



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE PARTERAS**

**Relevamiento de la información que cuentan las mujeres para la elección del
método anticonceptivo en las diferentes salas de espera del CHPR.**

Trabajo Final de Grado presentado para obtener el título de **Obstetra Partera/o**

AUTORAS: Br. Patricia Alvez
Br. Catherine Costa
Br. Marina Montaña
Br. Eloisa Ruiz
Br. Andrea Suárez.

TUTORA: Prof. Obst. Part. Eliana Martínez

Montevideo, Marzo 2019

Queremos expresar nuestro agradecimiento a:

A nuestras familias, que siempre estuvieron a nuestro lado para apoyarnos, acompañarnos y entendernos en la dedicación que le pusimos a lo largo de este camino. No habiéramos llegado a donde llegamos sin la fuerza, sin la confianza y sin el amor que siempre nos brindaron.

A nuestros amigos por el apoyo y contención incondicional en todos estos años de carrera. A nuestras colegas Katelin Ibañez y Analía Malvacio que fueron un gran pilar a la hora de elaborar la estructura de esta investigación.

A Gabriel Denis que colaboro en el análisis informático y en varias ocasiones ayudo a darle forma a esta investigación.

A la Obstetra Partera Eliana Martínez por formar a este gran grupo de investigación, guiarnos, escucharnos, estar en todo momento.

A la Química Farmacéutica Natalia Mederos por la accesibilidad a la información.

A todas las usuarias que aceptaron responder nuestras encuestas.

GRACIAS!!

Índice

Resumen	5
Abstract	6
CAPÍTULO 1	7
INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS	
CAPÍTULO 2	10
METODOLOGÍA.....	
CAPÍTULO 3	13
ANTECEDENTES	
CAPÍTULO 4	16
SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA.....	
PLANIFICACIÓN FAMILIAR	
CAPÍTULO 5	20
EDAD REPRODUCTIVA IDEAL	
CAPÍTULO 6	22
MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS, LOS DIFERENTES TIPOS Y USOS.	
Hormonales:.....	23
No Hormonales.....	29
CAPÍTULO 7	34
MÉTODOS DISPONIBLES EN NUESTRO PAÍS	
CAPÍTULO 8	36
MITOS GENERALES SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS	
Hormonales	37
Dispositivo Intrauterino.....	39
Métodos de Barrera	40
Métodos irreversibles.....	41
Métodos Naturales	42
CAPÍTULO 9	43
PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	
GRÁFICA N° 1.....	44
GRÁFICA N° 2.....	46
GRAFICA N° 3.....	48
GRÁFICA MUESTRA TOTAL	50

CAPÍTULO 10.....	52
CONCLUSIÓN.....	
CAPÍTULO 11.....	56
BIBLIOGRAFÍA.....	
CAPÍTULO 12.....	60
ANEXO	

Resumen

El presente trabajo se plantea desde la práctica que durante el transcurso de la carrera, en nuestras rotaciones por diversas instituciones pudimos observar un mal uso de los diferentes métodos anticonceptivos, teniendo altos porcentajes de embarazos no planificados por dicha causa. Poniéndonos como principal interrogante ¿cuentan las mujeres con información valiosa al momento de elegir su método anticonceptivo?

Para llevar a cabo la misma se realizaron 300 encuestas en el plazo de 1 mes, en las diferentes salas de espera del centro hospitalario Pereira Rossell. Se tomaron como criterios de inclusión, el lugar físico ya mencionado y la