (57 por ciento) "no conoce" y 26 (43 por ciento) "conoce", no conocen acerca de La forma en que la madre sostiene el pecho materno, succión del bebe, extracción manual de la leche materna y Cuidado de las mamas. **Conclusiones:** En relación al conocimiento global que poseen las adolescentes primigestas sobre lactancia materna la mayoría "no conoce" al respecto. En relación a los aspectos relacionados a la Lactancia Materna Exclusiva la mayoría "no conoce" respecto al inicio e importancia del mismo. Sobre los Beneficios de la lactancia Materna la mayoría "no conoce", en relación a los Beneficios para la madre. Acerca de la Técnica de Lactancia Materna la mayoría "no conoce" siendo su indicador más fuerte la succión del bebe entre otros. Estas situaciones colocan en riesgo tanto a la madre como al niño y al abandono de la lactancia Materna con el consecuente incremento de la morbimortalidad materno infantil.

**Navarro Ríos Brenda Lorena**, en su estudio “Influencia de los conocimientos y actitudes en la aceptación del método anticonceptivo en el posparto: hospital Hipólito Unanue abril – mayo 2008” con el **Objetivo:** determinar la influencia de los conocimientos y actitudes en la aceptación de método anticonceptivo en el posparto, en el Hospital Hipólito Unanue, en los meses de abril y mayo de 2008. **Material y métodos:** estudio descriptivo simple, prospectivo y transversal. La muestra del estudio fue 170 puérperas a entrevistar en el tiempo de estudio. **Resultados:** el nivel de conocimiento del método anticonceptivo en el posparto: regular (52,4%) y bueno (21,2%). En relación con las actitudes de las puérperas, la actitud De acuerdo obtuvo un 68,2%; Muy de acuerdo, un 13,6% y Ni en acuerdo ni en desacuerdo, un 18,2%. En lo que respecta a la influencia del conocimiento en la aceptación de anticonceptivos; del total de puérperas que aceptaron el método (123, 72,9%), tuvieron nivel de conocimiento bueno 36 (21,2%); regular 80 (47,6%) y malo 7 (4,1%). Respecto a la influencia de las actitudes para la aceptación de un anticonceptivo en el posparto, encontramos las actitudes Muy de acuerdo: 13,5%; De acuerdo: 57,1%, y Ni en acuerdo ni en desacuerdo: 1,8%. **Conclusiones:** el nivel de conocimiento y las actitudes influyen en la aceptación del método anticonceptivo en el posparto. Ello indica que las mujeres aceptan y valoran el método anticonceptivo para así mejorar su calidad de vida y la de su recién nacido.

**Ana Espinoza Saavedra, Luisa Grados Zavala, Magda Torres Cáceres**, en lima en 1995 realizaron un estudio sobre “Niveles de conocimiento y actitudes que tienen las puérperas adolescentes hacia el uso de métodos anticonceptivos según estrato social en Hospitales de Ministerio de Salud”, el cual tuvo como **objetivo** determinar el nivel de conocimientos que tienen las puérperas adolescentes sobre los métodos anticonceptivos según estrato social. Determinar las actitudes que tienen las puérperas adolescentes hacia el uso de los métodos anticonceptivos según estrato social. El **método** que utilizó fue el descriptivo transversal correlacional. La

muestra fue seleccionada por el método probabilístico estratificado y aleatorio simple, haciendo un total de 100 puérperas adolescentes hospitalizadas. Para la recolección de datos se utilizó la técnica de la entrevista – encuesta y como instrumento un formulado tipo cuestionario y una escala tipo Lickert. Para medir el estrato social se utilizó una escala elaborada por el Dr. Botto, la cual fue adaptada y validada por UPCH en el año 1991. **Las conclusiones** a las que llegaron fueron entre otras las siguientes: “La mayoría de las puérperas adolescentes que pertenecen al estrato social medio tienen un conocimiento medio y un porcentaje considerable que pertenece al estrato social bajo tiene un conocimiento bajo: dentro de los aspectos que desconocen las puérperas adolescentes de menos estrato tenemos lo que se necesita y quienes pueden utilizar los métodos naturales, cada que tiempo se debe controlar los DIU y el tiempo de permanencia de los anticonceptivos químicos después del acto sexual, incrementándose el riesgo a nuevos embarazos no deseados, abortos provocados entre otros, evidenciándose que existe una relación directa entre los conocimientos y estrato social de las puérperas adolescentes. Así mismo, la mayoría de puérperas adolescentes que pertenecen al estrato medio, muestran una actitud de indiferencia hacia el uso de los anticonceptivos con respecto a los efectos y eficacia de los mismos, y un porcentaje significativo que pertenecen al estrato bajo tiene una actitud de rechazo hacia la importancia de una actitud de rechazo hacia la importancia de una evaluación médica conllevándole a embarazos no deseados (poniendo en riesgo la salud de la madre y el producto de la concepción). Evidenciándose que existe una relación directa entre las actitudes y estrato social de las puérperas adolescentes.”

**Condori Tito Melida del Carmen, Camacho Quezada Jorge Luis**, en su estudio “Conocimiento y actitud que tienen las puérperas sobre el acetato de medroxiprogesterona (depo-provera) y su aceptación como método anticonceptivo. Instituto Especializado Materno Perinatal-2005” **Objetivo:** El presente trabajo tiene como objetivo estudiar la relación entre el

conocimiento-actitud de las puérperas del IEMP con la aceptación del Acetato de Medroxiprogesterona (Depo-Provera) como método anticonceptivo. **Material y Métodos:** El diseño de investigación fue de tipo descriptivo prospectivo correlacional. La muestra estuvo constituida por 120 puérperas, según criterios de inclusión y exclusión que se encontraban en los servicios de hospitalización del IEMP. La recolección de datos se obtuvo a través del cuestionario para evaluar conocimiento y el Test de actitud. Para la validez y confiabilidad del instrumento, estos fueron sometidos a juicio de expertos, confiabilidad estadística por alfa de cronbach y prueba piloto. **Resultados:** El tipo de conocimiento sobre Depo-Provera es 19.2% bueno, 68.3% regular y 12.5% malo; el tipo de actitud sobre el uso de Depo-Provera es 21.7% positiva, 20% negativa y 58.3% indiferente. En la relación entre conocimiento y actitud se obtuvo lo siguiente, las puérperas con actitud negativa tenían conocimiento regular 62.5%, malo 12.5% y bueno 25%, las puérperas con actitud indiferente tenían conocimiento regular 68.6%, malo 12.9% y bueno 18.5%, las puérperas con actitud positiva tenían conocimiento regular 73.1%, malo 11.5% y bueno 16.4%. Asimismo se determinó que existe relación entre la actitud y la aceptación de la Depo-Provera como MAC, para el grupo que aceptó: el 7.8% tuvo actitud negativa, 66.7% actitud indiferente y 25.5% actitud positiva; para el grupo que no aceptó: el 56.7% tuvo actitud negativa, 33.3% actitud indiferente y 10% actitud positiva. Con respecto al conocimiento se halló que no existe relación entre el tipo de conocimiento y la aceptación la Depo-Provera como MAC, para el grupo que aceptó: el 11.1% tuvo un mal conocimiento, 71.1% regular y 17.8% bueno; para el grupo que no aceptó: el 16.7% tuvo mal conocimiento, 60% regular y 23.3% bueno.

**Moras Rosado Maria**, en su estudio “Relación entre el conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en las pacientes puérperas del hospital nacional Daniel Alcides Carrión – enero 2015” con el **Objetivo:** Determinar la relación entre el nivel de conocimiento y el uso de métodos

anticonceptivos en las pacientes de puerperio del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión en enero del 2015. **Materiales y Métodos:** Se aplicó un cuestionario sobre conocimientos y uso de métodos anticonceptivos en las pacientes puérperas. Se evaluó generalidades sobre planificación familiar post-parto (pregunta 1 a la 3); métodos anticonceptivos (4 a la 9); modalidades y características de cada uno de los métodos (10 a la 16); y falsos conceptos sobre métodos anticonceptivos. Se buscó la relación entre conocimientos y uso mediante la prueba estadística de Chi Cuadrado, con un nivel de significancia de 0.05. **Resultados:** Las pacientes puérperas de los servicios de Maternidad del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión presentan un 53.8% de nivel de conocimientos “Deficiente”, un 35.9% de conocimientos “Regular” y solo el 10.3% obtuvo de puntaje lo correspondiente a un nivel “Bueno”; ninguna puérpera obtuvo calificación “Excelente”. El 89.7% decidió administrarse un método anticonceptivo antes de que se efectivice el alta médica, siendo el método más escogido el acetato de Medroxiprogesterona, en segundo y tercer lugar, la T de cobre y el bloqueo tubárico bilateral. No se observó una relación entre las variables uso y nivel de conocimiento. **Conclusiones:** El nivel de conocimiento que se encuentra en mayor proporción es el “Deficiente”. Aproximadamente el 90% de las encuestadas eligió un método anticonceptivo en la etapa de puerperio. El nivel de conocimientos no influye significativamente en la decisión de uso de un método anticonceptivo en la etapa puerperal.

### **2.1.1.3 ANTECEDENTES LOCALES**

A pesar de una exhaustiva búsqueda no se encontraron estudios locales en relación a conocimiento sobre métodos anticonceptivos y uso de los mismos.

## 2.1.2 BASES TEÓRICAS

### **Conocimientos**

El conocimiento es definido como diferentes puntos de vista; así en pedagogía el conocimiento es denominado como: tipo de experiencia que contiene una representación de un suceso o hecho ya vivido; también se le define como la facultad consciente o proceso de comprensión, entendimiento, que pertenece al pensamiento, percepción, inteligencia, razón. <sup>(11)</sup>

Desde el punto de vista filosófico: el conocimiento se define como un acto y un contenido; Según Salazar Bondy define el conocimiento como un acto es decir es la aprehensión de una cosa, objeto, etc., a través de un proceso mental y no físico; contenido es aquello que se adquiere a través de los actos de conocer, estos son acúmulos, transmitidos de unas personas a otras, no son subjetivos, son independientes para cada sujeto debido al lenguaje.

Distingue además 2 niveles de conocimientos:

**Conocimiento Vulgar:** aquel que es adquirido y usado espontáneamente.

**Conocimiento Científico:** aquel que se adquiere adoptando un papel que requiere de esfuerzos y preparación especial, es caracterizado por ser selectivo, metódico, explicativo, analítico y objetivo (apoyado en la experiencia).

**Conocimiento científico del nivel superior,** eminentemente problemático y crítico y al alcance universal, este conocimiento esclarece el trabajo de la ciencia, SALAZAR BONDY 1971. <sup>(11)</sup>

Según Mario Bunge, el conocimiento es un conjunto de ideas, conceptos, enunciados, comunicables que pueden ser claros, precisos, ordenados, vago e inexacto, clasificándolo en:

Conocimiento Científico el cual es racional, analítico, sistemático, verificable a través de la experiencia.

Conocimiento Vulgar es vago, inexacto limitado por la observación.

Según Manuel Kant en su “Teoría de conocimientos” refiere: que el conocimiento está determinada por la intuición sensible y los conceptos distinguiéndose dos tipos de conocimientos: Kant 1972. <sup>(11)</sup> Conocimiento puro o priori que se desarrolla antes de la experiencia y el Conocimiento empírico elaborado después de la experiencia.

De lo cual se puede considerar que el conocimiento es la adquisición de conceptos, conjunto de ideas que pueden ser ordenados, siendo importante considerar que es adquirido por una educación formal e informal es decir todos tenemos conocimientos, el cual puede ser vago o inexacto pero que se vuelve racional o verificable a través de la experiencia, por medio formal o informal mediante el ejercicio intelectual.  
(11)

### **Planificación Familiar**

Conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones dirigidas a mujeres y hombres en edad fértil, dentro de las cuales se encuentran la información, educación, orientación/consejería y la prescripción y provisión de métodos anticonceptivos, para que las personas o parejas ejerzan el derecho a decidir libre y responsablemente, si quieren o no tener hijos, así como el número y el espaciamiento entre ellos. <sup>(12)</sup>

### **La Atención en Planificación Familiar**

Los servicios integrales de planificación familiar serán ofrecidos en todo los establecimientos de salud pública del país de manera gratuita, incluyendo la historia clínica, orientación/consejería y la provisión de métodos anticonceptivos y anticoncepción de emergencia. Estos pueden ser:

## ❖ METODOS TEMPORALES:

1. Métodos de abstinencia periódica:
  - a) Del ritmo o de la “Regla” o del calendario.
  - b) Billings o del moco cervical.
  - c) Método de los días fijos o método del collar.
2. Método de la lactancia materna exclusiva y amenorrea (MELA)
3. Métodos de barrera:
  - a) Preservativo o condón masculino
  - b) Preservativo o condón femenino
4. Hormonales:
  - a) Hormonales combinados:
    - ✓ Orales  
Etinilestradiol + Levonorgestrel 30mg + 150mcg. TAB. 21 tab + 7 tab. Sulfato ferroso.
    - ✓ Inyectable mensuales  
Estradiol Cipionato + Medroxiprogesterona acetato 5mg + 25mg. INY. ó Enantato de Noretisterona 50mg + Valerato de Estradiol 5mg ampolla x 1ml.
  - b) Hormonales de sólo progestágeno:
    - ✓ Inyectable de depósito:  
Medroxiprogesterona acetato de 150mg/ml. INY. 1ML
    - ✓ Implante  
Etonogestrel de 68mg. de un cilindro.
5. Dispositivo intrauterino  
T de Cu 380 A

## ❖ METODOS DEFINITIVOS:

1. Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria Femenina – Bloqueo Tubario Bilateral (BTB)
2. Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria Masculina – Vasectomía.

### **Anticoncepción de Emergencia**

1. Levonorgestrel 1.5mg (equivalente a 1 tableta de 1.5mg o 2 tabletas 0.75mg).
2. Combinado: método de Yuzpe: Etinilestradiol + Levonorgestrel 30mg + 150mcg. 8 TAB. <sup>(13)</sup>

### **NIVELES DE ATENCIÓN Y PRESENTACIÓN DEL SERVICIO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR:**

Las actividades y presentación del servicio de planificación familiar se realizarán, según correspondan, en todos los niveles de atención de los establecimientos de salud de los diferentes niveles de atención del Sistema de Salud. <sup>(14)</sup>

### **Personal de Salud que brinda la Atención**

Los servicios integrales de planificación familiar serán entregados por el personal de la salud. Éste puede ser, según el nivel de complejidad del establecimiento de salud, un médico/a gineco-obstetra, un médico/a general, un/a obstetra u otro personal de la salud capacitada. De acuerdo al método anticonceptivo la provisión es brindada por el siguiente personal de la salud: <sup>(15)</sup>

PERSONAL DE LA SALUD	METODOS ANTICONCEPTIVOS									
	ABSTINENCIA PERIODICA	MELA	CONDON	PILDORA COMBINADA	INYECTABLE COMBINADO	INYECTABLE PROGESTÁGEN	IMPLANTE	DIU	AQV FEMENINO	AQV MASCULINO
MEDICO/A GINECO-OBSTETRA	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
MEDICO/A GENERAL	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
OBSTETRA	X	X	X	X	X	X	X	X		
ENFERMERA/O (CAPACITADA)	X	X	X	X						
TECNICO/A EN ENFERMERIA (CAPACITADA)	X	X	X							

Fuente: Resolución Ministerial N° 289-2013/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Definiciones Operacionales y Críticos de Programación de los Programas Presupuestales: Articulado Nutricional, Salud Materno Neonatal, Prevención y Control de la Tuberculosis y el VIH-SIDA, Enfermedad Metaxénicas y Zoonosis y Enfermedades No Trasmisible, Prevención y Control del Cáncer y Reducción de la Vulnerabilidad y Atención de Emergencias y Desastres".

### **Derechos ciudadanos de las/os usuarias/os de los servicios de planificación familiar**

❖ **Privacidad.-** Toda persona usuaria tiene derecho a:

- Que toda consulta o mención de su caso sea realizada discretamente y que no haya personas presentes que no estén directamente involucradas en su atención, sin su consentimiento.
- Ser examinado en instalaciones que aseguren la privacidad visual y auditiva.
- Contar con una persona de su confianza durante el examen médico, el tratamiento o el procedimiento, si así lo solicita o desea.

- ❖ **Información.-** Toda persona usuaria tiene derecho a:
  - Obtener de la persona responsable de su atención, la información completa y actualizada del diagnóstico, tratamiento o procedimiento a realizar. Dicha información será comunicada a la/el usuaria/o claramente, de preferencia en su idioma, debiendo verificarse que el mensaje ha sido comprendido. Sin embargo, si la/el usuario/a no habla, ni entiende el idioma español, y el personal responsable de su atención no maneja su idioma, entonces el establecimiento de salud debe brindar a una/un intérprete.
  - Recibir información completa sobre las características, mecanismos de acción, beneficios, efectos, posibles complicaciones, protección frente a las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) VIH-SIDA, posibilidades de falla y contraindicaciones de todos los métodos anticonceptivos que ofrece el Ministerio de Salud (MINSA) indicados para hombres y mujeres.
  
- ❖ **Identidad de las Personas Proveedoras de Servicios.-** toda persona usuaria tiene derecho a:
  - Conocer la identidad y el cargo de las personas que le estén ofreciendo servicios de planificación familiar.
  - Conocer el nombre del/la profesional de salud que está a cargo de su atención.
  - Conocer quien/es son las personas responsables de autorizar y llevar a cabo los procedimientos de atención o tratamiento.
  
- ❖ **Seguridad Personal.-** toda persona usuaria tiene derecho a:
  - Tener seguridad en la atención mediante prácticas adecuadas, el cumplimiento de los estándares sanitarios correspondientes a cada nivel de los establecimientos de salud.
  - Que las instalaciones de los establecimientos de salud brinden aislamiento, bioseguridad y protección necesarios para su seguridad personal.

❖ **Comunicación.-** toda persona usuaria tiene derecho a:

- Poder comunicarse de manera verbal o escrita con personas de su elección durante su atención, y especialmente a que acceda a recibir visitas si es atendida en hospitalización de los establecimientos de salud. a través de visitas. Si la/el usuaria/o no hable, ni entienda el idioma español, y el personal responsable de su atención no maneja su idioma, entonces el establecimiento de salud debe brindar a una/un intérprete.

❖ **Toma de Decisiones.-** toda persona usuaria tiene derecho a:

- Tomar decisiones relacionadas con su atención de salud. El ejercicio de este derecho deberá basarse tanto en el proceso de identificación de las necesidades de atención en planificación familiar, clarificación de valores, explicación clara y concisa de su condición, así como los procedimientos técnicos implícitos a su atención, incluyendo el riesgo de muerte, cuando corresponda, reacciones serias o problemas relacionados con su recuperación.
- No ser sometido/a a procedimiento alguno sin su consentimiento informado y voluntario.
- No ser sometido/a a presión o coerción alguna para elegir un método anticonceptivo, especialmente en situaciones de estrés, tales como las vinculadas al parto o aborto.

❖ **Contar con una atención adecuada.-** toda persona tiene derecho a :

- Rehusarse a someterse a procedimientos y/o atención luego de haber recibido la información completa sobre los mismos.
- Rehusar el tratamiento en cualquier momento. Este hecho no le hará perder ningún beneficio o derecho de atención en los servicios del establecimiento, pudiendo reiniciar el manejo posteriormente sin ningún tipo de discriminación.

- ❖ **Respeto y Dignidad.-** toda persona usuaria tiene derecho a:
  - Recibir trato respetuoso en todo momento y bajo cualquier circunstancia.
  - Que se respeten sus creencias, y valores, conocimientos, actitudes y prácticas de su cultura.
  
- ❖ **Reclamo y resarcimiento.-** toda persona usuaria tiene derecho:
  - Expresa su disconformidad por el trato que haya recibido en el establecimiento de salud, y que considere inadecuado, o que haya recibido cuando le correspondía; así como a recibir las explicaciones y las medidas correctivas que correspondan ante lo que motivó su insatisfacción.
  - A recibir el resarcimiento correspondiente, de ser el caso, de acuerdo al resultado del proceso legal por los daños que se le pueda ocasionar por el ejercicio imprudente, negligente o imperito del personal de salud. <sup>(16)</sup>

## **METODOS ANTICONCEPTIVOS:**

### **1. Métodos de abstinencia periódica:**

Este método está basado en el reconocimiento de signos y síntomas asociados a los periodos fisiológicos de fertilidad e infertilidad, y el uso de periodos infértiles para la actividad sexual. Se incluyen: Método del ritmo, Método del moco cervical (de Billings) y Método de los días fijos o método del Collar. <sup>(17)</sup>

### **Fundamentos Fisiológicos y Conductuales**

El periodo fértil es episódico ya que la ovulación se produce una vez en cada ciclo menstrual, la sobrevivencia del ovulo es de 12 – 24 horas y la sobrevivencia de los espermatozoides es de 5 días aproximadamente, en el tracto genital femenino.

Las mujeres deben tener la capacidad de reconocer el periodo fértil.

Las parejas deben tener la capacidad y motivación para abstenerse de tener relaciones sexuales en los días fértiles. <sup>(18)</sup>

**a) Método del ritmo, Ogino-knaus, de la regla o del calendario:**

Abstinencia de relaciones sexuales en el periodo fértil del ciclo menstrual para evitar un embarazo.

❖ **Mecanismo de acción:** Basada en la abstinencia sexual durante la fase fértil del ciclo menstrual para evitar un embarazo.

❖ **Condiciones que contraindican su uso:**

- Mujeres con ciclos menstruales irregulares en cuanto a duración y características de la menstruación y/o sangrado inter menstrual.
- Adolescentes que aún no han regularizado su ciclo menstrual y mujeres en la peri menopausia.
- Personas que no estén en situación de practicar la abstinencia sexual cuando el método lo requiera, como mujeres que sufren violencia y exigencia sexuales de su propia pareja.
- Mujeres con inhabilidad para reconocer las características de su ciclo menstrual.
- En el post parto o post aborto reciente.
- Durante la lactancia materna.

❖ **Características:**

- Incrementa la participación masculina en la planificación familiar.
- Puede ser usado por mujeres que por diversas razones no desean usar otros métodos.
- Útil para mujeres con ciclos regulares establecidos, entre 27 y 30 días.
- Requiere una capacitación especial de la pareja para su práctica y un proveedor capacitado para la orientación/consejería apropiada.
- Los periodos de abstinencia para algunas personas pueden parecer prolongados.
- Su eficacia puede afectarse por factores externos, que alteran el ciclo menstrual: estrés, viaje, enfermedad, dieta, ejercicios y otros.

- No protegen de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), VIH/SIDA, ni HTVL1.

❖ **Tasa de falla:**

- Falla teórica o de uso perfecto 9 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso.
- Falla de uso o uso típico 25 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso.

❖ **Efectos colaterales:** No causa efectos colaterales.

❖ **Forma de uso:**

- La mujer debe de registrar la duración de sus ciclos menstruales (historia menstrual) de por lo menos seis meses, idealmente 12 meses.
- El ciclo se inicia el primer día del sangrado menstrual y termina el día anterior de la siguiente menstruación.
- De la historia menstrual se obtiene el periodo fértil:
  - Para calcular el primer día del periodo fértil: reste 18 al ciclo más corto.
  - Para calcular el último día del periodo fértil: reste 11 al ciclo más largo.
  - De no tener la historia menstrual la usuaria debe abstenerse de tener relaciones sexuales entre el 9no y 19vo día del ciclo menstrual.
- Se recomienda el uso del condón en parejas en riesgo de ITS, VIH/SIDA, HTVL1. <sup>(19)</sup>

**b) Método billings, de la ovulación o del moco cervical**

Abstinencia de relaciones sexuales en el periodo fértil del ciclo menstrual determinado por la presencia de moco cervical o sensación de humedad en genitales.

- ❖ **Mecanismo de acción:** Basada en la abstinencia sexual durante la fase fértil del ciclo menstrual para evitar un embarazo.

❖ **Condiciones que contraindican su uso:**

- Mujeres con inhabilidad para reconocer: las características de su ciclo menstrual, cambios en el moco cervical y otros síntomas y signos asociados al ciclo menstrual.
- En personas que no estén en situación de practicar la abstinencia sexual cuando el método lo requiera, como mujeres que sufren violencia y exigencia sexuales de su propia pareja.
- Infecciones, conización, enfermedades o uso de medicamentos (litio, antidepresivos, tricíclicos, ansiolíticos, óvulos) que alteren o afectan el moco cervical.
- Utilizar con precaución en mujeres con flujo vaginal persistente, o que estén dando de lactar debe brindarse orientación/consejería sobre las dificultades para predecir el periodo fértil.

❖ **Características:**

- Incrementa la participación masculina en la planificación familiar.
- Puede ser usado por mujeres de cualquier edad reproductiva, apropiada para parejas que por diferentes razones no desean usar otros métodos.
- Requiere una capacitación especial de la pareja para reconocer características fisiológicas del moco, facilitando su práctica y un proveedor capacitado para la orientación apropiada.
- Los periodos de abstinencia son variables, su eficacia se afecta por factores externos, que alteran el ciclo menstrual: estrés, viaje, enfermedad, dieta, ejercicios y otros.
- No previene de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), VIH/SIDA, ni HTVL1.

❖ **Tasa de falla:**

- Falla teórica o de uso perfecto 3 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso.
- Falla de uso o uso típico 25 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso.

❖ **Forma de uso:**

- La mujer debe identificar el periodo fértil de acuerdo a las características del moco cervical.
- La mujer debe observar diariamente la presencia de la mucosidad en sus genitales externos, siendo lo más importante, el percibir la sensación de humedad o lubricación en dicha zona cuando desarrolla sus actividades cotidianas.
- Secundariamente puede ayudar el uso de papel higiénico antes o después de miccionar observando la presencia de moco cervical allí o en la ropa interior, si se desea puede tomarse de los genitales externos el moco y observar su elasticidad entre los dedos.
- El periodo fértil se inicia con el primer día en que se identifica el moco cervical y dura hasta tres días después de la brusca desaparición de la sensación de humedad, lubricación o de la observación de mucosidad.
- Para poder determinar, con seguridad razonable, las manifestaciones relativas al ciclo menstrual, deben registrarse: las fechas de inicio y término de la menstruación, los días de sequedad, los de humedad o lubricación (si se desea los de mucosidad pegajosa y turbia y los de moco claro y elástico), de acuerdo con la simbología convencional disponible para el método.
- Se recomienda el uso del condón en parejas en riesgo de ITS, VIH/SIDA, HTVL1. <sup>(20)</sup>

**2. Método de los días fijos o del collar**

Método de abstinencia periódica que se apoya en perlas de colores (marrón, blanco y rojo) para determinar los días fértiles del ciclo menstrual.

❖ **Mecanismo de acción:** Basada en la abstinencia sexual durante la fase fértil del ciclo menstrual para evitar un embarazo.

❖ **Condiciones que contraindican su uso:**

- Mujeres con ciclos menstruales irregulares en cuanto a duración y características de la menstruación.

- En personas que no estén en situación de practicar la abstinencia sexual cuando el método lo requiera, como mujeres que sufren violencia y exigencia sexuales de su pareja.
- Mujeres con inhabilidad para reconocer las características de su ciclo menstrual.

❖ **Características:**

- Incrementa la participación masculina en la planificación familiar.
- Puede ser usado por mujeres de cualquier edad reproductiva con ciclos regulares entre 26 y 32 días.
- Apropiado para parejas que por diversas razones no desean usar otros métodos.
- Requiere una capacitación especial de la pareja para su práctica y un proveedor capacitado para la orientación apropiada.
- Su eficacia puede afectarse por factores externos, que alteran el ciclo menstrual: estrés, viaje, enfermedad, dieta, ejercicios y otros.
- No protegen de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), VIH/SIDA, ni HTVL1.

❖ **Tasa de falla:**

- Falla teórica o de uso perfecto 3 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso.
- Falla de uso o uso típico 25 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso.

❖ **Forma de uso:**

- Se determina por historia si la mujer tiene ciclos entre 26 y 32 días.
- Se indaga sobre la aceptación de su pareja a no tener relaciones sexuales sin protección durante los días fértiles.
- Se ofrece como ayuda visual el “collar” que consiste en 32 perlas de colores que representan los días del ciclo menstrual y un anillo movable para marcar el día del ciclo en el que está la mujer:
  - Una perla roja que representa el primer día de menstruación.
  - Seis perlas marrones que representan días no fértiles o de baja posibilidad de embarazo.

- Doce perlas blancas que representan los días fértiles, de alta probabilidad de embarazo.
- Trece perlas marrones que representan días no fértiles de muy baja probabilidad de embarazo.
- Al inicio de la menstruación la mujer debe colocar el anillo de hule negro en la perla roja, anótelo en el calendario.
- La mujer deber avanzar el anillo de hule negro todos los días, y debe abstenerse de tener relaciones sexuales en los días que coincidan con las perlas blancas.
- Si el ciclo termina antes de pasar la perla 27 (marrón más oscura) o dure más de 32 días en dos ocasiones en un año, tendrá que elegir otro método de planificación familiar.
- Se recomienda el uso del condón en parejas en riesgo de ITS, VIH/SIDA, HTVL1. <sup>(21)</sup>

### 3. Método de Lactancia Materna Exclusiva y Amenorrea (MELA)

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

- ❖ **Mecanismo de acción:** Supresión de la ovulación ocasionada por el incremento de la hormona prolactina como consecuencia de la lactancia exclusiva.
- ❖ **Condiciones que contraindican su uso:**
  - Mujeres que tengan contraindicaciones para dar de lactar a su hijo.
  - Mujeres portadoras de VIH SIDA, HTVL1.
  - Mujeres que no cumplen los tres requisitos para el MELA.
- ❖ **Características:**
  - Criterios básicos: La usuaria de este método debe cumplir necesariamente estas 3 condiciones:
    - Lactancia exclusiva a libre demanda, o sea un promedio de amamantar 10 a 12 veces durante el día y la noche, con un

intervalo no mayor de 4 horas durante el día y de 6 horas durante la noche).

- Que la usuaria se mantenga en amenorrea, es decir que no hay sangrado después de los 42 días post parto.
- Que la usuaria se encuentre dentro de los 6 meses post parto.

- Fácil de aplicar.
- Eficaz si se cumple con los criterios básicos.
- No interfiere con el coito.
- No requiere supervisión por personal de salud.
- No requiere insumos anticonceptivos.
- No tiene efectos secundarios.
- Reduce el sangrado post parto.
- La lactancia materna exclusiva es la mejor fuente de nutrición para el niño en los primeros meses.
- No previene las Infecciones de Transmisión sexual (ITS), ni el VIH/SIDA, ni HTVL1.
- Se recomienda el uso de condón en parejas de riesgo de ITS, VIH/SIDA, HTVL1.

❖ **Limitaciones**

- Depende de la usuaria: circunstancias sociales, laborales, voluntad o costumbres que limitan el uso del método.
- La madre con VIH o HTVL1 no deben de dar de la lactar.

❖ **Tasa de falla:**

- Falla teórica o de uso perfecto 1 embarazos por cada 100 mujeres, en el primer año de uso.
- Falla de uso o uso típico 2 embarazos por cada 100 mujeres, en los seis meses post parto. <sup>(22)</sup>

❖ **¿Cómo actúa el método de la amenorrea de la lactancia (MELA)?**

- La succión frecuente disminuye la secreción de FLGn (factor liberador de gonadotropinas) del hipotálamo. Esto, a su vez, suprime la secreción de la hormona luteinizante (HL) del lóbulo anterior de la glándula pituitaria. Por lo tanto, no ocurre la elevación súbita de niveles de HL requerida para la ovulación. <sup>(23)</sup>

**4. Métodos de barrera**

Basados en colocar una barrera física, que impide la unión del espermatozoide con el óvulo. Se incluyen: Condón masculino, condón femenino y espermicidas.

**a) Condón masculino**

Funda delgada de látex lubricada, sin nonoxinol 9, que se coloca en el pene antes de iniciar la relación sexual.

- ❖ **Mecanismo de acción:** Impiden que los espermatozoides tengan acceso al tracto reproductor femenino.
- ❖ **Condiciones que contraindican su uso:** Alergia o hipersensibilidad al látex.
- ❖ **Características:**
  - Es un método eficaz, si se usa correctamente.
  - Pocos efectos negativos (alergia al látex o al lubricante).
  - De fácil obtención y bajo costo.
  - No requiere examen ni prescripción médica.
  - Fomenta la responsabilidad del varón en la anticoncepción.
  - Su uso correcto otorga doble protección: protege de embarazos no planificados y el riesgo de adquirir Infección de Transmisión Sexual, VIH - SIDA y del HTVL1.
  - Depende del usuario, requiere una motivación constante.
  - Puede mejorar la relación sexual cuando su colocación es parte del juego sexual.
  - No debe ser usado simultáneamente con el condón femenino.

- Condiciones de almacenaje:
  - El ambiente debe ser seco.
  - Evitar fuentes directas de calor o luz solar.
  - Asegurar que se encuentren dentro de los cinco años de la fecha de fabricación o manufactura (MFD).
  - Antes de distribuirlos el proveedor debe revisar la integridad del sobre y asegurarse que mantiene la sensación de “almohadilla de aire”.

❖ **Tasa de falla:**

- Falla teórica o de uso perfecto 2 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso.
- Falla de uso o uso típico 15 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso.

❖ **Posibles efectos secundarios y su tratamiento:**

- Irritación del pene o la vagina por alergia.
- Tratamiento: higiene vulvoperineal y aplicación de una crema antipruriginosa y antiinflamatoria.
- Si vuelve a presentarse cambiar de método anticonceptivo.

❖ **Forma de uso:**

- Asegurarse de la integridad del envase (ver si está deteriorado o roto o con pérdida de turgencia del mismo).
- Verificar la fecha de manufactura en el sobre, la cual no deberá ser mayor de cinco años.
- Usar un condón o preservativo nuevo en cada relación sexual y colocarlo desde la erección antes de la penetración (coito).
- Cada condón se usa una sola vez, si tuviera otra relación sexual use otro condón.
- Si fuera necesario, se puede usar lubricantes solo a base de agua y no oleosos.
- Se debe retirar antes que el pene pierda la erección, envolviéndolo en papel higiénico sin amarrarlo.

- Eliminar el condón en depósitos que eviten que otras personas puedan estar en contacto con el mismo. <sup>(24)</sup>

## **b) Condón femenino**

El condón femenino es una funda amplia y delgada de polímero de nitrilo que se coloca en la vagina antes de una relación sexual.

- ❖ **Mecanismo de acción:** Impiden el pasaje de los espermatozoides al tracto reproductor femenino.

- ❖ **Condiciones que contraindican su uso de condones femeninos:**

- Todas las mujeres pueden utilizar condones femeninos.
- No hay ninguna patología médica que contraindique el uso de este método.

- ❖ **Características:**

- Tiene un anillo blando y flexible en cada extremo.
- El anillo interno sirve para colocarlo en la vagina y mantenerlo en el lugar, y el anillo externo permanece fuera de la vagina y cubre parte de los genitales externos.
- La decisión de usarlo depende de la mujer.
- Puede ser colocado antes del coito, evitando interrupción durante la relación sexual.
- No requiere de erección para colocarlo y no necesita retirarse de inmediato una vez concluido el coito.
- Es una excelente opción para las mujeres y hombres que son alérgicos al látex.
- Permite que la relación sexual se sienta más natural, pues al ser muy bien lubricado permite que el material se calienta a la temperatura del cuerpo. Adicionalmente se puede usar lubricantes tanto oleosos como a base de agua.
- La lubricación del condón femenino puede ayudar a las mujeres con sequedad vaginal a sentir más comodidad y placer.

- Ofrece doble protección: protege de embarazos no planificados y el riesgo de adquirir Infección de Transmisión Sexual, VIH – SIDA.
- No debe ser usado simultáneamente con el condón masculino.

❖ **Tasa de falla:**

- Falla teórica o de uso perfecto 5 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso.
- Falla de uso o uso típico 21 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso.

❖ **Forma de uso:**

- Informar que se puede usar en cualquier momento en que la usuaria lo desee.
- Se debe usar un nuevo condón femenino para cada acto sexual.
- Explicar a la usuaria:
  - Que revise el paquete del condón. Si está dañado o roto, no debe utilizarlo. Evitar el uso del condón pasada su fecha de vencimiento (3 años).
  - Lavarse las manos con un jabón neutro y agua limpia antes de introducir el condón.
  - Antes de abrir el sobre, frotar juntos los lados del condón femenino para distribuir bien el lubricante.
  - Antes de ningún contacto físico o penetración, introducir el condón en la vagina.
  - Elegir una posición en que se esté cómoda para la inserción (en cuclillas, levantando una pierna, sentada, o recostada).
  - Sostener el condón con el extremo abierto colgando hacia abajo. Apretar el anillo interno del condón con el dedo pulgar y el dedo medio.
  - Sostener el dedo índice entre el dedo pulgar y el dedo medio mientras continúa apretando el anillo interno del condón.
  - Sostener el condón con los tres dedos de una mano, con la mano separar los labios de la vagina.
  - Colocar el condón en la entrada del canal vaginal y soltarlo.

- Luego con el dedo índice por dentro del condón empujar el anillo interno dentro de la vagina. Unos 2,5 cm del condón con el anillo externo quedarán fuera del cuerpo.
- Asegúrate que el pene entre en el condón y se mantenga en su interior. El hombre o la mujer deberán guiar cuidadosamente la punta del pene dentro del condón y no entre el condón y la pared de la vagina.
- Si el pene se sale fuera del condón, retire y pruebe otra vez.
- Si accidentalmente se expulsa el condón fuera de la vagina o sí se le empuja hacia dentro durante el acto sexual, colocar otra vez el condón en su sitio.
- Después de que el hombre retire su pene, sostener el aro externo del condón, girar para sellar dentro los fluidos y suavemente, retirarlo de la vagina.
- Sacarlo con cuidado y arrojarlo en la basura, no en el inodoro.
- Utilizar un condón nuevo con cada relación sexual.
- Si la mujer desea utilizar lubricantes, utilizar a base de agua. Colocar una a dos gotas de lubricante en el extremo de la funda por fuera, alrededor del anillo del condón por dentro, o donde considere necesario. <sup>(25)</sup>

### c) Espermicidas

Productos químicos que se presentan en forma de óvulos o tabletas vaginales, crema, jalea, gel y espuma que destruyen los espermatozoides; los que contienen nonoxinol-9.

- ❖ **Mecanismo de acción:** Inactivan o destruyen los espermatozoides en la vagina.
- ❖ **Condiciones que contraindican el uso de espermicidas:**  
Personas que presenten hipersensibilidad a algunos de los componentes de los espermicidas.
- ❖ **Características:**
  - Eficacia inmediata si se usa correctamente.
  - No tiene efectos secundarios sistémicos.
  - No requiere examen médico previo.

- No requiere prescripción médica.
- Algunos aumentan la lubricación durante el coito.
- Depende de la usuaria.
- Requiere una motivación constante.
- Está relacionado con el coito.
- Puede producir irritación del pene y vagina.
- No previenen las Infecciones de Transmisión sexual (ITS), VIH SIDA, ni el HTVL1.
- Para mayor protección de la pareja es recomendable el uso de condón.
- No debe recomendarse su uso en mujeres expuestas al riesgo de ITS, HIV-SIDA.

❖ **Tasa de falla:**

- Falla teórica o de uso perfecto 18 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso.
- Falla de uso o uso típico 29 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso.

❖ **Forma de uso:**

- Colocar el óvulo, tableta vaginal o gel en la vagina lo más profundo posible, 15 o 20 minutos antes de cada relación sexual.
- La mujer debe quedarse acostada durante estos 15 o 20 primeros minutos para que el óvulo o tableta vaginal se disuelva.
- El efecto espermicida del óvulo, tableta vaginal o gel, dura sólo hasta una hora después de colocado.
- Si pasa más de una hora y no se ha tenido una relación sexual, debe colocarse otro.
- La usuaria no debe hacerse duchas vaginales o lavados internos luego de tener la relación sexual.
- Para cada relación sexual debe colocarse un nuevo óvulo, tableta vaginal o gel.
- No usar después de su fecha de vencimiento.
- Guardarse en un lugar fresco y seco. <sup>(26)</sup>

## 5. Anticonceptivos hormonales

Se dividen en dos grandes grupos: Anticonceptivos Hormonales Combinados y Anticonceptivos Hormonales solo de Progestina.

Los anticonceptivos hormonales combinados (AHC) incluyen: Anticonceptivos orales combinados (AOC), Anticonceptivos hormonales combinados de depósito, Parche hormonal combinado, Anillo vaginal combinado.

Los anticonceptivos sólo de Progestina incluyen: Píldora sólo de Progestina, Inyectable solo de Progestina de depósito, Implantes sólo de Progestina. (27)

### a) Anticonceptivos hormonales combinados

#### ➤ Anticonceptivos orales combinados (AOC)

Son aquellos que contienen estrógeno y progestágeno para administración por vía oral.

El desarrollo de los AOCs ha generado diversas clasificaciones:

- Según las dosis de Estrógeno:
  - ✓ AOC de alta dosis: Formulaciones con EE mayor o igual de 50 mcg.
  - ✓ AOC de baja dosis: Contienen EE <50 mcg. En el mercado se encuentran formulaciones de 35, 30, 20 y 15 mcg de EE.
- Según la variación de estrógeno y progestágenos en el curso del ciclo:
  - ✓ Monofásicos: Contienen la misma cantidad de estrógenos en todos los comprimidos activos.
  - ✓ Trifásicos: Poseen 3 fases. La primera contiene baja concentración de ambos compuestos. En la segunda ambas hormonas aumentan su concentración, y en la tercera, el estrógeno disminuye y el progestágeno aumenta.

#### ❖ Mecanismo de acción

- Supresión de la ovulación.
- Espesamiento del moco cervical.

#### ❖ Condiciones que contraindican el uso de anticonceptivos hormonales combinados:

- Embarazo posible o confirmado.
- Sangrado genital sin explicación (hasta que se evalúe).

- Lactancia hasta antes de los seis meses del post parto.
- En los primeros 21 días del post parto sin lactancia.
- Hepatitis viral aguda.
- Tumor hepática.
- Cirrosis severa.
- Tabaquismo: En mujeres mayores de 35 años y más de 15 cigarrillos por día.
- Múltiples factores de riesgos para enfermedad cardiovascular arterial, tales como edad mayor de 35 años, tabaquismo, diabetes e hipertensión arterial.
- Hipertensión arterial sistólica mayor o igual a 160 mmHg o diastólica mayor o igual a 100 mmHg.
- Evidencia de enfermedad vascular.
- Trombosis venosa profunda incluyendo antecedente.
- Embolismo pulmonar.
- Antecedente de isquemia cardíaca, enfermedad valvular, cardiopatía.
- Antecedente de accidente cerebro-vascular.
- Lupus eritematoso sistémico con anticuerpos antifosfolipídicos positivos.
- Cáncer de mamas.
- Diabetes mellitus con nefropatía, o enfermedad cardíaca o retinopatía.
- Mujeres programadas para cirugía electiva en el siguiente mes o inmediatamente después del evento que la obligue a estar postrada en cama.
- Mujeres que estén tomando barbitúricos, carbamazepina, oxcarbazepina, fenitoína, primidona, topiramato o rifampicina, anticonvulsivos, griseofulvina, excepto ácido valproico.
- Migraña con aura a cualquier edad.

❖ **Características:**

- Muy eficaz.
- Método dependiente de la usuaria.
- No requiere una motivación continua y uso diario.
- No requiere de examen pélvico de rutina para el inicio del método (sólo en caso de existir algún síntoma que sugiere patología ginecológica subyacente).
- Retorno inmediato de la fertilidad al discontinuar el método.
- Puede ser usada por mujeres de cualquier edad y paridad.
- Disminuye el flujo menstrual (podría mejorar la anemia) y los cólicos menstruales.
- Regulariza los ciclos menstruales.
- Protege contra el cáncer de ovarios y endometrio.
- Brinda cierta protección contra la enfermedad pélvica inflamatoria (EPI).
- La eficacia puede disminuir cuando se utilizan ciertos fármacos como la rifampicina en la tuberculosis, griseofulvina para micosis y los antiepilépticos excepto el ácido valproico.
- Es posible que en mujeres mayores de 35 años y fumadoras (más de 10 cigarrillos diarios) exista la posibilidad o riesgo de problemas tromboembólicos causen efectos secundarios graves como: infarto de miocardio, accidente cerebro vascular, tromboembolias.
- En mujeres con enfermedades crónicas preexistente se requiere una evaluación médica por especialista.
- No previenen las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), VIH SIDA, ni el HTVL1.

❖ **Tasa de falla:**

- Falla teórica o de uso perfecto 0.3 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso.
- Falla de uso o uso típico 8 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso.

❖ **Posibles efectos secundarios:**

- Amenorrea
- Náuseas, vómitos
- Mareos
- Aumento de peso
- Cefalea

Si se presenta cualquiera de estos efectos secundarios debe ser evaluada por médicos especialistas.

❖ **Forma de uso:**

- Toma diaria.
- Inicio del método:
  - ✓ Entre el primero y el quinto día del ciclo menstrual.
  - ✓ En caso de iniciarse la toma después del quinto día, se debe dar un método de respaldo como los de barrera.
  - ✓ La puérpera que no está lactando, puede empezar a partir de la sexta semana.
  - ✓ En mujeres que están amamantando diferir el inicio hasta los seis meses.
  - ✓ En el postaborto se puede iniciar entre el primero y quinto día post-intervención.
- **En los siguientes ciclos:**
  - ✓ En los productos de 28 píldoras: Se reinicia la toma inmediatamente (al día siguiente) de terminar el paquete anterior.
  - ✓ En los productos de 21 píldoras: Se deja de tomar las pastillas por 7 días y se reinicia la toma al octavo día.
- Debe ser administrado por personal capacitado.
- Este método debe suspenderse dos semanas antes de una cirugía mayor electiva o durante la inmovilización prolongada (ej. Fractura de alguna extremidad por el riesgo de tromboembolia). Debe reiniciarse con la siguiente menstruación y un intervalo no menor de dos semanas del alta.

- Instrucciones en caso de olvido en la toma del Anticonceptivo oral combinado:
  - ✓ En caso de olvidarse una píldora de las 21 que tiene efecto anticonceptivo se recomienda que la usuaria tome inmediatamente la pastilla olvidada para luego continuar con las pastillas que siguen.
  - ✓ Si se olvida dos o más píldoras, es preferible esperar el sangrado por deprivación hormonal e iniciar inmediatamente un nuevo paquete usando un método de respaldo por 7 días.
  - ✓ En caso de olvido de cualquiera de las 7 píldoras con sulfato ferroso no se recomienda ningún manejo especial. <sup>(28)</sup>

➤ **Anticonceptivos hormonales combinados de depósito: inyectable combinado**

Son aquellos que poseen estrógeno y progestágeno. Existen dos comprimidos:

- ✓ 5 mg de Valerato de estradiol y 50 mg de Enantato de Noretisterona.
- ✓ 5 mg de Cipionato de estradiol y 25 mg de acetato de Medroxiprogesterona.

❖ **Mecanismo de acción**

- Supresión de la ovulación.
- Espesamiento del moco cervical, impidiendo la penetración de los espermatozoides.

❖ **Características:**

- Eficaz y de efecto rápido.
- Puede ser indicado en cualquier edad o paridad (incluidas las nulíparas).
- No requiere de examen pélvico previo a su uso. Aunque es ideal que se realice un examen antes de iniciarlo, este examen puede ser diferido a cualquier otra consulta, dentro del objetivo de mejorar la salud reproductiva de la mujer.
- Brinda cierta protección contra la enfermedad pélvica inflamatoria (EPI).

- No interfiere en las relaciones sexuales.
- Es frecuente los cambios en el patrón del sangrado menstrual (sangrado/goteo irregulares).
- Puede producir variación de peso.
- El retorno de la fecundidad es variable, de uno a seis meses.
- Mujeres con enfermedades crónicas deben ser evaluadas por médicos especialistas.

❖ **Tasa de falla:**

- Falla teórica 0.05 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso.
- Falla de uso típico 3 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso.

❖ **Forma de uso:**

- Administrar por vía intramuscular profunda en la región glútea o deltoidea sin realizar masaje post aplicación, técnica de la Z.
- Primera dosis:
  - ✓ Entre el primer a quinto día del ciclo menstrual.
  - ✓ La puérpera que no está lactando, puede empezar a partir de la sexta semana.
  - ✓ En mujeres que están amamantando diferir el inicio hasta los seis meses.
  - ✓ En el post aborto se puede iniciar entre el primero y quinto día post intervención.
- Siguiendo dosis:
  - ✓ Administrar cada 30 días, más menos 3 días. Fecha fija mensual.

(29)

➤ **Parches hormonales combinados**

El parche hormonal combinado consiste en un parche adhesivo pequeño (20 centímetros cuadrados no es 4 x 4) que se coloca en la piel y en la sangre.

Cada parche hormonal combinado transdérmico contiene:

- Norelgestromina                    6.00 mg
- Etinilestradiol                    0.60 mg

❖ **Mecanismo de acción**

- Supresión de la ovulación.
- Espesamiento del moco cervical, impidiendo la penetración de los espermatozoides.

❖ **Características:**

- Eficaz y de efecto rápido.
- Puede ser indicado en cualquier edad o paridad (incluidas las nulíparas).
- No requiere de examen pélvico previo a su uso. Aunque es ideal que se realice un examen antes de iniciarlo, este examen puede ser diferido a cualquier otra consulta, dentro del objetivo de mejorar la salud reproductiva de la mujer.
- Menor incidencia de enfermedad pélvica inflamatoria (EPI).
- No interfieren con las relaciones sexuales.
- Disminuye la incidencia de dismenorrea.
- Puede producir variación de peso.
- El retorno de la fecundidad es inmediato.
- Mujeres con enfermedades crónicas deben ser evaluadas por médicos especialistas.
- No previenen las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS). VIH SIDA, ni el HTVL1.

❖ **Tasa de falla:**

- Falla teórica 0.3 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso.
- Falla de uso típico 8 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso.

❖ **Posibles efectos secundarios:**

- Amenorrea
- Náuseas, vómitos
- Mareos
- Aumento de peso
- Cefalea
- Irritación de la piel
- Mastalgia

❖ **Forma de uso:**

- El parche puede colocarse en los glúteos, la parte superior de la espalda o el brazo o en el abdomen. Su uso no interfiere las actividades regulares, como al bañarse, hacer ejercicios o nadar.
- El parche se inicia el primer día del ciclo y se usa uno por semana por tres semanas consecutivas.
- Durante la cuarta semana, se suspende el uso del parche y ocurre el sangrado por privación. Al cabo de la cuarta semana, se coloca un parche nuevo y el ciclo repite. Deberá aplicar el parche el mismo día de la semana aun si todavía está el sangrado.
- El parche también se puede usar como un método anticonceptivo de dosis continua. Para hacerlo, deberá aplicarse un nuevo parche el mismo día de cada semana sin omitir ninguna semana. El uso del parche de esta manera reducirá el sangrado de la menstruación o evitará que esta ocurra.
- Debe usar un método anticonceptivo de respaldo durante la primera semana del primer ciclo según el día en que se encuentre de su ciclo menstrual cuando comience a usar el parche. <sup>(30)</sup>

➤ **Anillo vaginal combinado**

El anillo vaginal es un anillo delgado, transparente y flexible que se inserta en la vagina una vez por mes para proporcionar protección anticonceptiva. Contiene estrógeno y progesterona que son liberados en forma continua y a baja dosis.

Cada anillo vaginal contiene:

- Etinilestradiol 2.7 mg
- Etonogestrel 11.7 mg

❖ **Mecanismo de acción**

- Supresión de la ovulación.
- Espesamiento del moco cervical, impidiendo la penetración de los espermatozoides.

❖ **Características:**

- Fácil de usar.
- Se usa por tres meses.
- No interrumpe las relaciones sexuales.
- No previenen las Infecciones de Transmisión Sexual, incluyendo VIH/SIDA.

❖ **Tasa de falla:**

- Falla teórica 0.3 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso.
- Falla de uso típico 8 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso.

❖ **Posibles efectos secundarios más frecuentes usualmente temporales y al inicio de su uso:**

- Flujo vaginal
- Irritación vaginal
- Aumento o variación de peso
- Cefalea
- Nauseas
- Sangrado irregular
- Mastalgia

- Expulsión espontánea del anillo vaginal

❖ **Forma de uso:**

- El anillo puede colocarse cualquier día entre los días 1 y 5 del ciclo menstrual.
- Para insertar el anillo vaginal, la mujer adopta una posición que le permite insertar el anillo fácilmente (por ejemplo, en cuclillas, recostada o de pie con una pierna levantada).
- El anillo se comprime entre el dedo pulgar y el índice y se inserta en una posición cómoda en la vagina. El anillo vaginal debe tomar una ubicación cómoda en la vagina; si el anillo da incomodidad, podría ser necesario empujarlo suavemente un poco más hacia adentro.
- El anillo no necesita ser colocado alrededor del cuello uterino, ya que la posición del anillo en la vagina no es crítica para el logro de su eficacia. La forma circular y la flexibilidad del anillo permite un buen ajuste, minimizando el riesgo de expulsión.
- Una vez insertado, el anillo debe quedar en su lugar durante tres semanas, y luego extraerlo el mismo día de la semana en que fue insertado.
- El anillo se extrae enganchándolo con el dedo índice por debajo del borde, o sujetando el borde con el dedo mayor y el índice y tirando hacia fuera suavemente. <sup>(31)</sup>

**a) Anticonceptivos hormonales solo de progestina**

- Píldora solo de progestina: Son aquellas que poseen sólo progestágeno.

❖ **Mecanismo de acción**

- Inhiben parcialmente la ovulación.
- Espesamiento del moco cervical, dificultando la penetración de los espermatozoides.

❖ **Condiciones que contraindican el uso de anticonceptivos hormonales solo de Progestina (Píldoras, Inyectables de depósito, Implante)**

- Embarazo posible o confirmado.
- Hepatitis viral aguda.
- Tumor hepático.
- Cirrosis severa.
- Mujeres que toman anticonvulsivos, excepto ácido valproico.
- Múltiples factores de riesgo para enfermedad cardiovascular arterial, tales como edad, diabetes e hipertensión arterial (mayor de 160/100 mmHg).
- Evidencia de enfermedad vascular.
- Embolismo pulmonar.
- Antecedente de isquemia cardiaca.
- Antecedente de accidente cerebro-vascular.
- Lupus eritematoso sistémico con anticuerpos antifosfolipídicos positivos.
- Cáncer de mamas.
- Diabetes mellitus con nefropatía, o enfermedad cardiaca o retinopatía.
- Mujeres que estén tomando o vayan a recibir medicamentos, como rifampicina para la tuberculosis.
- Mujeres que estén tomando barbitúricos, carbamazepina, oxcarbazepina, fenitoína, primidona, topiramato o rifampicina. Se repite rifampicina.

❖ **Características:**

- Eficaz y de efecto rápido.
- En condiciones ideales se debe realizar previamente una evaluación clínica general, en caso no ser posible esta podría postergarse en otra consulta.
- Se puede utilizar en el postparto inmediato.

- No modifica significativamente la composición ni el volumen de leche materna.
- No aumenta el riesgo de fenómenos tromboticos o embolico venosos.
- Método alternativo en mujeres con intolerancia de preparados que contienen estrógenos.
- Método dependiente de la usuaria.
- Requiere una motivación continua y uso diario.
- Rápido retorno a la fecundidad al suspenderse.
- No requiere un examen pélvico previo a su uso. Aunque es ideal que se realice un examen médico antes de iniciarlo, este examen puede ser diferido a cualquier otra consulta, dentro del objetivo de mejorar la salud reproductiva de la mujer.
- Brinda cierta protección contra la enfermedad pélvica inflamatoria (EPI).
- Disminuye el riesgo de cáncer de endometrio.
- Provoca cambios en el patrón del sangrado menstrual en la mayoría de mujeres (sangrado/goteo irregular).
- Puede producir cambios en el peso (aumento o disminución).
- No previenen las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), VIH/SIDA, ni el HTVL1.

❖ **Tasa de falla:**

- Falla teórica 0.3 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso.
- Falla de uso típico 8 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso.

❖ **Posibles efectos secundarios:**

- Cambios en el apetito, pérdida o aumento.
- Tendencia a presentar ciclos menstruales irregulares.
- Amenorrea
- Aumento ligero de peso
- Cefalea

- Nauseas
- Mareos
- Depresión
- Mastalgia
- Posibles efectos secundarios leves y secundarios.

❖ **Forma de uso:**

- Se puede indicar en cualquier edad y/o paridad (incluidas las nulíparas).
- Inicio:
  - ✓ Idealmente entre el primer o quinto día del ciclo menstrual, si se inicia en otro día del ciclo menstrual o en el post parto, se debe estar razonablemente seguro de que no existe una gestación. En caso de iniciarse después del quinto día de la menstruación, debe usarse un método de respaldo (método de barrera o abstinencia) durante las primeras siete días de uso.
  - ✓ En mujeres que dan de lactar iniciar después de las seis semanas post parto, sin embargo podría ser utilizado antes de las seis semanas en caso de:
    - No tener otra opción anticonceptiva.
    - Que la usuaria no se siente segura con el método de lactancia y amenorrea.
    - Como estrategia de no poder tener seguimiento adecuado de la usuaria. En los primeros cinco días post aborto.
    - Recuerde que la usuaria no debe suspender la toma de las pastillas en ningún momento (se debe tomar todos los días sin suspender) incluso durante la menstruación. La toma debe ser todos los días a la misma hora; con un retraso de 3 ó más horas, se pierde la acción anticonceptiva.
- La eficacia se presenta a las 24 horas de inicio de la toma. <sup>(32)</sup>

➤ **Inyectables solo de progestina**

**Acetato de medroxiprogesterona de depósito (ampd) y enantato de noretisterona**

Son aquellas que contienen sólo progestágeno:

- Acetato de Medroxiprogesterona (AMPD) 150 mg. x 1 ml. Para uso intramuscular.
- Acetato de Medroxiprogesterona 104 mg. x 0.65 ml. Para uso subcutáneo.
- Enantato de Noretisterona (EN-NET) x 200 mg. Para uso intramuscular.

❖ **Mecanismo de acción**

- Supresión de la ovulación en un 50%.
- Espesamiento del moco cervical, impidiendo la penetración de los espermatozoides.

❖ **Condiciones que contraindican el uso de inyectables anticonceptivas hormonales solo de progestinas**

- Enfermedad hepática activa grave (ictérica, hepatitis activa, cirrosis severa, tumor hepático).
- Diabetes durante más de 20 años, o lesión provocada por diabetes en arterias, visión, riñones, o sistema nervioso.
- Infarto de miocardio, cardiopatía por bloqueo o estenosis arterial, o accidente CV.
- Sangrado vaginal inexplicado que pueda sugerir embarazo o algunas patología subyacente.
- Antecedente de cáncer de mama.
- Afección que pueda aumentar la posibilidad de cardiopatía (coronariopatía) o accidente CV, tales como hipertensión o diabetes.

❖ **Características:**

- Altamente eficaz y de efecto rápido.
- Pueden ser indicados en cualquier edad o paridad (incluidas las nulíparas). Usar con precaución durante los 2 primeros años después de la menarquia. El efecto a largo plazo sobre los huesos no está

definido, puede disminuir la densidad mineral a lo largo del tiempo en adolescentes.

- No requiere un examen pélvico previo a su uso. Aunque es ideal que se realice un examen médico antes de iniciarlo, este examen puede ser diferido a cualquier otra consulta, dentro del objetivo de mejorar la salud reproductiva de la mujer.
- No interfiere con las relaciones sexuales.
- Las usuarias pueden desarrollar amenorrea total, 50% en un año y 80% en 3 años. También se asocia a menstruación irregular. Esta situación se presenta en menor medida con EN-NET.
- La acción del fármaco puede persistir en el organismo varios meses después de discontinuar su uso, el 70% de las usuarias desarrollan embarazo en 12 meses y 90% en plazo de 24 meses, después de abandono de uso.
- El uso prolongado (mayor de 2 años) produciría disminución de la densidad ósea.
- Se reportan aumento de peso (1.5 a 2 kg en el primer año de uso), cefalea y mareos.
- Los beneficios no anticonceptivos logrados con estos fármacos incluyen:
  - ✓ Puede mejorar la anemia.
  - ✓ Disminución de crisis de anemia falciforme.
  - ✓ Prevención de cáncer de endometrio.
  - ✓ Protección relativa contra la enfermedad pélvica inflamatoria (EPI), miomas uterinos y endometriosis.
  - ✓ En caso de epilepsia puede ayudar a disminuir la frecuencia de convulsiones.
  - ✓ Disminuye el riesgo de cáncer de endometrio.
- Es frecuente los cambios en el patrón del sangrado menstrual (amenorrea sangrado/goteos irregulares).
- Puede producir aumento de peso.
- El retorno de la fecundidad puede demorar más que con los otros métodos hormonales (entre 4 meses a un año), en el caso de

usuarias por tiempo prolongado. No se ha demostrado esterilidad luego de su uso.

- No previenen las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), VIH/SIDA ni el HTVL1. Para mayor protección es recomendable el uso de condón en parejas de riesgo.

❖ **Tasa de falla:**

- Falla teórica 0.3 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso.
- Falla de uso típico 3 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso.

❖ **Forma de uso:**

- Acetato de Medroxiprogesterona 150 mg. x 1 ml. Administrar por vía intramuscular profunda en la región glútea o deltoidea utilizando la técnica de la Z y sin realizar masaje post aplicación.
- Acetato de Medroxiprogesterona 104 mg. x 0.65 ml. Administrar por vía subcutánea.
- Enantato de Noretisterona 200 mg x 1 ml, administrar por vía intramuscular.
- Primera dosis:
  - ✓ Entre el primer a quinto día del ciclo menstrual o en el post parto, siempre que se esté razonablemente seguro que no existe gestación. En caso de iniciarse en cualquier otro momento, diferente a los cinco primeros días del ciclo debe usarse un método de respaldo durante los primeros 7 días.
  - ✓ Se puede iniciar en el post parto inmediato, no interrumpe la lactancia.
  - ✓ En los primeros cinco días post aborto.
- Siguiendo dosis:
  - ✓ En el caso de AMPD administrar cada tres meses, pudiendo adelantarse hasta dos semanas o, en caso de olvido, aplicarla con una demora de dos semanas.

- ✓ En el caso de EN-NET administrar cada dos meses pudiendo adelantarse hasta dos semanas o, en caso de olvido, aplicar con una demora de dos semanas.<sup>(33)</sup>

➤ **Implantes solo de progestina**

Los implantes son pequeños cilindros o cápsulas delgadas, flexibles, no biodegradables, que se colocan debajo de la piel de la parte superior interna del brazo. Brinda protección contra el embarazo a largo plazo y dependiendo del implante es eficaz por 3 a 5 años. No contiene estrógeno. Requiere de un proveedor entrenado para insertarlo y retirarlo. Las alteraciones del sangrado son comunes pero no perjudiciales.

**Tipos de implantes:**

- Implantes de un cilindro, que contiene 68 mg de Etonogestrel, el tiempo de duración es de tres años.
- Implante de dos cilindros que contienen Levonorgestrel, con un tiempo de duración de cinco años, sí pesa menos de 60 kilos, sí pesa más, el tiempo se reduce a cuatro años.

❖ **Mecanismo de acción**

- Espesamiento del moco cervical, impidiendo la penetración de los espermatozoides, (es el más importante).
- Supresión de la ovulación.
- Reducción del transporte de los óvulos en las trompas de Falopio.

❖ **Condiciones que contraindican el uso de implante:**

- Sangrado vaginal inexplicado antes de la ovulación.
- Trombosis en venas profundas de miembros o pulmones.
- Cáncer de mamas
- Hepatopatía severa, infección o tumor de hígado.
- Estar recibiendo barbitúricos, carbamazepina, oxcarbazepina, fenitoína, primidona, topiramato o rifampicina. Debe usar un método de respaldo porque estos fármacos reducen la eficacia de los implantes.

❖ **Características:**

- Es uno de los métodos más eficaces y de mayor duración.
- 0.05% falla Eficacia elevada y de larga duración.
- No interfiere con el sexo.
- Pueden ser indicados en cualquier edad o paridad (incluidas las nulíparas).
- Brinda protección de tres a cinco años.
- Permite un rápido retorno a la fecundidad al ser extraído.
- No requiere un examen pélvico previo a su uso; aunque es ideal que se realice un examen médico antes de iniciarlo, este examen puede ser diferido a cualquier otra consulta, dentro del objetivo de mejorar la salud reproductiva de la mujer.
- No afecta la lactancia.
- Puede disminuir el flujo menstrual (puede mejorar la anemia ferropénica).
- Puede disminuir los cólicos menstruales.
- Brinda cierta protección contra la enfermedad pélvica inflamatoria.
- Ocasiona cambios en el patrón del sangrado menstrual en la mayoría de mujeres (amenorrea/sangrado/goteo irregular).
- Puede producir cambios en el peso (aumento o disminución).
- No previenen las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), VIH SIDA, ni el HTVL1.

❖ **Tasa de falla:**

- Teórica y en el uso típico (1 en 100 mujeres).
- Para las mujeres con un peso de 80 kg o más la tasa de embarazos usando los dos implantes fue de 6 por 100 al quinto año de uso, por lo que se recomienda que las usuarias los cambien a los de 4 años. Estudios sobre el implante de 01 cilindro no encontraron que se reduzca su eficacia en el tiempo de uso aceptado.

❖ **Forma de uso:**

- Se puede insertar: Preferentemente entre el primer o quinto día del ciclo menstrual (o cualquier día del ciclo menstrual o en el post parto,

siempre que se esté razonablemente seguro que no existe gestación). En caso de iniciarse en cualquier otro momento, debe usarse un método de respaldo durante los primeros 5 días. Los métodos de respaldo incluyen la abstinencia, los condones masculinos y femeninos. Se le debe decir a la usuaria que los espermicidas y el retiro son menos eficaces.

- En mujeres que dan de lactar inmediatamente post parto. Así como en mujeres que dan de lactar y no han vuelto a la menstruación antes de los 6 meses post parto, sin método de respaldo. Si ha vuelto la menstruación se insertará siguiendo las indicaciones con las mujeres que tienen ciclos menstruales.
- Se pueden insertar en el post aborto, colocar en los primeros cinco días post evacuación. Si se colocan después se necesita utilizar un método de respaldo.
- Debe ser colocado por profesional de salud capacitado. <sup>(34)</sup>

## **6. Dispositivos intrauterinos (DIU)**

### **a) Dispositivos intrauterinos liberador de cobre TCu 380 A**

Son dispositivos que se insertan en la cavidad uterina y liberan cobre. En los establecimientos públicos de salud se dispone de la T de Cobre 380-A que tiene una duración de 12 años.

#### **❖ Mecanismo de acción**

- 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.

#### **❖ Condiciones que contraindican el uso dispositivo intrauterino T de Cu 380 A:**

- Embarazo.
- Post parto de 48 horas a cuatro semanas.
- Sepsis puerperal.
- Post aborto del primer o segundo trimestre séptico o complicado.
- Sangrado vaginal inexplicable antes de la evaluación.

- Enfermedad del trofoblasto.
- Enfermedad pélvica inflamatoria actual.
- Tuberculosis pélvica.
- Infección de transmisión sexual por cervicitis purulenta o infección por clamidia o gonorrea.
- SIDA, si no está en tratamiento con antirretrovirales.

❖ **Características:**

- Ha demostrado ser muy eficaz durante 12 años, no interfiere en el coito.
- Retorno inmediato de la fecundidad al retirarse.
- Debe ser colocado por un proveedor entrenado, previo examen pélvico para la detección de infecciones antes de la inserción.
- Es frecuente ver cambios en el sangrado, en general es más profuso y prolongado, más calambres o dolor durante la menstruación, en especial los tres primeros meses.
- Puede tener un efecto protector contra el cáncer de endometrio.
- Es una opción para las mujeres con contraindicaciones para la anticoncepción hormonal.
- Del 1 al 2% se expulsan en forma espontánea.
- No protegen contra las ITS o el VIH. Si hay algún riesgo de contraer ITS o VIH, se recomienda el uso correcto y consistente de condones.
- Si una mujer tiene altas probabilidades individuales de exposición a las infecciones por gonorrea y clamidia, no se inicia el uso del DIU. Los proveedores de servicios debes orientar a la usuaria sobre las conductas personales y las situaciones en su comunidad que puedan exponer a las mujeres a las ITS.

❖ **Tasa de falla:**

- Falla teórica 0.6 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año.
- Falla de uso típico 0.8 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año.
- Tasa promedio acumulada de falla en 12 años de 2.2%.

❖ **Forma de uso:**

- Se puede insertar: En los primeros 5 días de haber iniciado el sangrado menstrual. También puede ser insertado en cualquier otro momento durante el ciclo menstrual si la mujer ha estado usando un método anticonceptivo y existe la certeza razonable de que ella no está embarazada.
- En el post parto inmediato hasta 48 horas.
- Durante la operación cesárea.
- En el puerperio tardío a partir de la cuarta semana.
- En el post aborto inmediato.
- Siempre debe ser insertado y extraído por personal profesional de salud calificado.
- Inserción del dispositivo intrauterino con la “Técnica de No Tocar”.
- Preguntar a la usuaria si tiene dudas y citarla en tres a seis semanas para control. <sup>(35)</sup>

**b) Dispositivo intrauterino liberador de progestágeno**

Son dispositivos que se insertan en la cavidad uterina y liberan Levonorgestrel y tiene una duración de 5 años.

Contienen 52 mg de Levonorgestrel.

❖ **Mecanismo de acción**

- Espesamiento del moco cervical, impidiendo la penetración de los espermatozoides.
- Supresión de la ovulación.

❖ **Condiciones que contraindican el uso dispositivo intrauterino liberador de progestágeno:**

- Embarazo (embarazo posible o confirmado).
- 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.

- Infección de transmisión sexual: cervicitis aguda mucopurulenta o vaginitis severa.
- Si la mujer o su pareja tienen un alto riesgo para ITS, se les debe orientar sobre otra alternativa anticonceptiva.
- Enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) actual o reciente (dentro de los 3 meses).
- Tuberculosis pélvica.
- Infección puerperal.
- Infección post aborto.
- Anomalías uterinas o con tumores benignos (fibromas) de útero que distorsionen en forma significativa la cavidad uterina.
- Enfermedad trofoblástica gestacional.
- Cáncer cervical.
- Cáncer de mama.
- Cáncer de endometrio.
- Enfermedad trofoblasto persistente.
- Cirrosis hepática
- Tumores benignos o malignos hepáticos
- Tumores dependientes de progestágeno.

❖ **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 tubáricos en relación a otros dispositivos intrauterinos.
- 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.

❖ **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.

❖ **Forma de uso:**

- Evaluación de inserción: Previamente a la inserción debe informarse a la usuaria de la eficacia, riesgo, características y efectos secundarios del DIU de progestágenos.
- Se debe realizar un examen físico incluyendo, examen ginecológico (tacto vaginal, determinar tamaño del útero, toma de muestra para PAP, examen de mamas).
- Descartar la existencia de embarazo y la presencia de infección de transmisión sexual.
- Se puede insertar:
- En los primeros 5 días de haber iniciado el sangrado menstrual. También puede ser insertado en cualquier otro momento durante el ciclo menstrual, si existe la certeza razonable de que ella no está embarazada o está usando otro método.
- En el post parto inmediato hasta 48 horas.
- Durante la operación cesárea.
- En el puerperio tardío a partir de la cuarta semana.
- En el post aborto inmediato: En los primeros 5 días post aborto no complicado.
- En cualquier momento que usted esté razonablemente seguro de que la usuaria no está embarazada.
- Siempre debe ser insertado y extraído por personal profesional de salud calificado.
- Inserción del dispositivo intrauterino con la “Técnica de No Tocar”. <sup>(36)</sup>

## 7. Anticoncepción quirúrgica voluntaria

Son métodos anticonceptivos permanentes, que se realizan mediante una intervención quirúrgica electiva de complejidad intermedia. Puede ser:

- Anticoncepción quirúrgica voluntaria femenina
- Anticoncepción quirúrgica voluntaria masculina

### a) Anticoncepción quirúrgica voluntaria femenina

Es un método anticonceptivo permanente, que se realiza mediante una intervención quirúrgica electiva, de complejidad intermedia cuyo objetivo es impedir la unión del espermatozoide con el óvulo al nivel de las trompas con el fin de evitar la fertilización.

❖ **Mecanismo de acción:** Es la oclusión y sección de las trompas de Falopio para impedir la unión del espermatozoide con el óvulo.

❖ **Condiciones que contraindican la anticoncepción quirúrgica femenina voluntaria:**

- Consideraciones psicosociales:
  - ✓ Usuarías presionadas por el cónyuge o por alguna persona.
  - ✓ Usuarías que han tomado su decisión bajo.
  - ✓ Usuarías con conflictos no resueltos de índole religiosa o cultural.
  - ✓ Usuarías con expectativas no resueltas acerca de la irreversibilidad.
  - ✓ Mujeres en estado de depresión severa, o enfermedades psiquiátricas que le impidan tomar decisiones por ellas mismas.
  - ✓ Adolescentes
- Consideraciones médicas. Si presenta alguna de las siguientes patologías se recomienda cautela, postergación, manejo especial y realizar con precaución.

❖ **Características:**

- Las mujeres que cumplen con los criterios de elegibilidad pueden someterse a la anticoncepción quirúrgica femenina.
- Eficacia alta, inmediata y permanente.
- Puede ser realizada en forma ambulatoria.
- No interfiere con el deseo sexual ni con la producción hormonal por parte de los ovarios.

- Requiere, previamente, dos sesiones de orientación/ consejería especializada y evaluación médica.
- Es definitiva, debe ser considerada irreversible.
- El proveedor debe ser necesariamente un médico calificado.
- No previene las ITS, VIH/SIDA, ni el HTVL1. Para mayor protección es recomendable el uso de preservativo.

❖ **Tasa de falla:**

- Falla teórica 0.5 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año.
- Falla de uso típico 0.5 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año.

❖ **Forma de uso:**

- La técnica recomendada es la de Pomeroy, a través de minilaparatomía, el tipo de incisión será suprapúbica para el periodo intervalo, intraumbilical para el post parto.
- Otra alternativa sería la vía laparoscópica.
- Tipo de anestesia: local con sedo analgesia, epidural y general.
- No se recomienda la minilaparatomía en casos de usuarias con:
  - ✓ Antecedentes de cirugía pélvica previa.
  - ✓ Enfermedad pélvica inflamatoria reciente.
  - ✓ Retroflexión uterina fija.
  - ✓ Obesidad.
  - ✓ Problemas psiquiátricos, que impidan su colaboración.
  - ✓ En caso de alergias al anestésico local usar anestésico general.
  - ✓ Momento de la intervención:
    - Post parto hasta las 48 horas
    - En seis semanas o más post parto, siempre que no exista gestación.
    - Post aborto no complicado.
    - De intervalo, en cualquier momento, de preferencia en la primera mitad del ciclo.
    - Transcesarea. <sup>(37)</sup>

## **b) Anticoncepción quirúrgica voluntaria masculina**

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

❖ **Mecanismo de acción:** La oclusión de los conductos deferentes que impide la salida de los espermatozoides, evitando la unión con el óvulo.

❖ **Condiciones que contraindican la anticoncepción quirúrgica masculina voluntaria:**

- Consideraciones psicosociales:
  - ✓ Usuarios presionados por su cónyuge o por alguna persona.
  - ✓ Usuarios que han tomado su decisión bajo presión desusada.
  - ✓ Usuarios con conflictos no resueltos de índole religiosa o cultural.
  - ✓ Usuarios con expectativas no resueltas acerca de la irreversibilidad.
  - ✓ Varones en estado de depresión severa, o enfermedades psiquiátricas que le impidan tomar decisiones por ellos mismos.
  - ✓ Adolescentes
- Consideraciones médicas: Según categorías de la OMS todos los hombres pueden someterse a la vasectomía.

Si presenta alguna de las siguientes patologías se recomienda cautela, postergación, manejo especial y realizar con precaución.

❖ **Características:**

- Eficacia alta, inmediata y permanente.
- Es realizada en forma ambulatoria.
- No interfiere con el deseo, la potencia sexual, ni con la producción hormonal por parte de los testículos.
- Requiere, previamente, dos sesiones de orientación/ consejería especializada y evaluación médica.
- La eficacia se garantiza cuando se demuestra que haya ausencia total de espermatozoides en una prueba de recuento.
- Es definitiva, debe ser considerada irreversible.
- El proveedor debe ser necesariamente un médico calificado.
- No previene las ITS, VIH/SIDA, ni el HTVL1. Para mayor protección es recomendable el uso de preservativo.

- No existe el riesgo para cáncer de próstata o testicular.

❖ **Tasa de falla:**

- Falla teórica 0.15 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año.
- Falla de uso típico 0.15 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año.

❖ **Forma de uso:**

- La vasectomía puede ser realizada, en cualquier momento, mediante dos técnicas:
  - ✓ La convencional, en la que se realiza una o dos incisiones en el escroto.
  - ✓ La técnica sin bisturí, en la que se pinza con una pinza especial la piel del escroto, para aislar el conducto deferente. La más recomendada es la técnica sin bisturí. <sup>(38)</sup>

## 8. Anticoncepción de emergencia (AE)

Son todos los métodos hormonales que se usan como emergencia, luego de una relación sexual sin protección, violación o por ruptura de un codón, para evitar un embarazo no planificado.

Se utilizan:

a) Método de Yuzpe se utiliza píldoras combinadas. El esquema es el siguiente: Píldoras con combinaciones de: Etinilestradiol 50 mcg y Levonorgestrel 250 mcg, dos dosis de 2 tabletas cada 12 horas.

b) Método de sólo progestágeno: Levonorgestrel

- Levonorgestrel tableta de 0.75 mg, por dos dosis.
- Levonorgestrel 1.5 mg, una sola dosis.

❖ **Mecanismo de acción**

- Inhibe la ovulación.
- Espesa el moco cervical.

❖ **Condiciones que no restringen el uso de la AE:**

- Lactancia.
- Embarazo ectópico previo.
- Enfermedades cardiovasculares.

- Enfermedades reumáticas.
- Enfermedades neurológicas.
- Enfermedades gastrointestinales.

#### ❖ **Indicaciones**

- Violación.
- Violencia sexual familiar.
- Relación sexual sin protección.
- No usa regularmente un método anticonceptivo.
- Se rompió o se deslizo el condón.
- Se le olvidó de tomar más de dos píldoras de uso regular.
- No se aplicó el inyectable en su fecha.
- Expulso la T de cobre.
- Mal uso del método del ritmo.

#### ❖ **Características:**

- No es un método para uso regular, debe de ser considerada como una alternativa de uso excepcional.
- Se puede indicar en cualquier edad y/o paridad.
- Eficaz si se usa lo más rápido dentro de las 72 horas de la relación sexual sin protección.
- Método dependiente de la usuaria, de la rapidez para tomar las pastillas
- No requiere un examen pélvico previo a su uso.
- No brinda protección contra la enfermedad pélvica inflamatoria (EPI).
- No previenen las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), VIH/SIDA, ni el HTVL1.
- No se ha reportado malformaciones congénitas en los recién nacidos, en caso de falla del método.

#### ❖ **Tasa de eficacia**

- Cuando más pronto sea su uso, mayor será su eficacia.
- Los de solo progestágeno (Levonorgestrel) hasta 95%.
- Las anticonceptivos combinados (Método de Yuzpe) hasta 75%.

❖ **Modo de uso:**

- La primera dosis dentro de las 72 horas de la relación sexual sin protección.
- La segunda y última dosis 12 horas después de la primera dosis.
- Método de Yuzpe: Verificar la cantidad de Etinilestradiol que contiene las píldoras combinadas y calcular cuantas píldoras suman 100 o más microgramos, se tomaran dos dosis. Las que contienen Etinilestradiol de 30 mcg se tomarán cuatro píldoras en cada dosis. Para las de 50 mcg se tomaran dos dosis de dos píldoras cada una. <sup>(39)</sup>

## **CONTRAINDICACIONES PARA EL USO DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS HORMONALES**

La mayoría de las contraindicaciones se basan en los resultados obtenidos de estudios multi céntricos, del tipo de preparado y del perfil de las usuarias. Es posible que en un futuro existan cambios, sobre todo cuando comiencen a aparecer más resultados de ensayos clínicos controlados a largo plazo en usuarias jóvenes, con dosificaciones micro o mini de gestáremos de tercera generación.

### **CONTRAINDICACIONES ABSOLUTAS**

No se deben emplear anticonceptivos orales combinados (AOC) y se debe suspender inmediatamente el uso del preparado, si se presenta cualquiera de esas complicaciones por primera vez durante su uso:

- Tromboembólicos. Presencia o antecedentes de episodios trombóticos/tromboembólicos arteriales o venosos (p. ej.: trombosis venosa profunda, embolismo pulmonar, infarto del miocardio) o de un accidente cerebrovascular. Presencia de un factor de riesgo grave o de múltiples factores de riesgo de trombosis arterial o venosa. Presencia o antecedentes de pródromos de una trombosis (p. ej.: ataque isquémico transitorio, angina de pecho).

- Fumadoras de más de 15 cigarrillos diarios y mayores de 35 años. Deben suspender el hábito. Si no pueden y desean usar la píldora deben usar los de dosis más baja o las de sólo progestágenos.
- Cáncer de mama. Los estrógenos y las progestinas se utilizan para el control de la natalidad, contienen ambas hormonas sintéticas. Los experimentos han demostrado que estas hormonas hacen que las células mamarias se multipliquen más rápidamente, lo cual las hace más vulnerables a los carcinógenos o agentes que causan el cáncer.
- Cefalea migrañosa. Puede asociarse al riesgo de un accidente cerebrovascular, por lo que en su forma clásica se contraindica el uso del anticonceptivo o se suspende su administración. También el antecedente de migraña con síntomas neurológicos focales.
- Diabetes mellitus. Si la enfermedad ha desarrollado complicaciones en órganos como el riñón, cuando existe compromiso vascular. cambio en la retina, etc. no deben utilizarse anticonceptivos hormonales, siendo de elección el dispositivo intrauterino, el condón y otros métodos de barrera.
- Pancreatitis. Presencia o antecedentes de esta enfermedad si se asocia con hipergliceridemia importante.
- Hepáticas. Presencia o antecedentes de enfermedad hepática o de insuficiencia renal. Presencia o antecedentes de tumores hepáticos (benignos o malignos). Hepatopatías hasta que no se normalice el perfil hepático.
- Tumores hormono-dependientes. Sospecha o existencia de tumores malignos influidas por los esteroides sexuales (p. ej.: de los órganos genitales o de las mamas).
- Sangrado genital. Cuando no existe el diagnóstico del sangrado.
- Embarazo. Cuando es conocido o existe sospecha del mismo.

## CONTRAINDICACIONES RELATIVAS

- Fumadoras de menos de 15 cigarrillos diarios y mayores de 35 años. Deben ser motivadas a suspender el hábito. Si no pueden y desean usar la píldora deben usar los de dosis más baja o las de sólo progestágenos.
- Hipertensión. En mujeres menores de 35 años con un buen control de la enfermedad, pueden utilizar los AO de muy baja dosis, aunque es preferible otro método anticonceptivo.
- Diabetes. La mujer con esta enfermedad debe tener un excelente control de sus niveles de glucosa, llevar una dieta adecuada, realizar algún tipo de ejercicio y tomar sus medicamentos como lo indique su médico tratante. Es una contraindicación relativa y las pacientes bien controladas pueden utilizar los AO de muy baja dosis o las de sólo progestágenos.
- Colecistopatías. Los AO no causan cálculos biliares; sin embargo, pueden acelerar los síntomas cuando están presentes.
- Ictericia recurrente del embarazo. No es contraindicación absoluta para el uso de AO de muy baja dosis.
- Epilepsia. No se exagera con el uso de los AO y, en algunos casos, puede mejorar, pero hay que tener presente que algunas de las drogas antiepilépticas pueden disminuir la eficacia de la píldora.
- Prolapso de la válvula mitral. Pueden usarlo las no fumadoras y asintomáticas.
- Tiroides. Las enfermedades bien controladas no son contraindicación al uso de la píldora. En pacientes con enfermedad tiroidea que toman AO se deben controlar con un perfil tiroideo periódico.
- Drepanocítosis. La paciente con esta enfermedad puede usar los AO debido a que el riesgo de trombosis es más bien teórico porque los progestágenos estabilizan la membrana del glóbulo rojo.
- Miomas uterinos. Las dosis bajas no favorecen el crecimiento del mioma y disminuyen la cuantía del sangrado.

- Cefalea migrañosa. En formas leves, pueden tomar preparados en dosis bajas y con vigilancia.
- Varices. Algunas pueden ser más pronunciadas con el uso de los anticonceptivos hormonales, aun así, la presencia de éstas por sí solas no constituyen una contraindicación porque hay otros factores genéticos, hábitos posturales, el sedentarismo, obesidad, mala nutrición, etc. que influyen en su aparición.
- Cirugía electiva. Hacer esta cirugía menos imprescindible con las dosis bajas.
- Interacciones Medicamentosas. En la hipersensibilidad a los principios activos o a cualquiera de los excipientes se debe consultarse la información para identificar las posibles interacciones.<sup>(40)</sup>

### **OPCIONES PARA LOS MÉTODOS DE BARRERA**

Hay personas que son alérgicos al látex (ojo, nadie debe usar esto como pretexto para no usar condón a menos que sea una condición médica real), para estas personas siempre hay la opción de usar condones hipoalérgicos que están fabricados de poliuretano o resinas sintéticas. En el mercado existen excelentes opciones para todas, con diferentes fórmulas y variaciones que nos ayudarán a prevenir un embarazo no deseado.<sup>(41)</sup>

### **MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS NATURALES**

Son aquellos métodos que se basan en la fisiología (función) hormonal normal de la mujer, en los cuales hay obtención de hacer relaciones sexuales durante la ovulación (momento en el cual el óvulo sale del ovario) y los días cercanos a ella (días de riesgo para quedar embarazada).

### **Los principales métodos naturales son:**

- Abstinencia periódica
- Calendario de ritmo
- Temperatura basal
- Método del moco cervical-billings
- Lactancia materna prolongada
- Coito interrumpido <sup>(42)</sup>

### **METODOS ANTICONCEPTIVOS NO NATURALES**

Los métodos anticonceptivos no naturales o también llamados artificiales, son aquellos que han sido diseñados o elaborados a partir de diversas sustancias con el fin de evitar la concepción. Entre ellos tenemos al preservativo/condón (tanto femenino como masculino), las pastillas, el DIU, Norplant (implante hormonal), espumas y demás espermicidas, entre otros.

Se clasifican en métodos no naturales de barrera, hormonales y de esterilización quirúrgica:

#### **Barrera:**

Dispositivo intrauterino  
Condón o preservativo  
Jaleas espermicidas  
Diafragma  
Capa cervical

#### **Hormonales:**

Anticonceptivos orales  
Anticonceptivos inyectables  
Implantes de progesterona  
Anticoncepción de urgencia

#### **Esterilización quirúrgica:**

Ligadura de trompas  
Vasectomía <sup>(43)</sup>

## **NECESIDAD INSATISFECHA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR**

Las mujeres con necesidad insatisfecha son aquellas mujeres fértiles y sexualmente activas, y no usan ningún método anticonceptivo, y reportan que no querían tener más hijos o que desean retrasar el siguiente embarazo. El concepto de necesidades insatisfechas apunta a la brecha entre las intenciones reproductivas de la mujer y su comportamiento anticonceptivo. Para monitoreo de los ODM, la necesidad insatisfecha se expresa como un porcentaje basado en las mujeres que están casadas o en unión consensual. (44)

## **ORIENTACIÓN/CONSEJERÍA EN ANTICONCEPCION**

La orientación/consejería es el proceso de comunicación interpersonal en el que se brinda la información necesaria para que las personas logren tomar decisiones voluntarias e informadas. La consejería en salud sexual y reproductiva, consiste en proporcionar información a las personas, además de brindar apoyo para el análisis de sus circunstancias individuales y así tomar o confirmar una decisión personal o de pareja en forma satisfactoria. (45)

### **1. ORIENTACIÓN/CONSEJERÍA GENERAL EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR**

Proceso de comunicación en el cual se establece un contacto directo y privado con las usuarias que permite entender en forma más profunda sus necesidades con respecto a la planificación familiar. Las/os usuarias/os deben asumir un rol activo; participar preguntar, exponer sus dificultades, expectativas y sentimientos.

La orientación/consejería permite al consejero ofrecer información amplia y veraz dándoles la oportunidad a las usuarias/os que reflexionen y analicen los datos que se le ofrecen para que asuman sus propias decisiones en planificación familiar.

Una orientación/consejería adecuada permite:

- Evaluar los beneficios y riesgos de los métodos anticonceptivos.
- Ayudar al/la usuario/a a considerar sus necesidades y sentimientos.
- Contribuye a que el/la usuario/a tome decisiones informadas u voluntarias acerca de la fecundidad y la anticoncepción.

- Garantizar una comunicación de dos direcciones entre el consejero y usuario.
- Ofrecer información y permitir que el usuario la aplique a sus necesidades y circunstancias.
- Facilitar al/la usuario/a la utilización correcta de los métodos anticonceptivos.
- Aumentar la eficiencia y continuidad de uso de métodos. <sup>(46)</sup>

### **Modelo de los Cinco Pasos para Planificación Familiar**

Para la Orientación/Consejería en planificación familiar el modelo de los cinco pasos es considerado el esquema que mejor se adapta a las características del servicio y a los diferentes tipos de usuarios/as que demandan los establecimientos de salud.

### **ORIENTACIÓN/CONSEJERÍA: MODELO DE LOS CINCO PASOS**

- **Primer Paso: Establecer una Relación Cordial**  
Objetivo: Crear el ambiente adecuado para poder establecer una adecuada comunicación interpersonal.
- **Segundo Paso: Identificar Necesidades de la Usuaría**  
Objetivo: Determinar las características y necesidades de las/os usuarias/os.
- **Tercer Paso: Responder a las Necesidades de la Usuaría**  
Objetivo: Dar respuesta a las necesidades de las/os Usuarios/os.
- **Cuarto Paso: Verificar la Comprensión de la Usuaría**  
Objetivo: Comprobar que el/la usuaria/o tiene la información adecuada.
- **Quinto Paso: Mantener la Relación Cordial**  
Objetivo: Establecer los mecanismos apropiados para el seguimiento.  
(47)

## **2. ORIENTACIÓN/CONSEJERÍA A MUJERES EMBARAZADAS Y EN EL POST- PARTO**

Para las mujeres embarazadas, así como para las mujeres que se encuentran en el periodo post-parto; los cuidados de su salud y la de su niño son primordiales. Razón por la que se recomienda que la consejería sea una actividad integral, que se brinde durante el embarazo y/o durante el periodo post parto, ya que permitirá a la usuaria conocer aspectos importantes sobre los cuidados de su salud durante el embarazo, signos de alarma, cuidados post parto, anticoncepción y cuidados del recién nacido y permite a la usuaria y a su pareja tener el tiempo suficiente para tomar una decisión pensada y que satisfaga sus necesidades en planificación familiar.

Los/as consejeros/as deben recordar que las mujeres embarazadas y en el post-parto a menudo presentan cambios emocionales, físicos y en algunos casos ansiedad, preocupándose no sólo por los cuidados de su salud y signos de alarma, sino también por aspectos de su sexualidad. <sup>(48)</sup>

### **INFORMACIÓN INDISPENSABLE PARA LA ORIENTACIÓN/CONSEJERÍA:**

#### **➤ Momento para brindar la orientación/consejería en anticoncepción**

El periodo prenatal es ideal para brindar la orientación/consejería a la gestante, ya que tiene tiempo suficiente para tomar su decisión. De acuerdo al estado y deseos de la gestante, se puede ofrecer la orientación/consejería durante la permanencia en el establecimiento, antes del alta. Los estudios realizados demuestran que la consejería es más efectiva en el periodo prenatal que durante el puerperio. Idealmente se debería lograr que participe el esposo o pareja en la orientación/consejería sobre anticoncepción.

#### **➤ Información que se debe brindar a la persona y a su pareja**

Se debe informar sobre el tiempo de retorno de la fecundidad y riesgos de un nuevo embarazo, así como metodología anticonceptiva.

➤ **Información sobre las ventajas de la lactancia materna**

Se debe informar a las usuarias que la leche materna es el mejor alimento para el niño menor de 6 meses, que es de fácil digestión y que protege contra las infecciones más frecuentes. Toda madre debe conocer sobre la importancia de la lactancia materna para favorecer el vínculo afectivo entre la madre y el recién nacido.

➤ **Métodos anticonceptivos recomendados**

Durante este período se recomienda el Método de la Lactancia Materna Exclusiva (MELA), Dispositivos Intrauterinos (DI U), AOV, píldoras e inyectable de solo progestágeno y métodos de barrera. Si la mujer da de lactar, se recomienda píldoras anticonceptivas combinadas después de los seis meses.

➤ **Consideraciones o Cuidados**

Se debe considerar el estado emocional de la usuaria y respetar la decisión de conversar o no, sobre la posibilidad de usar anticonceptivos.

Para realizar la consejería en forma adecuada, se debe tomar en cuenta las diferencias entre una mujer y otra con respecto a sus necesidades anticonceptivas. En caso que la usuaria sea adolescente, la orientación/consejería deberá también brindarse a los padres y/o acompañantes.

Además los/las consejeros/as deberán considerar que durante el trabajo de parto y el post-parto no se debe brindar la orientación/consejería debido al estrés y/o dolor a los que están sometidas. En estas condiciones, cualquiera sea la decisión que toma la usuaria, tiene alto riesgo de retractación posterior. <sup>(49)</sup>

## **LA ATENCIÓN PRENATAL REENFOCADA INCLUYE LA CONSEJERÍA SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS**

Son todas aquellas actividades basadas en la vigilancia y evaluación integral de la gestante y el feto para lograr el nacimiento de un/a recién nacido/a sano/a, sin deterioro de la salud de la madre. Realizada en todos los establecimientos de salud por profesional calificado: médico gineco-obstetra, médico general, u obstetra. Debe iniciarse antes de las catorce semanas de gestación y recibir el paquete básico que permita la detección oportuna de signos de alarma y factores de riesgo para el manejo adecuado de las complicaciones que puedan presentarse tanto en la madre como en el perinato. Considera, como mínimo 6 atenciones durante el embarazo. <sup>(50)</sup>

Según el cuadro de criterios para la atención prenatal reenforcada, en el ítem 12 la consejería de Planificación Familiar está considerada como uno de los ítems que la gestante debe cumplir para que se considere como reenforcada y no sólo controlada. RM N° 827-2013/MINSA, que aprueba la NTS N° 105-MINSA/DGSP.V.01 Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Materna.

### CUADRO DE CRITERIOS PARA LA APN REENFOCADA

CRITERIOS	TOTAL REQUERIDO	GESTANTE		
		CONTROLADA	REENFOCADA ≤ 14SEM	
			MINIMO	AMPLIADO
1. CPN	6	6	≥6	≥6
2. EXAMEN COMPL. LABORAT	2	1	1	2
3. RPR	2	2	2	2
4. PR VIH	2	1	1	2
5. ECOGRAFIA (IT-IIT)	2	1	1	2
6. TAMIZ. ACIDO SULFALICILICO	2	-	1	2
7. TAMIZAJE VIOILIENICIA (VSG)	1	-	1	1
8. VAT	2	2	2	2
9. PLAN DE PARTO	3	-	2	3
10. SUPLEM HIERRO/AC. FOLICO	7	6	6	6+1AC.FOL.IT
11. EXAMEN ODONTOLOGICO	2	1	2	2
12. PLANIFICACION FAMILIAR	2	1	1	2
13. ADM. DE CALCIO (20 SEM)	5	-	-	5
14 EVALUACION NUTRICIONAL	6	-	6	6
15. PAP (19-21 SEM)	1	-	-	1
16. NST (35 SEM)	1	-	1	1
17. PSICOPROFILAXIS OBST Y EPN	6	-	-	6

Fuente: Plan de Atención Prenatal Dpto Gineco Obstetricia-Consulta Externa Hospital Amazónico.

#### 2.1.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

**CONOCIMIENTO:** Conjunto de principios; ideas y experiencias que obtiene el ser humano. Es la acción y efecto de la razón a través del uso de sus facultades sensoriales teniendo la capacidad de discernir.

**PUÉRPERA:** Se denomina puérpera a toda mujer inmediatamente después del parto ya sea esta vaginal o cesárea, se clasifica en puérpera inmediata aquella mujer que se encuentra dentro de las 24 primeras horas después del parto, puérpera mediata hasta los 7 primeros días después del parto y puérpera mediata tardía desde los 8 días hasta los 45 días después del parto.

**ACEPTACIÓN:** Es la libre decisión de la paciente de elegir y continuar con el uso de un determinado método anticonceptivo previa información del mismo.

**PREFERENCIA:** Término que procede del latín *praeferens*, permite señalar a la ventaja o primacía que algo o alguien tiene sobre otra cosa o persona. Dicha preferencia puede surgir por distintos motivos, como el valor, el merecimiento o los intereses personales. En las ciencias sociales, la preferencia es una elección (real o imaginaria) entre diversas alternativas y la forma de ordenarlas. Aquello que se prefiere suele actuar como motivación o impulso para el desarrollo de acciones. <sup>(53)</sup>

**MÉTODO ANTICONCEPTIVO:** Es aquel que impide o reduce significativamente la posibilidad de una fecundación en mujeres fértiles que mantienen relaciones sexuales de carácter heterosexual que incluyen coito vaginal. El conocimiento de los métodos anticonceptivos contribuye a la toma de decisiones sobre el control de la natalidad del número de hijos que se desean, o no tener hijos, la prevención de embarazos no deseados y de embarazos en adolescentes. Los métodos que se administran después de mantener relaciones sexuales se denominan anticonceptivos de emergencia.

**SALUD REPRODUCTIVA:** Según la Organización Mundial de la Salud, 'la salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia.

**QUINTIL:** Es la quinta parte de una población estadística ordenada de menor a mayor en alguna característica de esta. Corresponde a dos deciles, o a veinte percentiles.

**RANGO DE EDAD:** Clase o categoría profesional o social de alguien  
Amplitud de la variación de un fenómeno entre un mínimo y un máximo claramente especificados.

**RIESGO OBSTÉTRICO:** Se entiende por riesgo obstétrico como todos aquellos factores externos o intrínsecos a la mujer, que pueden propiciar alguna complicación durante la evolución del embarazo, el desarrollo del parto, del puerperio o que puedan alterar de alguna forma del desarrollo normal o la supervivencia del producto.

**PÍLDORAS ANTICONCEPTIVAS:** Las píldoras anticonceptivas son un tipo de medicamento que las mujeres pueden tomar diariamente para prevenir embarazos. También se las llama “la píldora” o anticoncepción oral.

**EMBARAZOS NO PLANIFICADOS:** Es aquel que se produce sin el deseo y/o planificación previa y ante la ausencia o fallo de métodos anticonceptivos precoitales adecuados y la ineffectividad o no administración de métodos anticonceptivos de emergencia posteriores al coito que prevengan un posible embarazo.

**PARTO EUTCICICO:** Es aquel que transcurre de manera normal sin necesidad de intervención médica, es decir, natural y por vía vaginal.

**MENSTRUACION:** Es el sangrado vaginal normal que ocurre como parte del ciclo mensual de la mujer.

**COITO INTERRUMPIDO O EL COITUS INTERRUPTUS:** Es un método de contracepción en el cual una pareja tiene relaciones sexuales, pero el pene es retirado prematuramente y el semen es eyaculado fuera de la vagina, o no es eyaculado y es retenido dentro del cuerpo.

**DEBERES:** Son tareas que se pueden realizar o no en favor de otras personas o de nosotros mismos. Son respuestas morales a determinadas cosas que uno siente la necesidad de hacer o cumplir, incluso aunque no haya un código o ley explícita que nos obligue a obedecer. Los deberes son morales. <sup>(51)</sup>

**OBLIGACIÓN:** Se refiere a algo que hay que hacer nos guste o no. Hay que cumplir con las obligaciones, porque éstas sí están planteadas de manera explícita y no se pueden pasar por alto si se vive y pertenece a una sociedad. Las obligaciones son legales. <sup>(51)</sup>

**DERECHOS:** Referido para el caso del estudio a Derechos Humanos. Los derechos humanos son derechos inherentes a todos los seres humanos, sin distinción alguna de nacionalidad, lugar de residencia, sexo, origen nacional o étnico, color, religión, lengua, o cualquier otra condición. Todos tenemos los mismos derechos humanos, sin discriminación alguna. Estos derechos son interrelacionados, interdependientes e indivisibles. <sup>(52)</sup>

## **CAPITULO III**

### **PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS**

#### **3.1 Resultados, Análisis e Interpretación**

La población de estudio estuvo conformada por 180 puérperas de los Servicios de Gineco-Obstetricia (puerperio inmediato), quienes respondieron la encuesta durante el mes de Abril 2017, no se toma en cuenta aquellas pacientes que no desearon participar en la investigación y que no cumplían los criterios de inclusión.

**CUADRO N° 01**  
**CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS**

DIMENSIÓN	INDICADOR	FRECUENCIAS	%
Edad	≤ 15	9	5
	16 A 19	40	22
	20 A 34	105	58
	≥ 35	26	14
Ocupación	Ama de casa	158	88
	Trabajadora Independiente	4	2
	Trabajadora Dependiente	4	2
	Estudiante	14	8
Grado de Instrucción	Ninguna	5	3
	Primaria	38	21
	Secundaria	108	60
	Superior no universitaria	22	12
	Superior universitaria	7	4
Religión	Católica	92	51
	Evangélica	59	33
	Otras	17	9
	Ninguna	12	7
Estado Civil	Soltera	14	8
	Casada	16	9
	Conviviente	150	83

FUENTE: Instrumento de recolección de datos del estudio

**Análisis e Interpretación:** El 58% de las pacientes del estudio presentan edades entre 20 a 34 años y un 27% lo conforman adolescentes entre 15 y 19 años; el 88% es ama de casa, el 60% cuenta con grado de instrucción secundaria, el 51% refiere ser católica, el 83% vive en unión de convivencia.

Los resultados del trabajo de investigación muestran similitud con el trabajo realizado por **Cabrera Hernández, Maribel del Carmen** (2000) en la que se identificó que las edades fueron mayoritario el grupo etario entre 20 y 29 años con un 47%, el 43% no completo la secundaria. La mayoría tenía una relación de pareja estable, casada 53% o en unión estable 43%, el 58% realizaba oficio del hogar.

**CUADRO N° 02**  
**CARACTERÍSTICAS GINECO-OBSTÉTRICAS - I**

DIMENSIÓN	INDICADOR	FRECUENCIAS	%
Edad de Inicio de Relaciones Sexuales	< 15 años	43	24
	≥ 15 a ≤ 17	109	61
	≥ 18 a ≤ 20	23	13
	> 20	5	3
Embarazos	1	49	27
	2 a 3	74	41
	4 a 5	34	19
	≥ 6	23	13
Partos vaginales	1	61	34
	≥ 2 a ≤ 4	94	52
	≥ 5	25	14
Cesáreas	0	169	94
	1	11	6
Abortos	0	134	74
	1	28	16
	≥ 2 a ≤ 3	18	10

FUENTE: Instrumento de recolección de datos del estudio

**Análisis e Interpretación:** El 61% de las pacientes inició su actividad sexual entre los 15 a 17 años, además de un 24% que refirió haberla tenido antes de los 15 años, lo que significa que el 85% inició su actividad sexual siendo menor de edad. El 27% de las pacientes son primíparas, el 41% tiene entre 2 y 3 hijos, el 19% tiene entre 4 y 5 hijos incluyendo al actual recién nacido (múltipara) y el 13% tiene entre 6 a más hijos (gran múltipara). El 100% de las pacientes del estudio han tenido parto vaginal, el 52% por lo menos entre 2 y 4 partos vaginales y el 34% ha tenido su primer parto vaginal; el 6% refiere una cesárea como antecedente, el 74% no tiene antecedente de aborto.

Los resultados del trabajo de investigación muestran similitud con el trabajo realizado por **Cabrera Hernández, Maribel del Carmen (2000)** en la que se identificó que el 71% de las puérperas iniciaron sus relaciones sexuales entre los 14 y 19 años. En el estudio de **Moras Rosado María (2015)**, el 37.2 % de la pacientes son primíparas, del resto, el 14.1% se trataba de su 4to embarazo a más; pudiendo encontrar a 2 pacientes en la que el embarazo actual se trataba de su octavo hijo.

**CUADRO N° 03**  
**CARACTERÍSTICAS GÍNECO OBSTÉTRICAS – II**

DIMENSIÓN	INDICADOR	FRECUENCIAS	%
N° de APN	0	4	2
	≥ 1 a ≤ 2	14	8
	≥ 3 a ≤ 5	40	22
	≥ 6	122	68
EESS de Origen	Centro de salud	86	48
	Puesto de salud	84	47
	Hospital	7	4
	Ninguno	3	1
Red de Salud de Procedencia	Yarinacocha	75	42
	Red Yarinacocha	37	20
	Calleria	41	23
	Red HRP	14	8
	Otras regiones	10	6
	Ninguna	3	1
Recibió consejería PPF en APN	Si	146	81
	No	34	19
Pareja recibió consejería PPF	Si	66	37
	No	114	63

FUENTE: Instrumento de recolección de datos del estudio

**Análisis e Interpretación:** El 68% de las pacientes del estudio tuvieron entre 6 a más atenciones pre natales, un 22% refieren tener entre 3 a 5 atenciones prenatales, 4 de las pacientes del estudio no tuvieron ningún control aunque una de ellas vino referida de un establecimiento de salud para la atención del parto. El 95% de las pacientes procede de un establecimiento de salud de nivel I, un 4% de las pacientes sólo se controló en el Hospital. El 62% procede del distrito de Yarinacocha y Red de Yarinacocha. La procedencia se registra por la referencia con la que llegan las pacientes desde su establecimiento de salud de origen o por la dirección que refieren como autorreferidas. Finalmente el 81% de ellas refiere haber recibido consejería de planificación familiar, pero su pareja sólo alcanzó a recibir dicha consejería en un 37%.

**CUADRO N° 04**  
**CARACTERÍSTICAS GÍNECO OBSTÉTRICAS - III**

DIMENSIÓN	INDICADOR	FRECUENCIAS	%
Método Anticonceptivo que utilizaba antes del último embarazo	Ninguno	69	38
	Calendario	2	1
	Preservativo	10	6
	Píldoras combinadas	28	16
	Inyectable mensual	3	2
	Inyectable trimestral	67	37
	Implanon	1	1
El último embarazo fue planeado	Si	115	64
	No	65	36
Método Anticonceptivo que aceptó durante la atención Prenatal.	Ligadura de trompas	8	4
	Preservativo	7	4
	T de cobre	2	1
	Implante	7	4
	Inyectable trimestral	108	60
	Píldoras	6	3
	Ninguno	42	23

FUENTE: Instrumento de recolección de datos del estudio

**Análisis e Interpretación:** En cuanto a la evaluación de la necesidad insatisfecha de planificación familiar, el 38% de las pacientes del estudio refirió no haber sido usuaria de un método previo al último embarazo. El 56% era usuaria de métodos hormonales, a pesar de dicha información, el 64% refirió que su embarazo fue deseado o planeado, finalmente el 76% refirió que utilizará un método después del parto, un 67% específicamente refirió que utilizará métodos hormonales y un 23% refiere que no utilizará ningún método.

Los resultados del trabajo de investigación muestran similitud con el trabajo realizado por **Cabrera Hernández, Maribel del Carmen** (2000) en la que se identificó que el 61% de las puérperas habían deseado el embarazo.

**TABLA N° 01**

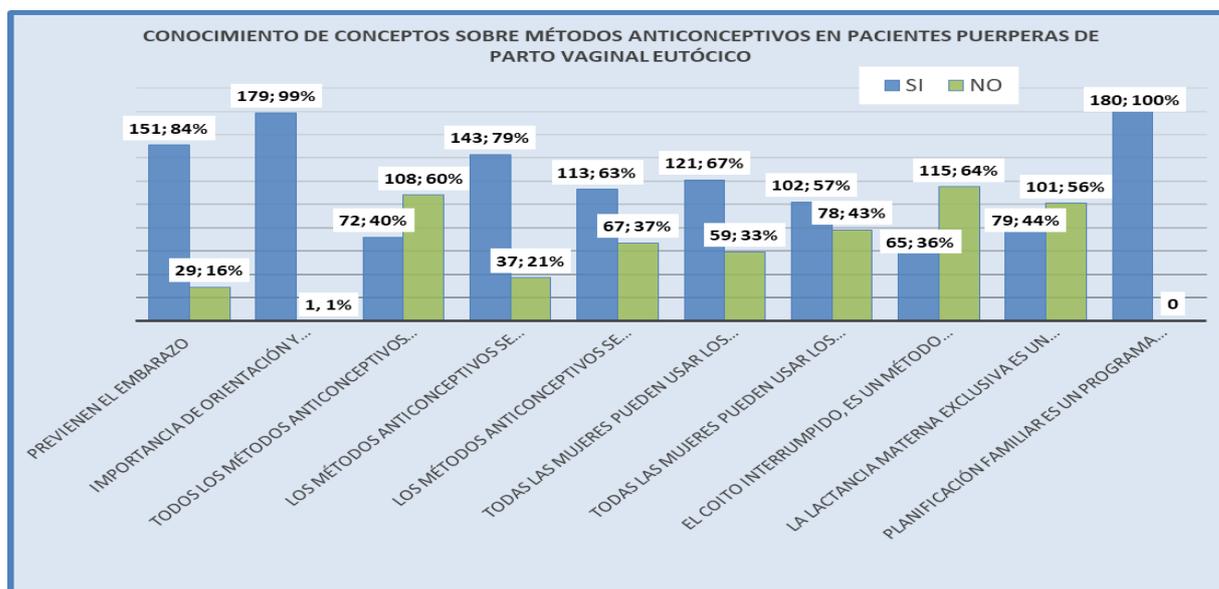
**CONOCIMIENTO DE CONCEPTOS SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS – I**

LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS	SI	%	NO	%	TOTAL
Previenen el embarazo	151	84	29	16	180
Para elegir uno, es Importante recibir orientación y consejería	179	99	1	1	180
Son seguros todos	72	40	108	60	180
Se pueden empezar a usar durante las 24 horas después del parto normal o cesárea	143	79	37	21	180
Se pueden empezar a usar durante la menstruación	113	63	67	37	180
Hormonales pueden ser usados por todas las mujeres	121	67	59	33	180
Naturales pueden ser usados por todas las mujeres	102	57	78	43	180
Como el coito interrumpido, es un método natural seguro	65	36	115	64	180
Como la lactancia materna exclusiva es un método natural seguro	79	44	101	56	180
Se brindan a través del programa de salud pública de Planificación Familiar, que ayuda a las parejas a decidir cuándo y cuántos hijos tener	180	100	0	0	180

**FUENTE:** Instrumento de recolección de datos del estudio

**Análisis e Interpretación:** El 84% sabe que los métodos anticonceptivos son para prevenir el embarazo, el 99% que es importante la orientación y consejería para elegir un método, 60% que no todos los métodos son seguros, 79% que los métodos pueden comenzar a usarse en el puerperio inmediato, 63% refiere que además puede empezar a usarse durante la menstruación, sólo un 33% refiere que no todas las mujeres pueden usar los métodos hormonales, el 43% refiere que no todas las mujeres pueden usar los métodos naturales, el 64% refiere que el coito interrumpido no es un método seguro y el 56% refiere que la lactancia materna tampoco es un método seguro.

**GRÁFICO N° 01**



**FUENTE:** Instrumento de recolección de datos del estudio

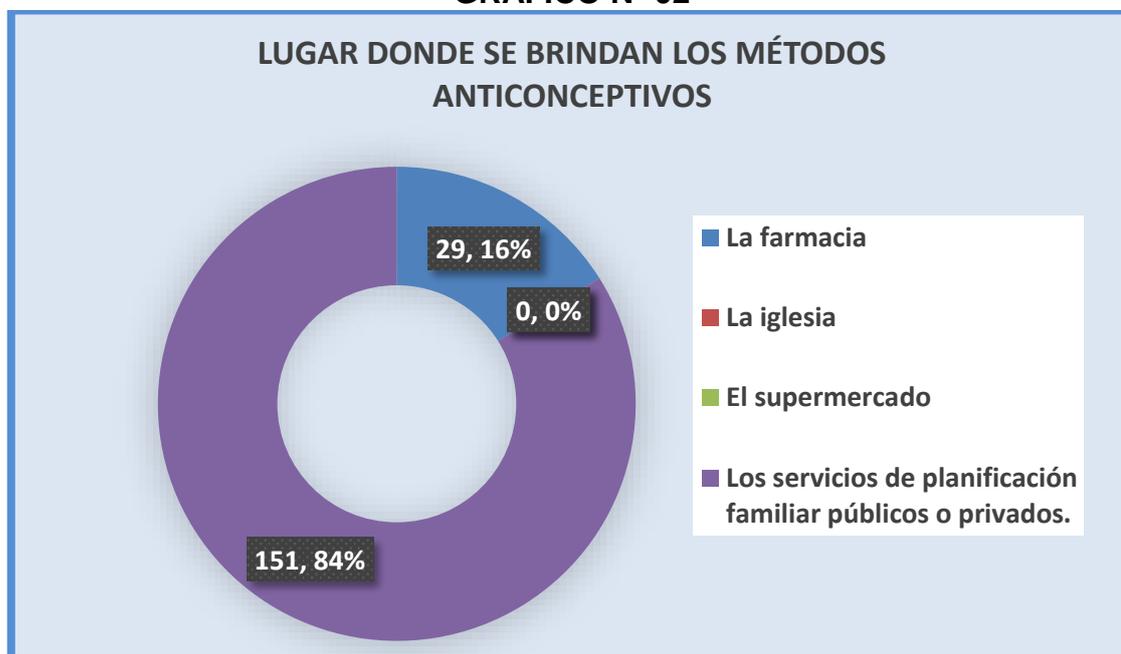
**TABLA N° 02**  
**CONOCIMIENTO DE CONCEPTOS SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS – II**

<b>LUGAR DONDE SE BRINDAN LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS</b>		
<b>ALTERNATIVAS</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>%</b>
La farmacia	29	16
La iglesia	0	0
El supermercado	0	0
Los servicios de planificación familiar públicos o privados.	151	84
<b>TOTAL</b>	<b>180</b>	<b>100</b>

FUENTE: Instrumento de recolección de datos del estudio

**Análisis e Interpretación:** El 84% de las pacientes del estudio refieren que los métodos anticonceptivos se brindan en los servicios de Planificación Familiar Públicos y Privados, el 16% refirió que en la farmacia.

**GRÁFICO N° 02**



FUENTE: Instrumento de recolección de datos del estudio

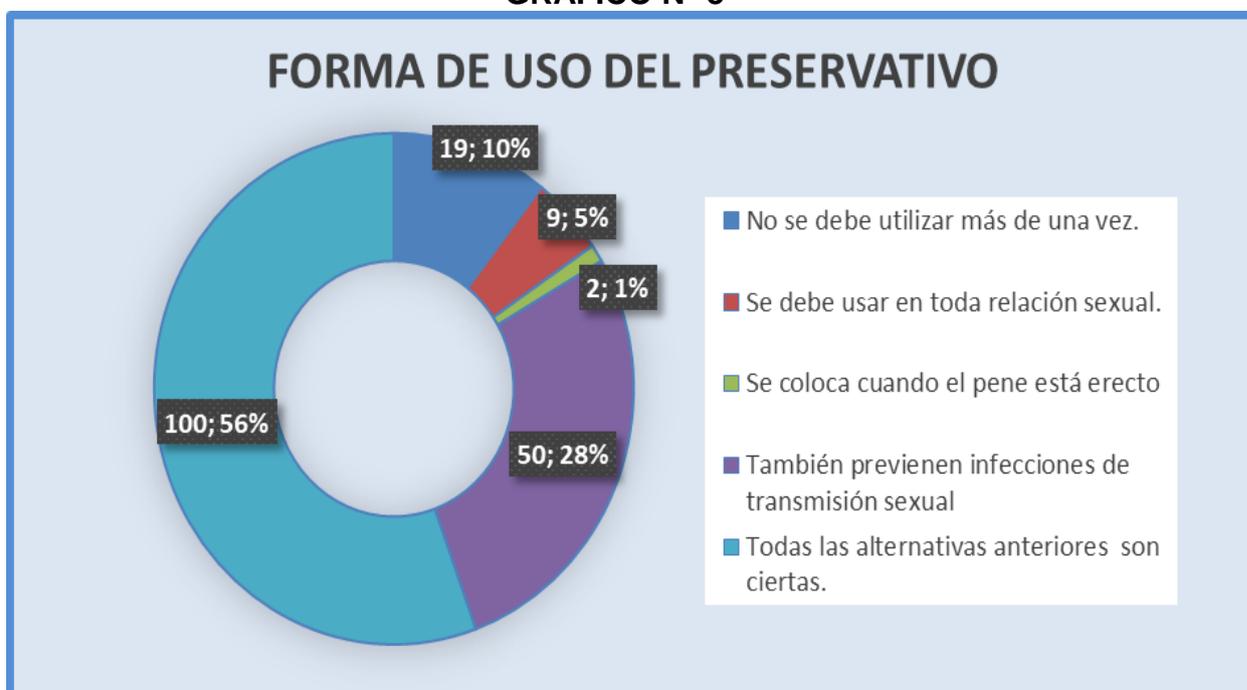
**TABLA N° 03**  
**CONOCIMIENTO DE CONCEPTOS SOBRE MÉTODOS**  
**ANTICONCEPTIVOS – III**

FORMA DE USO DEL PRESERVATIVO		
ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	%
No se debe utilizar más de una vez.	19	11
Se debe usar en toda relación sexual.	9	5
Se coloca cuando el pene está erecto	2	1
También previenen infecciones de transmisión sexual	50	28
Todas las alternativas anteriores son ciertas.	100	56
<b>TOTAL</b>	<b>180</b>	<b>100</b>

FUENTE: Instrumento de recolección de datos del estudio

**Análisis e Interpretación:** Sólo el 56% de las pacientes del estudio sabe cómo se utiliza el preservativo y sus ventajas. Un 45% conoce solo una de las ventajas o una de las precisiones descritas para su correcto uso.

**GRÁFICO N° 3**



FUENTE: Instrumento de recolección de datos del estudio

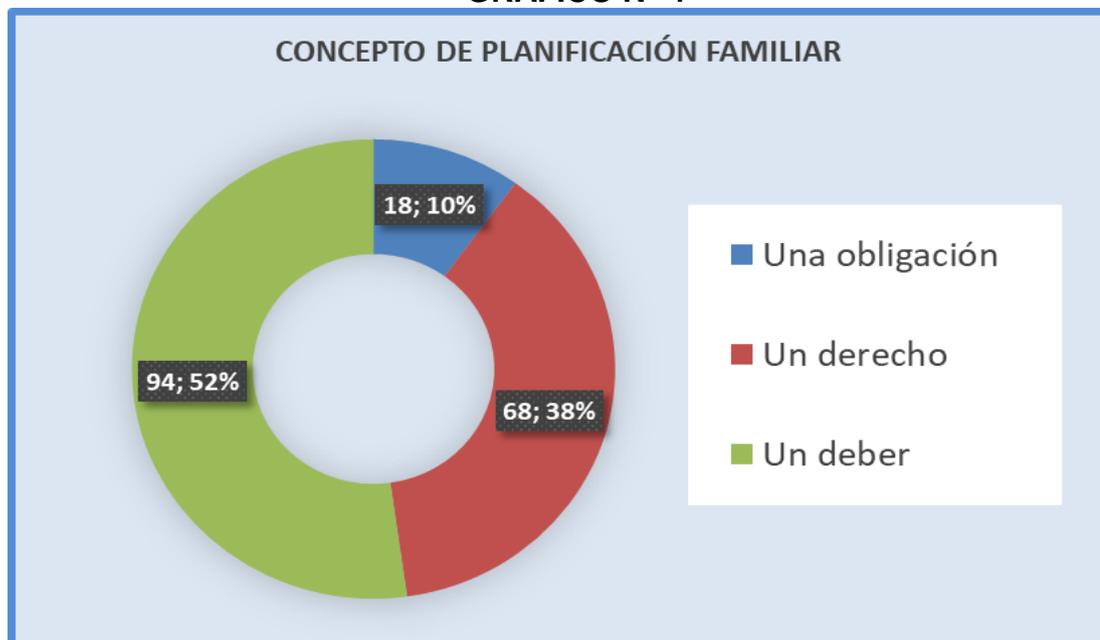
**TABLA N° 04**  
**CONOCIMIENTO DE CONCEPTOS SOBRE MÉTODOS**  
**ANTICONCEPTIVOS – IV**

CONCEPTO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR		
ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	%
Una obligación	18	10
Un derecho	68	38
Un deber	94	52
<b>TOTAL</b>	<b>180</b>	<b>100</b>

FUENTE: Instrumento de recolección de datos del estudio

**Análisis e Interpretación:** Sólo el 38% de las pacientes del estudio tienen el concepto de que planificación familiar es un derecho, más bien el 52% cree que la Planificación es un deber y el 10% una obligación, lo que significa que el 62% de las pacientes del estudio aún no conoce que el programa tiene la finalidad de proteger el derecho a la salud reproductiva de las personas para el logro de una sexualidad segura y satisfecha.

**GRÁFICO N° 4**



FUENTE: Instrumento de recolección de datos del estudio

TABLA Nº 05

CONOCIMIENTO DE CONCEPTOS SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS – V

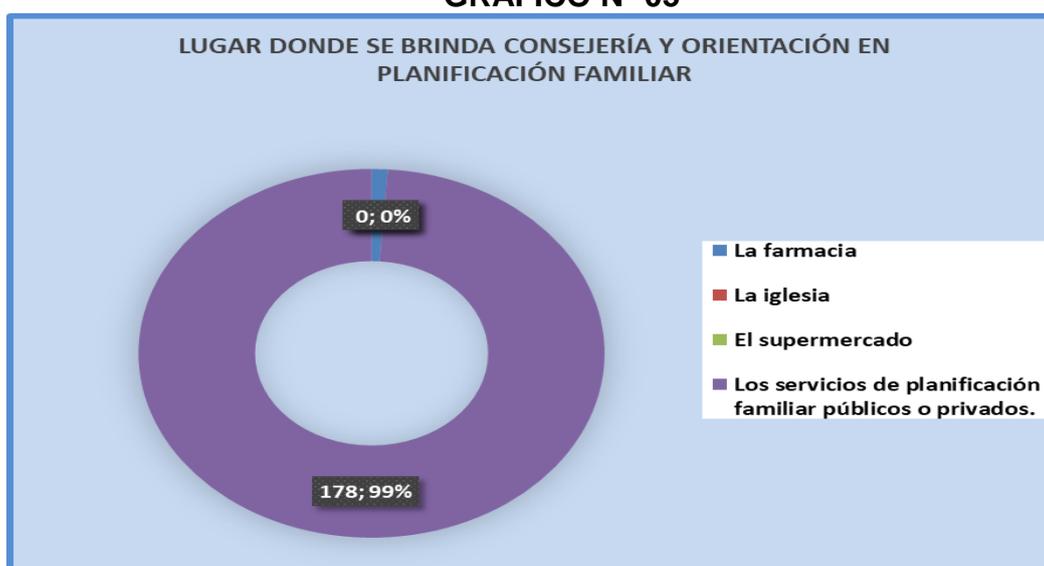
LUGAR DONDE SE BRINDA CONSEJERÍA Y ORIENTACIÓN EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR		
ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	%
La farmacia	2	1
La iglesia	0	0
El supermercado	0	0
Los servicios de planificación familiar públicos o privados.	178	99
<b>TOTAL</b>	<b>180</b>	<b>100</b>

FUENTE: Instrumento de recolección de datos del estudio

**Análisis e Interpretación:** El 99% de las pacientes de la muestra de estudio conoce que el lugar donde se brindan orientación y consejería sobre los métodos anticonceptivos es en los servicios de Planificación Familiar de los establecimientos de salud públicos y privados, que significa una gran ventaja para fortalecer la planificación familiar como un derecho.

Los resultados del trabajo de investigación muestran similitud con el trabajo realizado por **Cabrera Hernández, Maribel del Carmen** (2000) en la que se identificó que la fuente de información más frecuente fue la del médico con el 34%, seguido de la revista y periódicos 31,5%.

GRAFICO Nº 05



FUENTE: Instrumento de recolección de datos del estudio

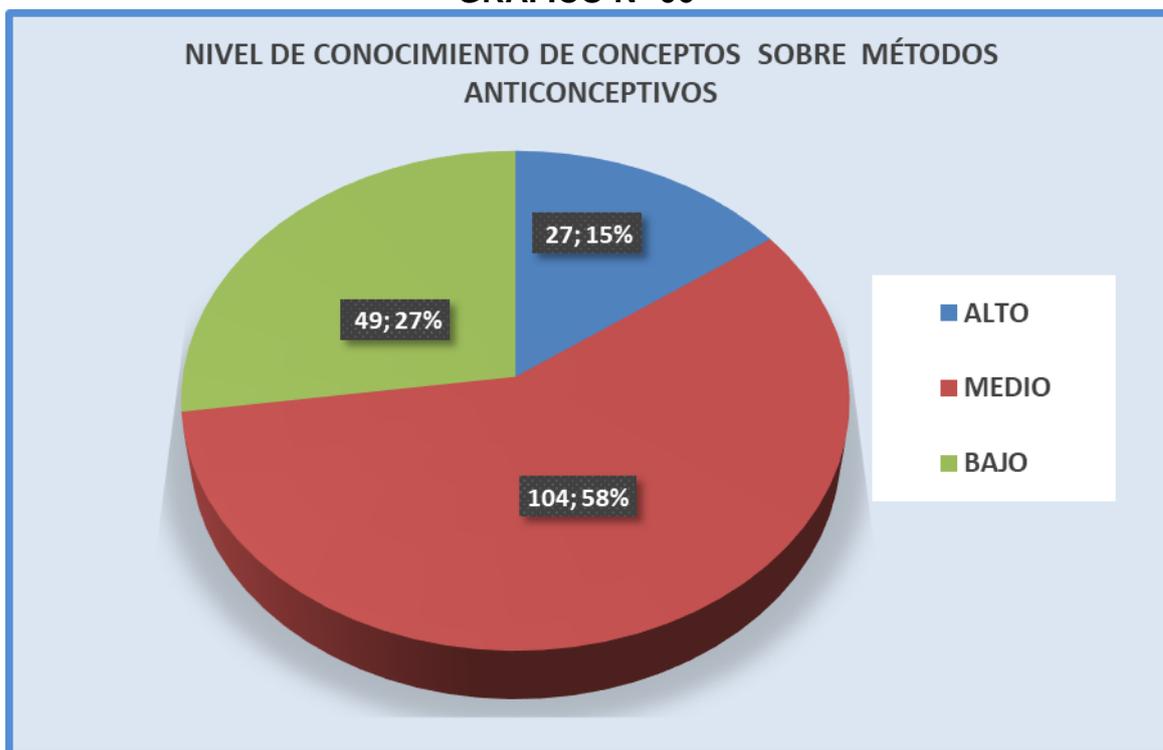
**TABLA N° 06**  
**NIVEL DE CONOCIMIENTO DE CONCEPTOS SOBRE MÉTODOS**  
**ANTICONCEPTIVOS EN PUÉRPERAS DE PARTO VAGINAL EUTÓCICO**

NIVEL	FRECUENCIA	%
ALTO	27	15
MEDIO	104	58
BAJO	49	27
TOTAL	180	100

FUENTE: Instrumento de recolección de datos del estudio

**Análisis e Interpretación:** En la evaluación de conocimientos de conceptos sobre métodos anticonceptivos, las usuarias tiene un nivel medio con 58%, bajo con 27% y sólo 15% en nivel alto.

**GRÁFICO N° 06**



FUENTE: Instrumento de recolección de datos del estudio

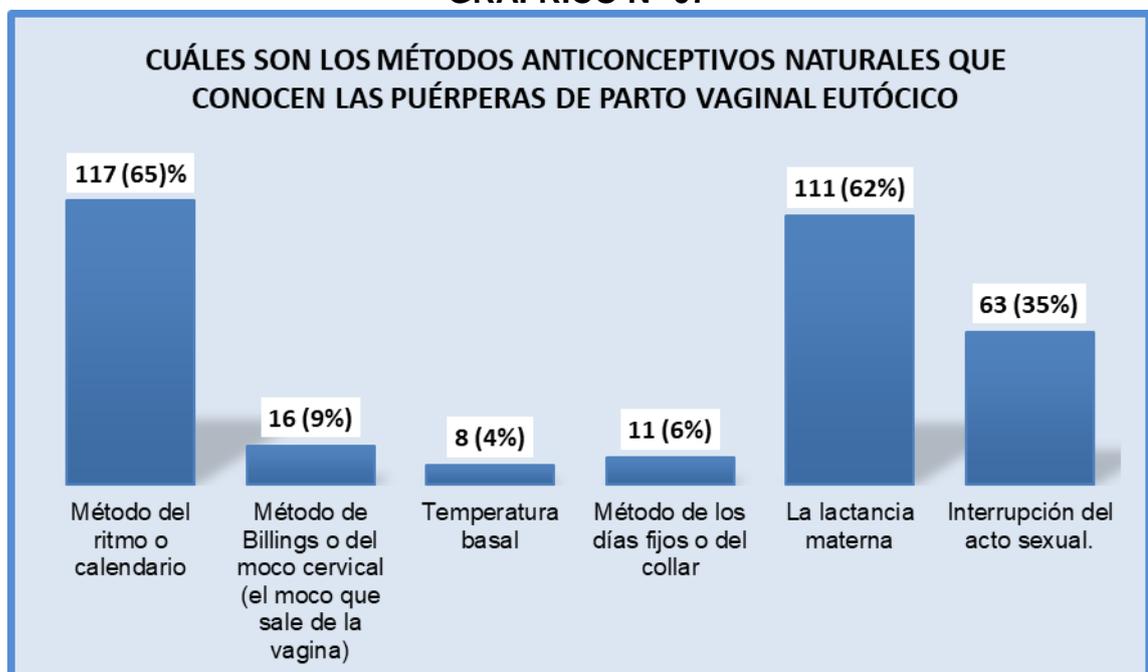
**TABLA N° 07**  
**CONOCIMIENTOS SOBRE CUÁLES SON LOS MÉTODOS**  
**ANTICONCEPTIVOS NATURALES**

MÉTODOS QUE CONOCE	FRECUENCIA	%
Método del ritmo o calendario	117	65
Método de Billings o del moco cervical (el moco que sale de la vagina)	16	9
Temperatura basal	8	4
Método de los días fijos o del collar	11	6
La lactancia materna	111	62
Interrupción del acto sexual.	63	35

FUENTE: Instrumento de recolección de datos del estudio

**Análisis e Interpretación:** Para la evaluación de conocimientos sobre métodos anticonceptivos naturales, se considera al 100% para cada uno de los métodos, el 65% conoce el método del ritmo, el 62% conoce el método de la lactancia materna y un 35% conoce como método a la interrupción del acto sexual, los métodos que menos conocen son el método de Billings, temperatura basal y el del collar.

**GRÁFICO N° 07**



FUENTE: Instrumento de recolección de datos del estudio

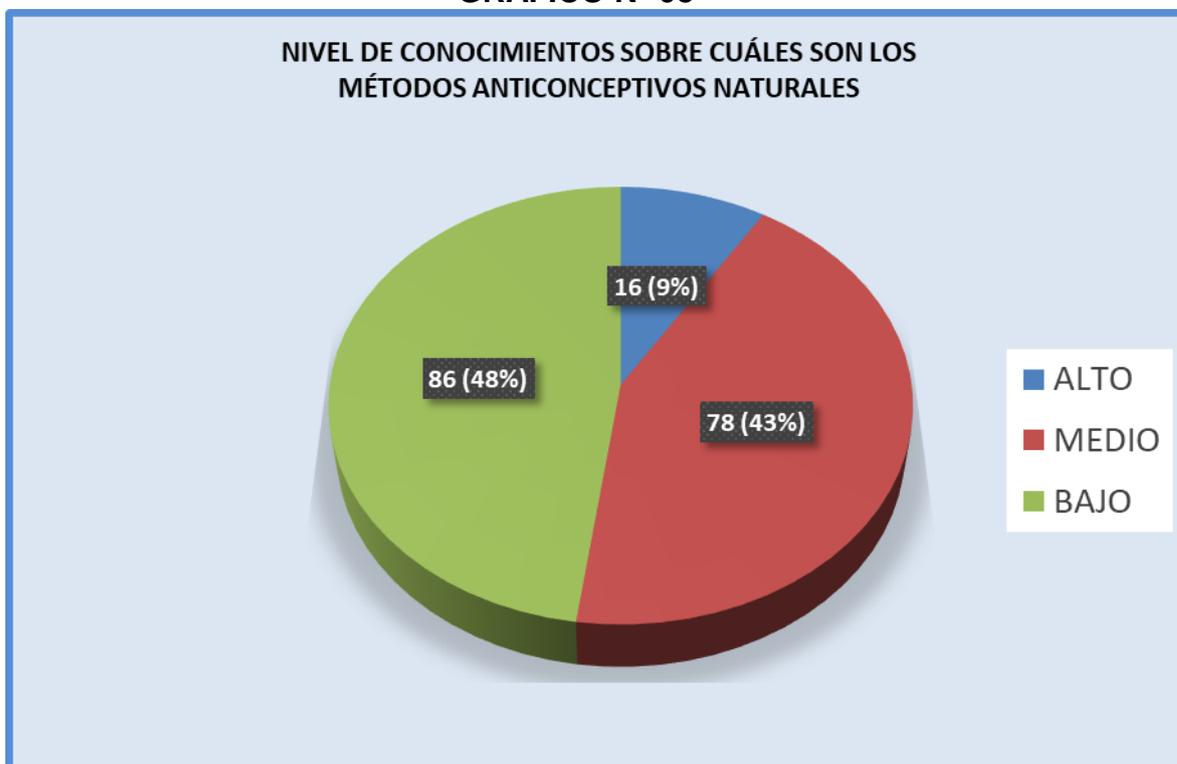
**TABLA Nº 08**  
**NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE CUÁLES SON LOS MÉTODOS**  
**ANTICONCEPTIVOS NATURALES - PUERPERAS DE PARTO VAGINAL**  
**EUTÓCICO**

NIVEL	FRECUENCIA	%
Alto	16	9
Medio	78	43
Bajo	86	48
TOTAL	180	100

FUENTE: Instrumento de recolección de datos del estudio

**Análisis e Interpretación:** Para la evaluación de este nivel de conocimientos, sobre métodos naturales, se obtuvo sólo un 9% con un nivel alto de conocimientos, el 48% presenta un nivel de conocimientos bajo y el 43% muestra un nivel de conocimiento medio.

**GRÁFICO Nº 08**



FUENTE: Instrumento de recolección de datos del estudio

**TABLA N° 09**  
**CONOCIMIENTOS SOBRE CUÁLES SON LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS NO NATURALES**

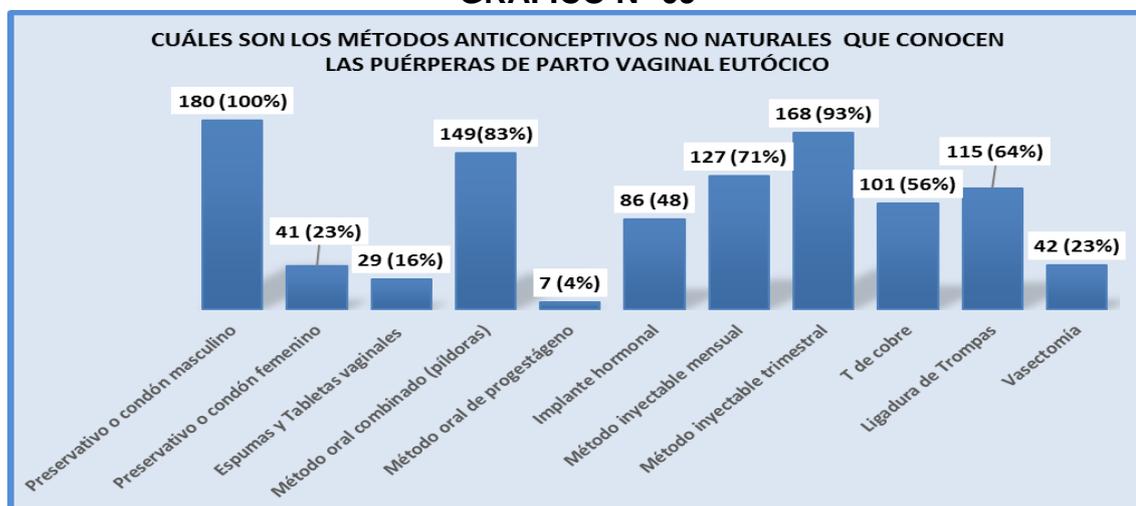
MÉTODO	FRECUENCIA	%	TOTAL
Preservativo o condón masculino	180	100	180
Preservativo o condón femenino	41	23	180
Espumas y Tabletas vaginales	29	16	180
Método oral combinado (píldoras)	149	83	180
Método oral de progestágeno	7	4	180
Implante hormonal	86	48	180
Método inyectable mensual	127	71	180
Método inyectable trimestral	168	93	180
T de cobre	101	56	180
Ligadura de Trompas	115	64	180
Vasectomía	42	23	180

FUENTE: Instrumento de recolección de datos del estudio

**Análisis e Interpretación:** El 100% de las pacientes conoce los preservativos, 93% los inyectables hormonales, 83% las píldoras hormonales. Los métodos que menos conocen son el condón femenino, espumas y tabletas vaginales, y las píldoras de sólo progestágeno.

Los resultados del trabajo de investigación muestran similitud con el trabajo realizado por **Sarria Arguello Heaysell, Betancourt Osejo Dennis** (2014), Con relación al método de planificación familiar conocido por las paciente obtuvimos como resultado que los métodos más conocido son píldora e inyección en 210 (70%) para ambos, seguido de condón masculino en 172 casos (57.33%), DIU 166 (55.33%), Ligadura tubarica 148 (49.33%).

**GRAFICO N° 09**



FUENTE: Instrumento de recolección de datos del estudio

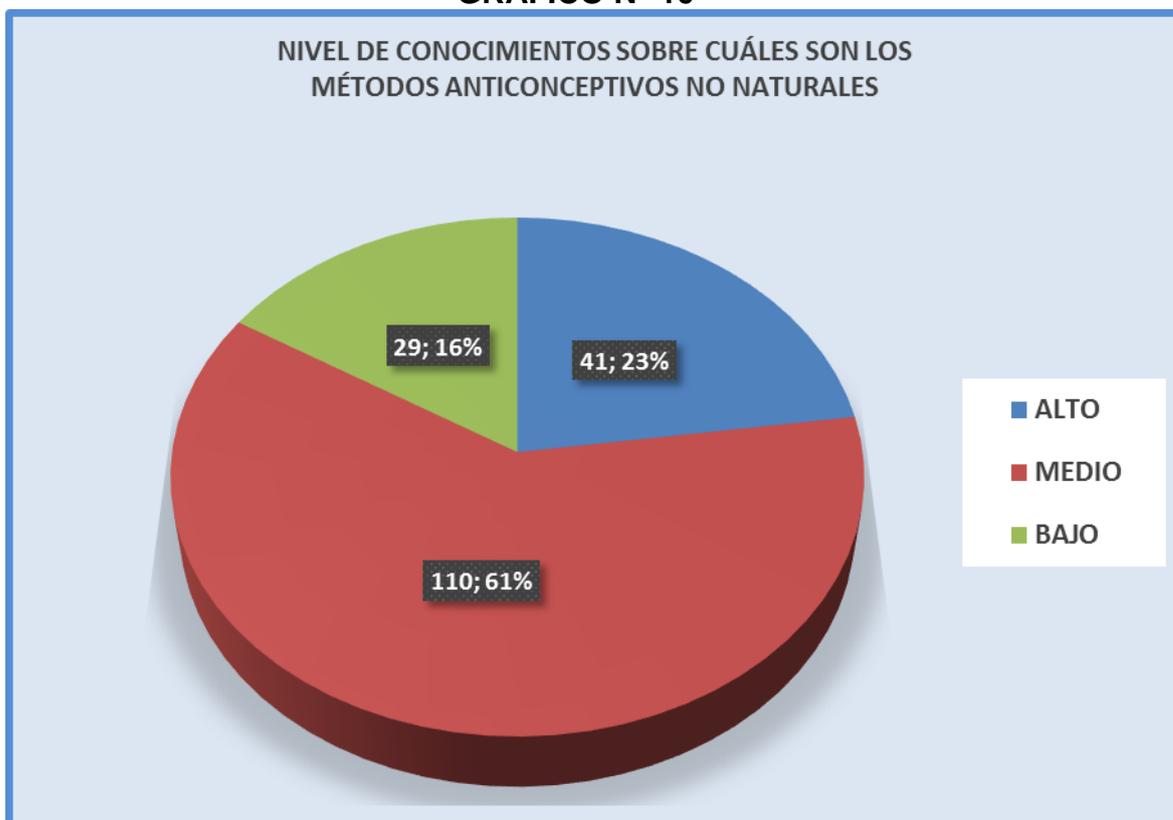
**TABLA N° 10**  
**NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE CUÁLES SON LOS MÉTODOS**  
**ANTICONCEPTIVOS NO NATURALES - PUÉRPERAS DE PARTO VAGINAL**  
**EUTÓCICO**

NIVEL	FRECUENCIA	%
Alto	41	23
Medio	110	61
Bajo	29	16
TOTAL	180	100

FUENTE: Instrumento de recolección de datos del estudio

**Análisis e interpretación:** El nivel de conocimientos sobre los métodos artificiales es medio con un 61% y alto con el 23%.

**GRAFICO N° 10**



FUENTE: Instrumento de recolección de datos del estudio

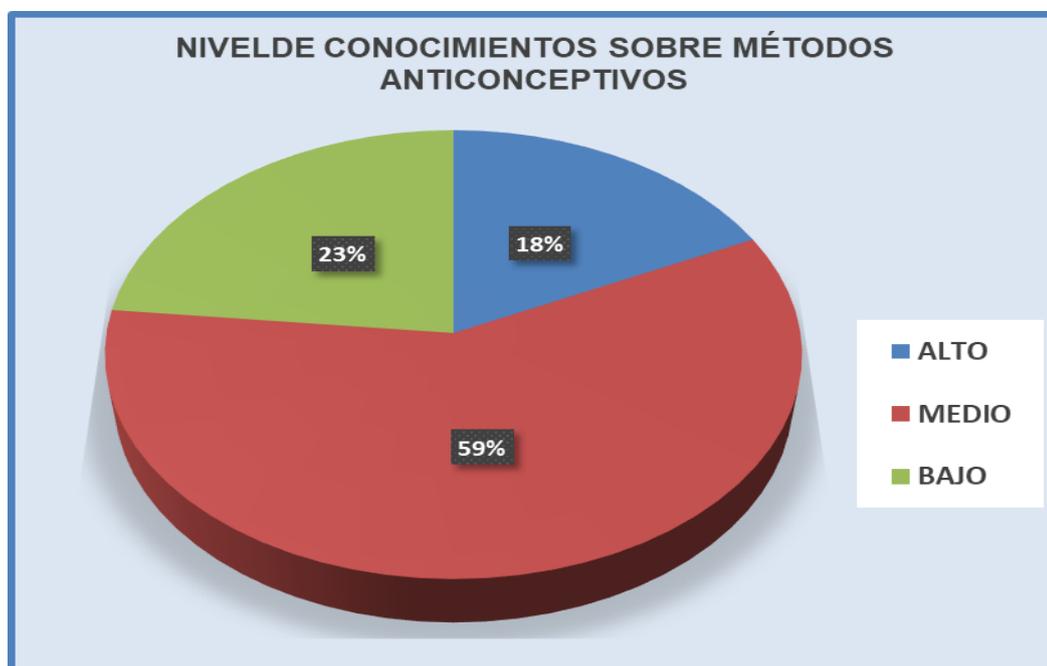
**TABLA N° 11**  
**NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS**  
**- PUÉRPERAS DE PARTO VAGINAL EUTÓCICO**

NIVEL	FRECUENCIA	%
ALTO	32	18
MEDIO	106	59
BAJO	42	23
<b>TOTAL</b>	<b>180</b>	<b>100</b>

FUENTE: Instrumento de recolección de datos del estudio

**Análisis e interpretación:** El nivel de conocimientos sobre los métodos anticonceptivos en las pacientes puérperas del estudio es medio con 59%, bajo en un 23% y sólo en un 18% es alto.

**GRÁFICO N° 11**



FUENTE: Instrumento de recolección de datos del estudio

**TABLA N° 12**  
**USO DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO EN PUÉRPERAS DE PARTO**  
**VAGINAL EUTÓCICO**

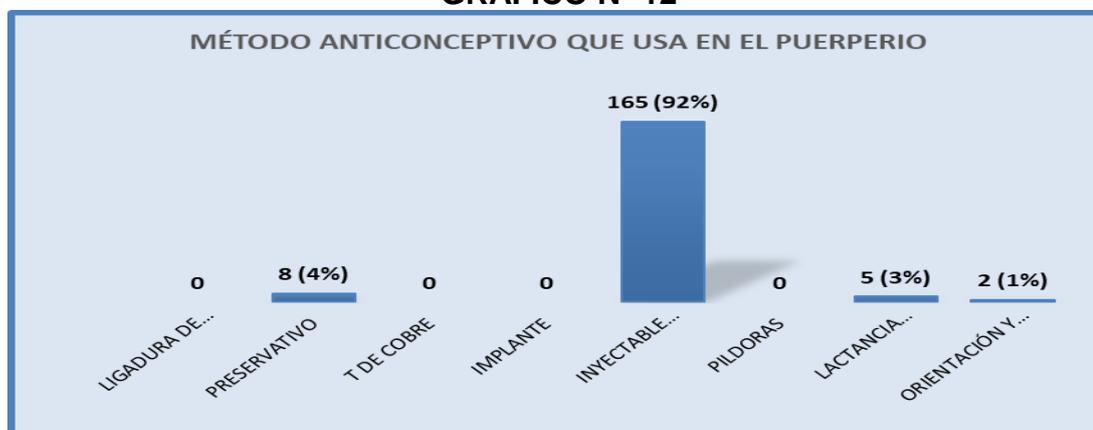
MÉTODOS	FRECUENCIA	%
Ligadura de trompas	0	0
Preservativo	8	4
T de cobre	0	0
Implante	0	0
Inyectable trimestral	165	92
Píldoras	0	0
Lactancia materna	5	3
Orientación y consejería	2	1
<b>Total</b>	<b>180</b>	<b>100</b>

FUENTE: Instrumento de recolección de datos del estudio

**Análisis e interpretación:** El 92% de las pacientes del estudio finalmente salieron de alta con el método hormonal trimestral inyectable (lo que demuestra su preferencia por los métodos hormonales). Cabe resaltar que el 99% del total lo constituyen las pacientes que egresan con método anticonceptivo.

Los resultados del trabajo de investigación muestran similitud con el trabajo realizado por **Moras Rosado María (2015)**. Al momento de ser encuestadas, 140 pacientes ya habían escogido un método anticonceptivo para que se le sea aplicado o administrado antes del alta médica, esto equivale a un 89.7%. De este grupo de pacientes, el método que fue más escogido fue el Acetato de Medroxiprogesterona o ampolla trimestral con 66.7% que equivale a 104 pacientes; los siguientes métodos con mayor porcentaje de elección fueron la T de cobre y el bloqueo tubárico bilateral, ambos con 7.7% de puérperas.

**GRÁFICO N° 12**



FUENTE: Instrumento de recolección de datos del estudio

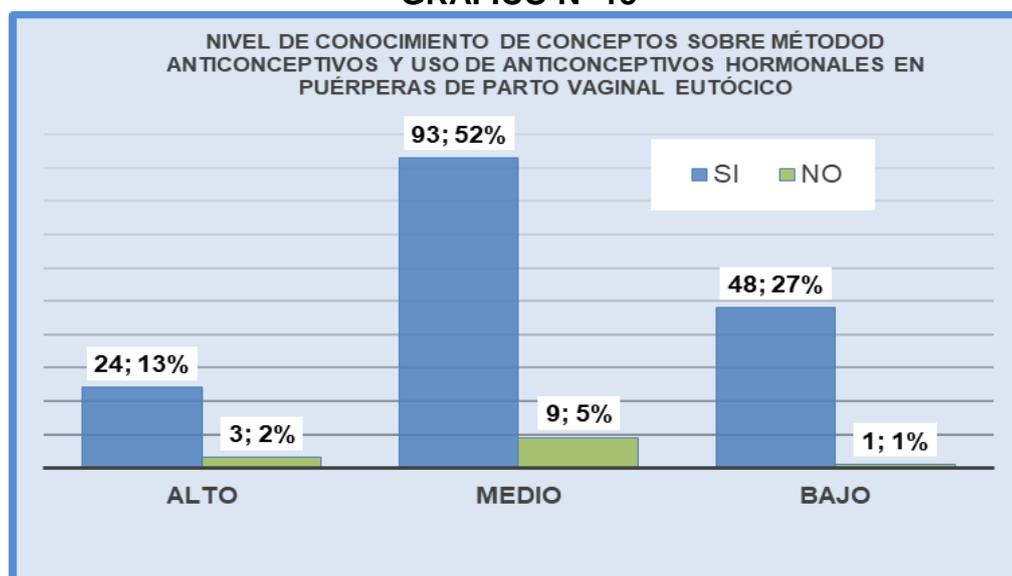
**TABLA N° 13**  
**NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE CONCEPTOS SOBRE MÉTODOS**  
**ANTICONCEPTIVOS Y LA PREFERENCIA POR EL USO DE**  
**ANTICONCEPTIVOS HORMONALES EN PUERPERAS DE PARTO**  
**VAGINAL EUTÓCICO**

NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE CONCEPTOS SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS	USO DE ANTICONCEPTIVO HORMONAL EN EL PUERPERIO					
	SI	%	No	%	TOTAL	%
ALTO	24	13	3	2	27	15
MEDIO	93	52	9	5	102	57
BAJO	48	27	1	1	49	28
<b>TOTAL</b>	<b>165</b>	<b>92</b>	<b>13</b>	<b>8</b>	<b>178</b>	<b>100</b>

FUENTE: Instrumento de recolección de datos del estudio

**Análisis e interpretación:** En la evaluación de relación entre las variables de nivel de conocimientos y uso de anticonceptivos hormonales, se consideró a aquellas pacientes que egresan con método hormonal, de barrera y de lactancia materna, más no a las 2 pacientes que egresan sin ningún método anticonceptivo. El 52% de las pacientes puérperas del estudio que usa método anticonceptivo hormonal, presenta un nivel medio de conocimiento de conceptos sobre métodos anticonceptivos.

**GRÁFICO N° 13**



FUENTE: Instrumento de recolección de datos del estudio

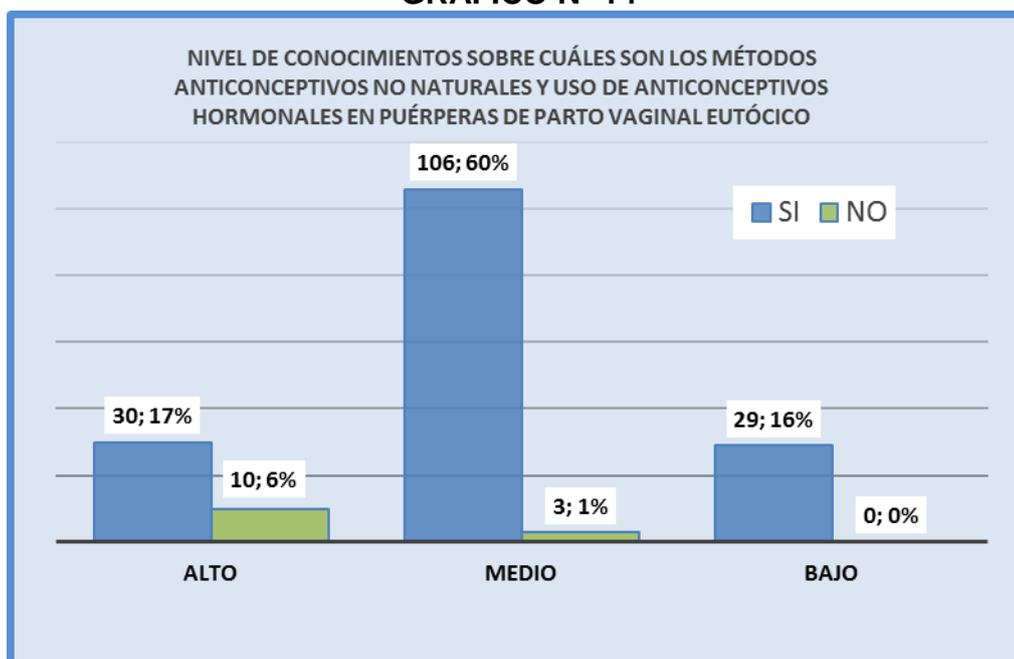
**TABLA Nº 14**  
**NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS NO NATURALES Y LA PREFERENCIA POR EL USO DE ANTICONCEPTIVOS HORMONALES EN PUERPERAS DE PARTO VAGINAL EUTÓCICO**

NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE CUÁLES SON LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS NO NATURALES	USO DE ANTICONCEPTIVO HORMONAL EN EL PUERPERIO					
	SI	%	No	%	TOTAL	%
ALTO	30	17	10	6	40	23
MEDIO	106	60	3	1	109	61
BAJO	29	16	0	0	29	16
TOTAL	165	93	13	7	178	100

FUENTE: Instrumento de recolección de datos del estudio

**Análisis e interpretación:** En la evaluación de relación entre las variables de nivel de conocimientos y uso de anticonceptivos hormonales, se consideró a aquellas pacientes que egresan con método hormonal, de barrera y de lactancia materna, más no a las 2 pacientes que egresan sin ningún método anticonceptivo. El 60% de las pacientes puérperas del estudio que usa método anticonceptivo hormonal en el puerperio tiene un nivel medio de conocimiento sobre métodos anticonceptivos artificiales.

**GRÁFICO Nº 14**



FUENTE: Instrumento de recolección de datos del estudio

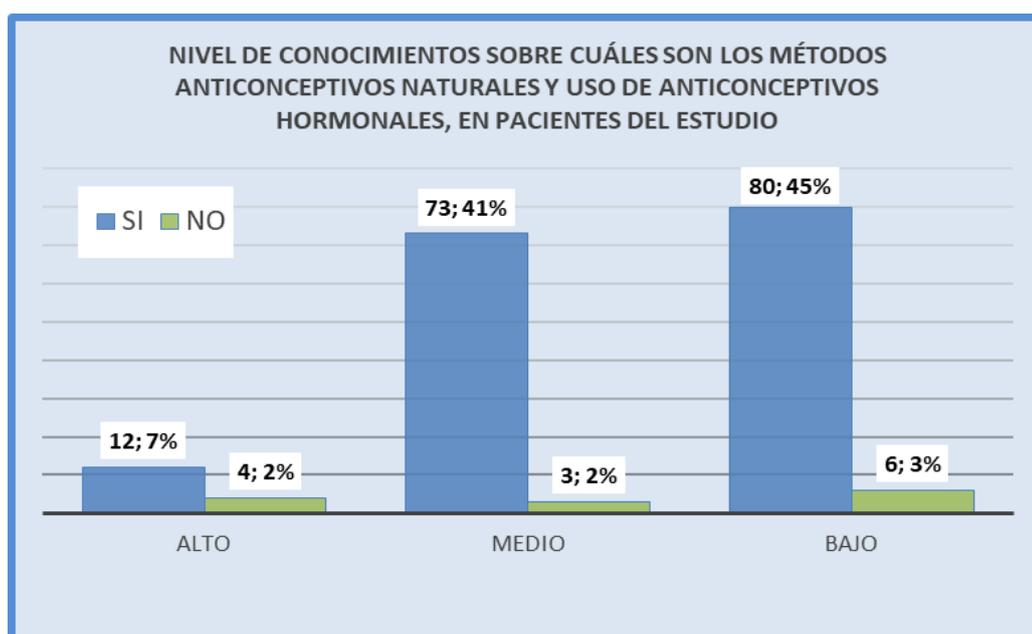
**TABLA N° 15**  
**NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS NATURALES Y LA PREFERENCIA POR EL USO DE ANTICONCEPTIVOS HORMONALES EN PUERPERAS DE PARTO VAGINAL EUTÓCICO**

NIVEL DE CONOCIMIENTOS MAC NATURALES	USO DE ANTICONCEPTIVO HORMONAL EN EL PUERPERIO					
	SI	%	No	%	TOTAL	%
ALTO	12	7	4	2	16	9
MEDIO	73	41	3	2	76	43
BAJO	80	45	6	3	86	48
<b>TOTAL</b>	<b>165</b>	<b>93</b>	<b>13</b>	<b>7</b>	<b>178</b>	<b>100</b>

FUENTE: Instrumento de recolección de datos del estudio

**Análisis e interpretación:** En la evaluación de relación entre las variables de nivel de conocimientos y uso de anticonceptivos hormonales, se consideró a aquellas pacientes que egresan con método hormonal, de barrera y de lactancia materna, más no a las 2 pacientes que egresan sin ningún método anticonceptivo. El 45% de las pacientes puérperas del estudio que usan anticonceptivo hormonal presenta un nivel bajo de conocimientos sobre métodos anticonceptivos naturales.

**GRÁFICO N° 15**



FUENTE: Instrumento de recolección de datos del estudio

**TABLA N° 16**  
**NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y LA PREFERENCIA POR EL USO DE**  
**MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN PUERPERAS DE PARTO VAGINAL**  
**EUTOCICO**

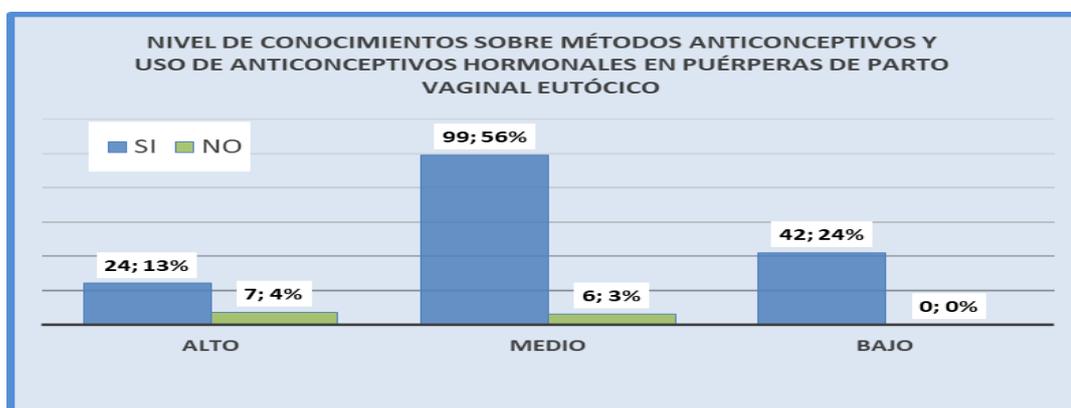
NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS	USO DE ANTICONCEPTIVO HORMONAL EN EL PUERPERIO					
	SI	%	No	%	F	%
ALTO	24	13	7	4	31	17
MEDIO	99	56	6	3	105	59
BAJO	42	24	0	0	42	24
<b>TOTAL</b>	<b>165</b>	<b>93</b>	<b>13</b>	<b>7</b>	<b>178</b>	<b>100</b>

FUENTE: Instrumento de recolección de datos del estudio

**Análisis e Interpretación:** En la evaluación general de relación entre las variables del estudio, se consideró a las pacientes que egresan con método, más no a las 2 pacientes que egresan sin ningún método anticonceptivo. El 56% de las pacientes que decidieron por métodos hormonales en el puerperio tienen un nivel medio de conocimientos sobre los métodos anticonceptivos. El 24% presentó un nivel bajo y sólo el 13% un nivel alto.

Los resultados del trabajo de investigación muestran similitud con el trabajo realizado por **Moras Rosado María (2015)**, Con respecto al nivel de conocimiento acerca de los métodos anticonceptivos, de las 156 participantes de la encuesta, 84 pacientes obtuvieron un puntaje de 0 a 9 puntos, considerado como nivel “Deficiente” de conocimientos, lo que equivale a un 53.8% las pacientes. De la misma manera el 35.9% obtuvo puntaje de 10 a 12, es decir un nivel de conocimientos considerado “Regular” y solo el 10.3% obtuvo puntaje de 13 a 16, considerado “Bueno”. Ninguna paciente obtuvo un nivel de conocimiento Excelente con puntaje de 17 a 20.

**GRÁFICO N° 16**



FUENTE: Instrumento de recolección de datos del estudio

**TABLA N° 17**

**Estadísticos descriptivos**

	Media	Desviación típica	N
Nivel de conocimientos sobre métodos anticonceptivos	34.400	7.076	180
Uso de Anticonceptivos hormonales en el Puérperas de Parto Vaginal Eutócico	2.906	0.329	180

**CORRELACIONES**

NIVEL DE CONOCIMIENTO	COEFICIENTE DE CORRELACION	NIVEL DE CONOCIMIENTO DE CONCEPTOS SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS	NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS ARTIFICIALES	NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS NATURALES	PREFERENCIA POR EL USO DE ANTICONCEPTIVOS HORMONALES EN PUÉRPERAS DE PARTO VAGINAL EUTÓCICO
NIVEL DE CONOCIMIENTO DE CONCEPTOS SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS	COEFICIENTE DE CORRELACION DE PEARSON	1	0.1891	0.1306	<b>-0.1078</b>
	SIG. (BILATERAL)		0,05	0,05	0,05
	N	180	180	180	180
NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS NO NATURALES	COEFICIENTE DE CORRELACION DE PEARSON	0.1891	1	0.3910	<b>-0.2907</b>
	SIG. (BILATERAL)	0,05		0,05	0,05
	N	180	180	180	180
NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS NATURALES	COEFICIENTE DE CORRELACION DE PEARSON	0.1306	0.3910	1	<b>-0.1722</b>
	SIG. (BILATERAL)	0,05	0,05		0,05
	N	180	180	180	180
NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS	COEFICIENTE DE CORRELACION DE PEARSON	0.6509	0.8142	0.6089	<b>-0.2811</b>
	SIG. (BILATERAL)	0,05	0,05	0,05	0,05
	N	180	180	180	180

**FUENTE:** Instrumento de recolección de datos del estudio

**Análisis e Interpretación:** En la presente tabla de correlación bilateral, con un nivel de significancia  $p < 0.05$ , existe relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento de conceptos sobre métodos anticonceptivos y la preferencia por el uso de anticonceptivos hormonales, con  $r = -0.1078$ , que significa una relación inversa, ya que mientras el nivel de conocimientos es

medio en 57%, el uso del anticonceptivo hormonal es mayor. Existe relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimientos sobre métodos anticonceptivos no naturales y la preferencia por el uso de anticonceptivos hormonales, con  $r = -0.2907$  que significa una relación inversa, que puede deberse a que el nivel de conocimiento sobre métodos no naturales es medio con 61% que a la vez significa que el nivel de conocimiento es menor, existe relación estadísticamente significativa entre el nivel bajo de conocimientos sobre métodos anticonceptivos naturales y la preferencia por el uso de anticonceptivos hormonales con  $r = -0.1722$ , lo que significaría que a menos conocimiento sobre los métodos anticonceptivos naturales, las pacientes tienen mayor preferencia por métodos hormonales. El nivel bajo de conocimientos sobre métodos naturales puede estar relacionado con el coeficiente de correlación de valor estadísticamente significativo de  $-0.2811$  entre el nivel de conocimientos medio de 54% sobre métodos anticonceptivos y la preferencia por el uso de anticonceptivos hormonales.

## CONCLUSIONES

1. Las unidades de análisis de estudio presentaron las siguientes características: El 58% tiene entre 20 a 34 años, el 27% son adolescentes entre 15 y 19 años; el 88% es ama de casa, el 60% cuenta con grado de instrucción secundaria, el 83% vive en unión de convivencia. El 85% inició su actividad sexual siendo menor de edad. El 27% de las pacientes son primíparas, el 41% tiene entre 2 y 3 hijos y el 32% tiene entre 4 a más hijos. El 52% tuvo entre 2 y 4 partos vaginales y el 34% ha tenido su primer parto vaginal; un 6% refiere una cesárea como antecedente y el 26% tiene antecedente de aborto. El 68% tenía entre 6 a más atenciones pre natales, el 95% procede de un establecimiento de salud de nivel I, el 81% refiere haber recibido consejería de planificación familiar, pero sólo el 37% refiere que su pareja recibió dicha consejería, el 38% refirió no haber sido usuaria de método anticonceptivo previo al último embarazo. El 56% refirió haber sido usuaria de métodos hormonales antes del último embarazo, el 64% refirió que su embarazo fue deseado o planeado, el 76% refirió que había decidido utilizar un método anticonceptivo después del parto, un 67% específicamente refirió que decidió usar método hormonal antes del parto y un 23% refirió que no utilizará ningún método.
2. En cuanto al objetivo principal del estudio se concluye que existe relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimientos sobre métodos anticonceptivos y la preferencia por el uso de anticonceptivos hormonales con  $r=-0.2811$ , lo que significa relación inversa, resultante del nivel bajo y medio de conocimientos sobre cuáles son los métodos anticonceptivos naturales, que podría influir en las pacientes haciendo que decidan usar un método más seguro cómo es el caso de los métodos hormonales.
3. Para el primer objetivo secundario, se concluye que existe relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento de conceptos sobre métodos anticonceptivos, y la preferencia por el uso de anticonceptivos hormonales, con  $r= -0.1078$ , que significa una relación inversa, ya que presentan un nivel medio de conocimiento, con un 57% y

nivel bajo con el 27%, con un 92% de uso de anticonceptivos hormonales en el puerperio.

4. Para el segundo objetivo secundario, se concluye que existe relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimientos sobre métodos anticonceptivos naturales y la preferencia por el uso de anticonceptivos hormonales con  $r = -0.1722$ , lo que significaría y confirmaría una relación inversa ya que a menos conocimiento sobre los métodos anticonceptivos naturales, las pacientes tienen mayor preferencia por métodos hormonales.
5. Para el tercer objetivo secundario, se concluye que existe relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimientos sobre métodos anticonceptivos no naturales y la preferencia por el uso de anticonceptivos hormonales, con  $r = -0.2907$  que significa una relación inversa, ya el nivel de conocimientos es medio con un 61% y alto con el 23%. El 100% de las pacientes de la muestra conoce los preservativos, el 93% conoce los métodos inyectables hormonales, el 83% conoce las píldoras que también son hormonales.
6. El nivel de conocimientos sobre métodos anticonceptivos es medio con 59% en las pacientes puérperas de parto vaginal, el 24% presenta un nivel bajo y sólo un 17% presentó un nivel alto de conocimientos. El nivel de conocimientos sobre conceptos de los métodos anticonceptivos es medio con 58%. El nivel de conocimientos sobre cuáles son los métodos anticonceptivos naturales es bajo con 48% y medio con 43%. El nivel de conocimientos sobre cuáles son los métodos anticonceptivos no naturales es medio en un 61% y alto en un 23%.
7. El 92% de las pacientes del estudio egresaron con método anticonceptivo hormonal trimestral inyectable, pero cabe resaltar que el 99% de las pacientes del estudio salieron de alta con método anticonceptivo.

## RECOMENDACIONES

1. Los profesionales de obstetricia responsables del Programa de Planificación Familiar, deben mantener el liderazgo en la protección de los derechos sexuales y reproductivos de los usuarios, manteniendo coordinación permanente con los responsables de las gestiones para el abastecimiento adecuado y continuo de los insumos hormonales en forma total y no sólo de inyectables trimestrales, puesto que incluso el implante hormonal ofrece menor posibilidad de falla entre todos los métodos hormonales.
2. En el Hospital Amazónico, se debe tomar en cuenta de que las gestantes que generalmente llegan a través de la emergencia para parto normal, proceden o están adscritas a los establecimientos de la red referencial u otra red referencial, e incluso otra región, y que han recibido orientación y consejería sobre el método que ya han decidido utilizar en el post parto, incluyendo la ligadura de trompas, que incluso, la aceptación de dicho método viene registrado en la tarjeta de atención prenatal por el profesional obstetra del establecimiento de salud de origen, para garantizar la satisfacción de la usuaria en este caso púérpera y así mismo brindar una buena imagen de la estrategia de Planificación Familiar donde el profesional obstetra es un principal proveedor de servicios.
3. Los responsables de Planificación Familiar de los establecimientos de la Red y del Hospital deben fortalecer la difusión sobre las ventajas y desventajas de los métodos anticonceptivos naturales y los casos en que podrían ser recomendables.
4. Los responsables de Planificación Familiar de los establecimientos de la Red y del Hospital deben realizar la difusión sobre las ventajas de los métodos anticonceptivos no naturales y los casos en que podrían ser recomendables, también en forma clara las desventajas y en qué casos no se recomiendan.

5. Los profesionales de Obstetricia, responsables de brindar la atención prenatal, deben asegurar la orientación y consejería a la pareja, ya que más de la mitad de las gestantes (68% en el estudio) cumplen con acudir a sus controles prenatales y se recomiendan por lo menos 4 sesiones de consejería de planificación familiar hasta que la paciente acepte un método posterior al parto.

## FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Organización Mundial de la Salud. Salud Reproductiva Proyecto de Estrategia para Acelerar el Avance hacia el Logro de los Objetivos y Metas Internacionales de Desarrollo. 18 de diciembre 2003.[http://apps.who.int/gb/archive/pdf\\_files/EB113/seb11315a1.pdf](http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/EB113/seb11315a1.pdf). (Ultimo acceso 12 de enero 2016).
2. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES –INEI – 2014 [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1211/pdf/Libro.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1211/pdf/Libro.pdf) - visto en abril 2015.
3. María Melissa Moras Rosado “Relación entre el Conocimiento y Uso de Métodos Anticonceptivos en las Pacientes Puérperas del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión - Enero 2015” [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4067/1/Moras\\_rm.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4067/1/Moras_rm.pdf)
4. Condori Tito, Melida del Carmen; Camacho Quezada, Jorge “Conocimiento y Actitud que tienen la puérperas sobre el Acetato de Medroxiprogesterona (DEPO-PROVERA) y su aceptación como método anticonceptivo. instituto especializado materno perinatal-2005” [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/2984/1/Condori\\_tm.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/2984/1/Condori_tm.pdf)
5. Hernández, R.; Fernández, C. Y Baptista, P. Metodología de la Investigación. México. Mc Graw-Hill. 1997.
6. MSc. Franklin Meza, MSc. Adilia Flores, Dra. Blanca Rojas de Chirinos y MSc. Agustín Suárez. FM/AF/BR/AS/Octubre. 2006. Coeficiente de Confiabilidad. KUDER–RICHARDSON (KR–20) CON MICROSOFT EXCEL [DATOS DICOTÓMICOS]

7. Sarria Arguello Heaysell, Betancourt Osejo Dennis “Nivel de Conocimientos, Actitudes y Arácticas sobre métodos anticonceptivos posparto en pacientes puérperas del servicio de maternidad del Hospital Bertha Calderón Roque, Enero a Marzo 2014.”  
<http://repositorio.unan.edu.ni/1385/1/63591.pdf>
8. Instituto Nacional de Estadística e informática.Perú:Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2014. Conocimiento del Periodo Fértil.Perú2015. 148-149.
9. Dhadwal V. Educación para el uso de anticonceptivos en mujeres después del parto: Comentario de la BSR (última revisión: 1 de diciembre de 2012). La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
10. Julián Pérez Porto y María Merino. Publicado: 2008. Actualizado: 2012. Definicion de: Definición de método inductivo (<http://definicion.de/metodo-inductivo/>).
11. Inés Maruja Albornoz Tafur “Conocimientos y actitudes hacia los métodos anticonceptivos en los estudiantes de enfermería del primer año de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos 2006.”  
<http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/491>.
12. MINSA - Norma Técnica de Salud en Planificación Familiar – 2016  
[ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2016/RM\\_652-2016\\_MINSA.pdf](ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2016/RM_652-2016_MINSA.pdf) - visto en agosto 2016.Pág.6
13. MINSA - Norma Técnica de Salud en Planificación Familiar – 2016  
[ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2016/RM\\_652-2016\\_MINSA.pdf](ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2016/RM_652-2016_MINSA.pdf) - visto en agosto 2016.Pág.8-9

14. MINSA - Norma Técnica de Salud en Planificación Familiar – 2016  
[ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2016/RM\\_652-2016\\_MINSA.pdf](ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2016/RM_652-2016_MINSA.pdf) -  
visto en agosto 2016.Pág.9
15. MINSA - Norma Técnica de Salud en Planificación Familiar – 2016  
[ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2016/RM\\_652-2016\\_MINSA.pdf](ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2016/RM_652-2016_MINSA.pdf) -  
visto en agosto 2016.Pág.10
16. MINSA - Norma Técnica de Salud en Planificación Familiar – 2016  
[ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2016/RM\\_652-2016\\_MINSA.pdf](ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2016/RM_652-2016_MINSA.pdf) -  
visto en agosto 2016.Pág.12-14
17. MINSA - Norma Técnica de Salud en Planificación Familiar – 2016  
[ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2016/RM\\_652-2016\\_MINSA.pdf](ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2016/RM_652-2016_MINSA.pdf) -  
visto en agosto 2016.Pág.37
18. MINSA - Norma Técnica de Salud en Planificación Familiar – 2016  
[ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2016/RM\\_652-2016\\_MINSA.pdf](ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2016/RM_652-2016_MINSA.pdf) -  
visto en agosto 2016.Pág.37
19. MINSA - Norma Técnica de Salud en Planificación Familiar – 2016  
[ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2016/RM\\_652-2016\\_MINSA.pdf](ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2016/RM_652-2016_MINSA.pdf) -  
visto en agosto 2016.Pág.38
20. MINSA - Norma Técnica de Salud en Planificación Familiar – 2016  
[ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2016/RM\\_652-2016\\_MINSA.pdf](ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2016/RM_652-2016_MINSA.pdf) visto  
en agosto 2016.Pág.39
21. MINSA - Norma Técnica de Salud en Planificación Familiar – 2016  
[ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2016/RM\\_652-2016\\_MINSA.pdf](ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2016/RM_652-2016_MINSA.pdf) -  
visto en agosto 2016.Pág.40

- 22.** MINSA - Norma Técnica de Salud en Planificación Familiar – 2016  
[ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2016/RM\\_652-2016\\_MINSA.pdf](ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2016/RM_652-2016_MINSA.pdf) -  
visto en agosto 2016.Pág.41
- 23.** El ciclo menstrual y su relación con los métodos - Prime II  
[www.prime2.org/prime2/pdf/MenCyc\\_SP.pdf](http://www.prime2.org/prime2/pdf/MenCyc_SP.pdf) por G Mtawali - 1998.
- 24.** MINSA - Norma Técnica de Salud en Planificación Familiar – 2016  
[ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2016/RM\\_652-2016\\_MINSA.pdf](ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2016/RM_652-2016_MINSA.pdf) -  
visto en agosto 2016.Pág.42
- 25.** MINSA - Norma Técnica de Salud en Planificación Familiar – 2016  
[ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2016/RM\\_652-2016\\_MINSA.pdf](ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2016/RM_652-2016_MINSA.pdf) -  
visto en agosto 2016.Pág.43-44
- 26.** MINSA - Norma Técnica de Salud en Planificación Familiar – 2016  
[ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2016/RM\\_652-2016\\_MINSA.pdf](ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2016/RM_652-2016_MINSA.pdf) -  
visto en agosto 2016.Pág.44-45
- 27.** MINSA - Norma Técnica de Salud en Planificación Familiar – 2016  
[ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2016/RM\\_652-2016\\_MINSA.pdf](ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2016/RM_652-2016_MINSA.pdf) -  
visto en agosto 2016. Pág.45
- 28.** MINSA - Norma Técnica de Salud en Planificación Familiar – 2016  
[ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2016/RM\\_652-2016\\_MINSA.pdf](ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2016/RM_652-2016_MINSA.pdf) -  
visto en agosto 2016.Pág.45-47
- 29.** MINSA - Norma Técnica de Salud en Planificación Familiar – 2016  
[ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2016/RM\\_652-2016\\_MINSA.pdf](ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2016/RM_652-2016_MINSA.pdf) -  
visto en agosto 2016.Pág.48

- 30.** MINSA - Norma Técnica de Salud en Planificación Familiar – 2016  
[ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2016/RM\\_652-2016\\_MINSA.pdf](ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2016/RM_652-2016_MINSA.pdf) -  
visto en agosto 2016.Pág.49-50
- 31.** MINSA - Norma Técnica de Salud en Planificación Familiar – 2016  
[ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2016/RM\\_652-2016\\_MINSA.pdf](ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2016/RM_652-2016_MINSA.pdf) -  
visto en agosto 2016.Pág.50-51
- 32.** MINSA - Norma Técnica de Salud en Planificación Familiar – 2016  
[ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2016/RM\\_652-2016\\_MINSA.pdf](ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2016/RM_652-2016_MINSA.pdf) -  
visto en agosto 2016.Pág.51-52
- 33.** MINSA - Norma Técnica de Salud en Planificación Familiar – 2016  
[ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2016/RM\\_652-2016\\_MINSA.pdf](ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2016/RM_652-2016_MINSA.pdf) -  
visto en agosto 2016.Pág.53-55
- 34.** MINSA - Norma Técnica de Salud en Planificación Familiar – 2016  
[ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2016/RM\\_652-2016\\_MINSA.pdf](ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2016/RM_652-2016_MINSA.pdf) -  
visto en agosto 2016.Pág.55-57
- 35.** MINSA - Norma Técnica de Salud en Planificación Familiar – 2016  
[ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2016/RM\\_652-2016\\_MINSA.pdf](ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2016/RM_652-2016_MINSA.pdf) -  
visto en agosto 2016.Pág.58,61
- 36.** MINSA - Norma Técnica de Salud en Planificación Familiar – 2016  
[ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2016/RM\\_652-2016\\_MINSA.pdf](ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2016/RM_652-2016_MINSA.pdf) -  
visto en agosto 2016.Pág.62-63
- 37.** MINSA - Norma Técnica de Salud en Planificación Familiar – 2016  
[ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2016/RM\\_652-2016\\_MINSA.pdf](ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2016/RM_652-2016_MINSA.pdf) -  
visto en agosto 2016.Pág.63-65

- 38.** MINSA - Norma Técnica de Salud en Planificación Familiar – 2016  
[ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2016/RM\\_652-2016\\_MINSA.pdf](ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2016/RM_652-2016_MINSA.pdf) -  
visto en agosto 2016.Pág.71-73
- 39.** MINSA - Norma Técnica de Salud en Planificación Familiar – 2016  
[ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2016/RM\\_652-2016\\_MINSA.pdf](ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2016/RM_652-2016_MINSA.pdf) -  
visto en agosto 2016.Pág.75-76
- 40.** FERTILAB Unidad de Reproducción humana de Venezuela,  
Ginecopedía/Anticoncepción/Anticoncepción hormonal/Anticonceptivos  
orales/  
[http://www.fertilab.net/ginecopedi/anticoncepcion/anticoncepcion\\_hormonal/anticonceptivos\\_orales/cuales\\_son\\_las\\_contraindicaciones\\_1](http://www.fertilab.net/ginecopedi/anticoncepcion/anticoncepcion_hormonal/anticonceptivos_orales/cuales_son_las_contraindicaciones_1)
- 41.** DKT México. <http://www.actitudfem.com/amor-y-pareja/tu-cuerpo/cuidate/contraindicaciones-de-los-metodos-anticonceptivos>.
- 42.** Métodos anticonceptivos - Monografias.com,  
<http://www.monografias.com/trabajos91/sobre-metodos-anticonceptivos/sobre-metodos-anticonceptivos.shtml>.
- 43.** Métodos anticonceptivos artificiales - Facemama.com  
<http://www.facemama.com/ginecologia/metodos-anticonceptivos-artificiales.html>
- 44.** Estadísticas e Indicadores Sociales - Ficha técnica  
[http://interwp.cepal.org/sisgen/SisGen\\_MuestraFicha\\_puntual.asp?id\\_aplicacion=1&id\\_estudio=4&indicador=2183&idioma=e](http://interwp.cepal.org/sisgen/SisGen_MuestraFicha_puntual.asp?id_aplicacion=1&id_estudio=4&indicador=2183&idioma=e)
- 45.** MINSA - Manual de orientación y consejería en salud sexual y reproductiva – 2006  
[http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1093\\_DGSP88.pdf](http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1093_DGSP88.pdf) visto en marzo del 2006.Pág.17

- 46.** MINSA - Manual de orientación y consejería en salud sexual y reproductiva  
– 2006 [http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1093\\_DGSP88.pdf](http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1093_DGSP88.pdf) visto en marzo del 2006.Pág.32
- 47.** MINSA - Manual de orientación y consejería en salud sexual y reproductiva  
– 2006 [http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1093\\_DGSP88.pdf](http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1093_DGSP88.pdf) visto en marzo del 2006.Pág.25-30
- 48.** MINSA - Manual de orientación y consejería en salud sexual y reproductiva  
– 2006 [http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1093\\_DGSP88.pdf](http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1093_DGSP88.pdf) visto en marzo del 2006.Pág.34
- 49.** MINSA - Manual de orientación y consejería en salud sexual y reproductiva  
– 2006 [http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1093\\_DGSP88.pdf](http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1093_DGSP88.pdf) visto en marzo del 2006.Pág.35
- 50.** MINSA - DEFINICIONES OPERACIONALES Y CRITERIOS DE PROGRAMACION – 2013  
[ftp://ftp.minsa.gob.pe/OEI/Productos.../Definiciones\\_Operacionales\\_10-07-2013.pdf](ftp://ftp.minsa.gob.pe/OEI/Productos.../Definiciones_Operacionales_10-07-2013.pdf) 10 jul. 2012.
- 51.** BY VAIVASUATA · MARZO 31, 2014  
<http://diferenciaentre.info/diferencia-entre-deber-y-obligacion/>
- 52.** Naciones Unidas. Derechos Humanos, oficina de alto comisionado ¿Qué son los derechos humanos?  
<http://www.ohchr.org/SP/Issues/Pages/WhatareHumanRights.aspx>
- 53.** Definición de preferencia – Qué es, Significado y Concepto  
<https://definicion.de/preferencia/>.

# **ANEXOS**

## MATRIZ DE CONSISTENCIA

### TITULO DEL PROYECTO: CONOCIMIENTOS SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS Y SU RELACIÓN CON LA PREFERENCIA POR EL USO DE ANTICONCEPTIVOS HORMONALES, EN PUÉRPERAS DE PARTO VAGINAL EUTÓCICO, ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO, YARINACocha - ABRIL 2017

Problema	Objetivo	Hipótesis	Operacionalización de variables		Método
			Variable	Indicadores	
<p><b>Problema General:</b> ¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimientos sobre métodos anticonceptivos y la preferencia por el uso de anticonceptivos hormonales, en puérperas de parto vaginal eutócico, atendidas en el Hospital Amazónico, abril 2017?</p> <p><b>Problemas Específicos:</b>                      ¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimiento de conceptos sobre métodos anticonceptivos y la preferencia por el uso de anticonceptivos hormonales en puérperas de parto vaginal eutócico atendidas en el Hospital Amazónico, abril 2017?</p> <p>¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimientos sobre cuáles son los métodos anticonceptivos naturales, y la preferencia por el uso de</p>	<p><b>Objetivo General:</b> Determinar si existe relación entre el nivel de conocimientos sobre métodos anticonceptivos y la preferencia por el uso de anticonceptivos hormonales, en puérperas de parto vaginal eutócico, atendidas en el Hospital Amazónico, abril 2017.</p> <p><b>Objetivos Específicos:</b>                      Establecer la relación entre el nivel de conocimientos de conceptos sobre métodos anticonceptivos y la preferencia por el uso de anticonceptivos hormonales en puérperas de parto vaginal eutócico atendidas en el Hospital Amazónico, abril 2017.</p> <p>Identificar la relación entre el nivel de conocimientos sobre cuáles son los métodos anticonceptivos naturales, y la preferencia por el uso de</p>	<p><b>Hipótesis General:</b> Existe relación entre el nivel de conocimientos sobre métodos anticonceptivos y la preferencia por el uso de anticonceptivos hormonales, en puérperas de parto vaginal eutócico, atendidas en el Hospital Amazónico, abril 2017.</p> <p><b>Hipótesis Secundarias:</b>                      Existe relación significativa entre el nivel de conocimientos de conceptos sobre métodos anticonceptivos, y la preferencia por el uso de anticonceptivos hormonales en puérperas de parto vaginal eutócico atendidas en el hospital Amazónico, abril 2017.</p> <p>Existe relación significativa entre el nivel de conocimientos sobre cuáles son los métodos anticonceptivos naturales, y la</p>	<p><b>VARIABLE 01</b></p> <p>Conocimientos sobre Métodos Anticonceptivos</p> <p>Conceptos sobre métodos anticonceptivos:</p> <p>Métodos Anticonceptivos no naturales que conoce:</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Concepto de Métodos Anticonceptivos</li> <li>• Lugar donde se brindan los anticonceptivos</li> <li>• Seguridad de los métodos anticonceptivos</li> <li>• Beneficios del uso del Preservativo</li> <li>• Inicio del uso del método anticonceptivo</li> <li>• Contraindicación del método anticonceptivo</li> <li>• Riesgos del método interrupción del acto sexual</li> <li>• Riesgos de la Lactancia Materna Exclusiva como método anticonceptivo</li> <li>• Concepto de Planificación Familiar</li> <li>• Planificación Familiar como derecho de las personas</li> <li>• Lugar donde se brinda la orientación y consejería sobre Planificación Familiar.</li> <li>• Preservativo o condón masculino</li> <li>• Preservativo o condón femenino</li> <li>• Espumas y Tabletas vaginales</li> <li>• Método oral combinado (píldoras)</li> <li>• Método oral de progestágeno</li> <li>• Implante hormonal</li> </ul>	<p>No Experimental</p> <p>Descriptivo</p> <p>Exploratorio</p> <p>Cualitativo y Cuantitativo</p> <p>Correlacional</p>

<p>anticonceptivos hormonales en puérperas de parto vaginal eutócico atendidas en el Hospital Amazónico, abril 2017?</p> <p>¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimientos sobre cuáles son los métodos anticonceptivos no naturales, y la preferencia por el uso de anticonceptivos hormonales en puérperas de parto vaginal eutócico atendidas en el Hospital Amazónico, abril 2017?</p> <p>¿Cuál es el nivel de conocimientos sobre métodos anticonceptivos, en puérperas de parto vaginal eutócico atendidas en el Hospital Amazónico, abril 2017?</p>	<p>anticonceptivos hormonales, en puérperas de parto vaginal eutócico atendidas en el Hospital Amazónico, abril 2017.</p> <p>Identificar la relación entre el nivel de conocimientos sobre cuáles son los métodos anticonceptivos no naturales, y la preferencia por el uso de anticonceptivos hormonales, en puérperas de parto vaginal eutócico atendidas en el Hospital Amazónico, abril 2017</p> <p>Determinar el nivel de conocimientos sobre métodos anticonceptivos, en puérperas de parto vaginal eutócico atendidas en el Hospital Amazónico, abril 2017.</p>	<p>preferencia por el uso de anticonceptivos hormonales, en puérperas de parto vaginal eutócico atendidas en el Hospital Amazónico, abril 2017</p> <p>Existe relación significativa entre el nivel de conocimientos sobre cuáles son los métodos anticonceptivos no naturales, y la preferencia por el uso de anticonceptivos hormonales, en puérperas de parto vaginal eutócico atendidas en el Hospital Amazónico, abril 2017</p>	<p>Métodos Anticonceptivos naturales:</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Método inyectable mensual</li> <li>• Método inyectable trimestral</li> <li>• T de cobre</li> <li>• Ligadura de Trompas</li> <li>• Vasectomía</li>   <li>• Método del ritmo o calendario</li> <li>• Método de Billings o del moco cervical (el moco que sale de la vagina)</li> <li>• Temperatura basal</li> <li>• Método de los días fijos o del collar</li> <li>• La lactancia materna</li> <li>• Interrupción del acto sexual.</li> </ul>	
<p>¿Cuál es el porcentaje de puérperas de parto vaginal eutócico que prefiere método hormonal al egreso, en el Hospital Amazónico, abril 2017?</p>	<p>Estimar el porcentaje de puérperas de parto vaginal eutócico que prefiere método hormonal al egreso, en el Hospital Amazónico, abril 2017.</p>		<p><b>VARIABLE 02</b></p> <p>Preferencia por el uso de Anticonceptivos hormonales en el Puerperio</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Porcentaje de puérperas que aceptaron método anticonceptivo en el puerperio inmediato</li> </ul>	<p>Descriptivo cualitativo</p>



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

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES**

**ESTUDIO: CONOCIMIENTOS SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS Y SU  
RELACIÓN CON LA PREFERENCIA POR EL USO DE ANTICONCEPTIVOS  
HORMONALES, EN PUÉRPERAS DE PARTO VAGINAL EUTÓCICO,  
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO, YARINACocha - ABRIL 2017**

Estimada Sr(a). Soy el Sr. Richard Beymer Paredes Flores (Bachiller en Obstetricia-UAP), actualmente me encuentro realizando un trabajo de investigación en coordinación con el Hospital Amazónico con la finalidad Identificar los conocimientos y uso de los métodos anticonceptivos en puérperas de parto eutócicos atendidas en el Hospital Amazónico, por lo cual es de suma importancia y ayuda su participación con el presente cuestionario.

Le informo que la información que usted brinde es totalmente confidencial, su participación en la presente encuesta no tiene ningún riesgo para Usted ni para su bebé y que en el momento que usted disponga puede negarse a participar si no lo desea.

Si accede de manera voluntaria, se le solicita que responda con sinceridad las preguntas que a continuación se presentan.

Agradezco anticipadamente su colaboración.

**RICHARD BEYMER PAREDES FLORES**

**Celular: 930359343**

---

Firma de la participante



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

**FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

**ESTUDIO: CONOCIMIENTOS SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS Y SU  
RELACIÓN CON LA PREFERENCIA POR EL USO DE ANTICONCEPTIVOS  
HORMONALES, EN PUÉRPERAS DE PARTO VAGINAL EUTÓCICO,  
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO, YARINACOCCHA - ABRIL 2017**

**INSTRUCCIONES:** Llenar los espacios en blanco y marque con una X en el casillero según su respuesta

**I. DATOS GENERALES**

1. Edad: .....
2. Ocupación: .....
3. Religión: .....
4. Estado Civil: Casada ( ) Conviviente ( ) Soltera ( )
5. Grado de Instrucción: Ilustrada ( ) Primaria ( ) Secundaria ( )  
Superior Técnico ( ) Superior Universitario ( )
6. Paridad: Embarazo:\_\_\_ Partos:\_\_\_ Cesárea:\_\_\_ Abortos:\_\_\_ Hijos Vivos:\_\_\_
7. Edad cuando tuvo su primera relación sexual: \_\_\_\_\_

**II. DATOS DE ATENCIÓN DE SALUD**

1. EESS de origen:.....Distrito:.....
2. Número de atenciones prenatales:  
0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) ≥ 6 ( )

3. Método anticonceptivo que usaba antes del último embarazo:  
Ninguno ( ) Inyectable Trimestral ( ) Píldoras combinadas( ) Preservativo ( ) Implanon ( ) otro ( ) .....
4. Fue planeado este último embarazo Si ( ) No ( )

### III. CONOCIMIENTOS SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

1. Los métodos anticonceptivos son para impedir el embarazo Si ( ) No ( )
2. Marque los métodos anticonceptivos naturales que conoce:
- ( ) Método del ritmo o calendario
  - ( ) Método de Billings o del moco cervical (el moco que sale de la vagina)
  - ( ) Temperatura basal
  - ( ) Método de los días fijos o del collar
  - ( ) La lactancia materna
  - ( ) Interrupción del acto sexual.
3. Marque los métodos anticonceptivos artificiales que conoce:
- ( ) Preservativo o condón masculino
  - ( ) Preservativo o condón femenino
  - ( ) Espumas y Tabletas vaginales
  - ( ) Método oral combinado (píldoras)
  - ( ) Método oral de progestágeno
  - ( ) Implante hormonal
  - ( ) Método inyectable mensual
  - ( ) Método inyectable trimestral
  - ( ) T de cobre
  - ( ) Ligadura de Trompas
  - ( ) Vasectomía

4. Para elegir un método anticonceptivo, se debe acudir a:
- a) La farmacia
  - b) La iglesia
  - c) El supermercado
  - d) Los servicios de planificación familiar públicos o privados.
5. Para elegir un método anticonceptivo se debe recibir consejería y orientación de un profesional de salud capacitado en métodos de planificación familiar y de salud sexual y reproductiva Si ( ) No ( )
6. Todos los métodos anticonceptivos son 100 por ciento seguros Si ( ) No( )
7. Es cierto que el preservativo :
- a) No se debe utilizar más de una vez.
  - b) Es recomendable su uso en toda relación sexual.
  - c) Se coloca con el pene erecto.
  - d) Sirven para prevenir enfermedades venéreas y el Sida
  - e) Todas las alternativas anteriores son ciertas.
8. Los métodos anticonceptivos se pueden empezar a usar durante las 24 horas después del parto normal o cesárea Si ( ) No ( )
9. Los métodos anticonceptivos se pueden empezar a usar durante la menstruación Si ( ) No ( )
10. Todas las mujeres pueden usar los métodos anticonceptivos hormonales Si ( ) No ( )
11. Todas las mujeres pueden usar los métodos anticonceptivos naturales Si ( ) No ( )
12. El coito interrumpido, es un método anticonceptivo seguro Si ( ) No ( )

13. La lactancia materna exclusiva es un método natural después del parto que es 100 por ciento seguro y no se necesita agregar ningún otro método  
Si ( ) No ( )
14. La planificación familiar es un programa de salud pública que sirve para que las parejas decidan cuándo y cuántos hijos tener Si ( ) No ( )
15. En términos generales Planificación Familiar es:  
a) Una obligación b) Un derecho c) Un deber
16. La consejería y orientación en Planificación familiar se brinda en  
a) La farmacia b) La iglesia c) El supermercado d) Los servicios de planificación familiar públicos o privados.

#### **IV. CONSEJERÍA Y USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS**

1. Recibió consejería de Planificación Familiar en el Control Prenatal  
Si ( ) No ( )
2. Su pareja recibió consejería de planificación familiar junto a usted.  
Si ( ) No ( )
3. Método anticonceptivo que aceptó durante el Atención Prenatal  
.....
4. Método anticonceptivo que se colocó ahora después del parto:  
.....
5. Motivo por el que se va de alta sin método anticonceptivo  
.....

<b>CONOCIMIENTOS GENERALES SOBRE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN LAS PACIENTES PUERPERAS DE PARTOS VAGINALES EUTOCICOS, ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZONICO, YARINACOCHA - ABRIL 2017</b>	<b>SI (2)</b>	<b>NO (0)</b>
1. Los métodos anticonceptivos son para impedir el embarazo		
2. Para elegir un método anticonceptivo se debe acudir los servicios de planificación familiar públicos o privados.		
3. Para elegir un método anticonceptivo se debe recibir consejería y orientación de un profesional de salud capacitado en métodos de planificación familiar y de salud sexual y reproductiva		
4. Todos los métodos anticonceptivos son 100 por ciento seguros		
5. Es cierto que el preservativo, no debe usarse más de una vez, su uso debe ser durante toda la relación sexual, se coloca con el pene erecto, previene ITS VIH-SIDA.		
6. Los métodos anticonceptivos se pueden empezar a usar durante las 24 horas después del parto normal o cesárea		
7. Los métodos anticonceptivos se pueden empezar a usar durante la menstruación		
8. Todas las mujeres pueden usar los métodos anticonceptivos hormonales		
9. Todas las mujeres pueden usar los métodos anticonceptivos naturales		
10. El coito interrumpido, es un método anticonceptivo seguro		
11. La lactancia materna exclusiva es un método natural después del parto que es 100% seguro y no se necesita agregar ningún otro método		
12. La planificación familiar es un programa de salud público que sirve para que las parejas decidan cuándo y cuántos hijos tener		
13. En términos generales Planificación Familiar es un derecho		
14. La consejería y orientación en Planificación familiar se brinda en los consultorios de los centros de salud públicos y privados		
<b>PUNTAJE TOTAL</b>		

ESCALA DE STANONES CALIFICACIÓN CONOCIMIENTOS	PUNTAJE TOTAL
ALTO	> 14 puntos
MEDIO	10 - 14 puntos
BAJO	< 10 puntos

<b>MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS NATURALES QUE CONOCEN LAS PACIENTES PUERPERAS DE PARTOS VAGINALES EUTOCICOS, ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZONICO, YARINACocha - ABRIL 2017</b>	<b>SI (2)</b>	<b>NO (0)</b>
1. Método del ritmo o calendario		
2. Método de Billings o del moco cervical		
3. Temperatura basal		
4. Método de los días fijos o del collar		
5. La lactancia materna		
6. Interrupción del acto sexual		
<b>PUNTAJE TOTAL</b>		

ESCALA DE STANONES CALIFICACIÓN CONOCIMIENTOS	PUNTAJE TOTAL
ALTO	> 6 puntos
REGULAR	4 a 6 puntos
BAJO	< 4 puntos

<b>MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS NO NATURALES QUE CONOCEN LAS PACIENTES PUERPERAS DE PARTOS VAGINALES EUTOCICOS, ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZONICO, YARINACocha – ABRIL 2017</b>	<b>SI (2)</b>	<b>NO (0)</b>
1. Preservativo masculino		
2. Preservativo femenino		
3. Espumas y tabletas vaginales		
4. Método oral combinado (píldoras)		
5. Método oral de progestágeno		
6. Implante hormonal		
7. Método inyectable mensual		
8. Método inyectable trimestral		
9. T de cobre		
10. Ligadura de Trompas		
11. Vasectomía		
<b>PUNTAJE TOTAL</b>		

<b>ESCALA DE STANONES CALIFICACIÓN CONOCIMIENTOS</b>	<b>PUNTAJE TOTAL</b>
ALTO	> 8 puntos
REGULAR	4 - 8 puntos
BAJO	< 4 puntos



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

Pucallpa 2 de marzo 2017

Carta N°01 – 2017-RBPF

Dr. Luis Stalin Romero Jara  
Director Ejecutivo del Hospital Amazónico

Asunto: Solicito autorización para realizar encuesta y revisión de Historias Clínicas para Investigación Científica

Estimado Señor Director:

Es grato dirigirme a usted para saludarlo cordialmente y solicitarle autorización para coordinar con el Servicio de Hospitalización de Gineco Obstetricia para la prueba piloto y la ejecución de la Tesis **CONOCIMIENTOS SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS Y SU RELACIÓN CON LA PREFERENCIA POR EL USO DE ANTICONCEPTIVOS HORMONALES, EN PUÉRPERAS DE PARTO VAGINAL EUTÓCICO, ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO, YARINACocha - ABRIL 2017**, para obtener el título profesional de Licenciado en Obstetricia.

El objetivo de la Investigación referida beneficiará además a la institución que usted dirige con Información sobre calidad de Atención en Salud Sexual y Reproductiva, utilizar la información a favor de la ciencia y para el mejoramiento de la organización institucional.

Por lo anterior expuesto solicito además el permiso para acceder a la información de las historias clínicas materno-perinatales de las pacientes que participen del estudio.

Agradeciéndole por la atención a la presente y en espera de su respuesta me suscribo de usted.

Atentamente

---

Bach. Obst. Richard Beimer Paredes Flores  
N° DNI: 73652598

**CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO SOBRE MÉTODOS  
ANTICONCEPTIVOS (KUDER RICHARDSON)**

Pacientes	p1	p2	p3	p4	p5	p6	p7	p8	p9	p10	p11	p12	p13	p14	Suma
1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	11
2	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	0	1	10
3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14
4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14
5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14
6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14
7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14
8	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	11
9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	13
10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14
11	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14
12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14
13	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	13
14	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13
15	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14
16	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14
17	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14
18	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	9
19	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14
20	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	13
21	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	0	1	10
22	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	0	1	10
23	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	11
24	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14
25	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14
26	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	13
27	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14
28	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	6
29	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	10
30	1	0	1	0	1	1	0	0	1	0	0	1	1	1	8
	30	26	30	29	30	28	24	25	27	24	21	30	22	25	371
MA	1.00	0.87	1.00	0.97	1.00	0.93	0.80	0.83	0.90	0.80	0.70	1.00	0.73	0.83	12.37
Varianza	0.00	0.12	0.00	0.03	0.00	0.06	0.16	0.14	0.09	0.16	0.21	0.00	0.20	0.14	4.70
p	1.00	0.87	1.00	0.97	1.00	0.93	0.80	0.83	0.90	0.80	0.70	1.00	0.73	0.83	
q	0.00	0.13	0.00	0.03	0.00	0.07	0.20	0.17	0.10	0.20	0.30	0.00	0.27	0.17	
p*q	0.00	0.12	0.00	0.03	0.00	0.06	0.16	0.14	0.09	0.16	0.21	0.00	0.20	0.14	1.30
KR-20		1.077	0.277	0.723	0.778										

$$KR-20 = \left( \frac{K}{K-1} \right) \left( \frac{1 - \sum p*q}{St^2} \right)$$

$$KR = \left( \frac{14}{13} \right) \left( 1 - \frac{1.14}{3.45} \right)$$

KR-20 = (1.077) (1 - 0.277) =  
 (1.077)(0.723)  
 KR = 0.778

**Donde:**

KR= Kuder Richardson  
 K= Número de Items  
 p= Proporción con el fenómeno de estudio  
 q= Proporción sin el fenómeno de estudio  
 St<sup>2</sup>= Varianza del total

**CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO DE CONOCIMIENTOS DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS NATURALES (KUDER RICHARDSON)**

PACIENTES	P1	P2	P3	P4	P5	P6	SUMA
1	1	0	0	1	1	1	4
2	1	0	0	1	1	1	4
3	1	0	0	1	1	1	4
4	0	0	0	0	1	1	2
5	0	0	0	0	0	1	1
6	0	0	0	0	0	1	1
7	1	0	0	0	0	1	2
8	0	0	0	0	0	0	0
9	0	0	0	0	0	0	0
10	0	0	0	1	1	0	2
11	1	0	0	1	1	1	4
12	0	0	0	1	1	0	2
13	0	0	0	1	1	1	3
14	1	0	0	1	1	1	4
15	1	0	0	1	1	1	4
16	1	0	0	1	1	1	4
17	1	0	0	1	1	1	4
18	1	0	0	1	1	1	4
19	0	0	0	0	0	1	1
20	0	0	0	0	0	0	0
21	0	0	0	0	0	0	0
22	1	0	0	1	1	1	4
23	1	0	0	1	1	1	4
24	0	0	0	0	0	0	0
25	1	0	0	1	1	1	4
26	1	1	0	1	0	1	4
27	1	0	0	1	0	0	2
28	1	0	0	1	1	0	3
29	1	0	0	1	0	1	3
30	1	0	0	1	1	0	3
	18	1	0	20	18	20	77
MA	0.60	0.03	0.00	0.67	0.60	0.67	2.57
Varianza	0.24	0.03	0.00	0.22	0.24	0.22	2.31
P	0.60	0.03	0.00	0.67	0.60	0.67	
Q	0.40	0.97	1.00	0.33	0.40	0.33	
p*q	0.24	0.03	0.00	0.22	0.24	0.22	0.96
	1.20	0.41	0.59	0.70			

$$KR-20 = \left( \frac{K}{K-1} \right) \left( 1 - \frac{\sum p*q}{St^2} \right)$$

**Donde:**

KR= Kuder Richardson  
 K= Número de **Items**  
 p= **prop. con** el fenómeno de estudio  
 q= **prop. sin** el fenómeno de estudio  
 St<sup>2</sup>= Varianza del total

$$KR = \left( \frac{6}{5} \right) \left( 1 - \frac{0.96}{2.31} \right)$$

$$KR-20 = (1.20) (1 - 0.41) = (1.20)(0.59)$$

$$KR = 0.70$$

**CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO DE CONOCIMIENTOS DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS  
NO NATURALES (KUDER RICHARDSON)**

PACIENTES	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	SUMA
1	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	3
2	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	4
3	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	0	7
4	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	5
5	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	3
6	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	2
7	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	4
8	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	4
9	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	4
10	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	2
11	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	6
12	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	3
13	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	6
14	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	4
15	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	8
16	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	3
17	1	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	6
18	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	9
19	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	8
20	1	0	0	1	0	1	1	1	0	1	0	6
21	1	0	0	1	0	1	1	1	0	0	0	5
22	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	2
23	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
24	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	3
25	1	0	0	1	0	0	1	1	1	1	0	6
26	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	8
27	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	9
28	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	3
29	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	9
30	1	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	4
	26	7	2	24	2	12	15	25	9	18	7	147
Ma	0.87	0.23	0.07	0.80	0.07	0.40	0.50	0.83	0.30	0.60	0.23	4.90
Varianza	0.12	0.18	0.06	0.16	0.06	0.24	0.25	0.14	0.21	0.24	0.18	5.22
P	0.87	0.23	0.07	0.80	0.07	0.40	0.50	0.83	0.30	0.60	0.23	
Q	0.13	0.77	0.93	0.20	0.93	0.60	0.50	0.17	0.70	0.40	0.77	
p*q	0.12	0.18	0.06	0.16	0.06	0.24	0.25	0.14	0.21	0.24	0.18	1.84
KR-20		1.10	0.35	0.65	0.71							

$$KR-20 = \left( \frac{K}{K-1} \right) \left( 1 - \frac{\sum p^*q}{St^2} \right)$$

$$KR = \left( \frac{11}{10} \right) \left( 1 - \frac{1.84}{5.22} \right)$$

KR-20 = (1.10) (1 - 0.35) = (1.08)(0.65)

KR = 0.71

**Donde:**  
 KR= Kuder Richardson  
 K= Número de Items  
 p= prop. con el fenómeno de estudio  
 q= prop. sin el fenómeno de estudio  
 St<sup>2</sup>= Varianza del total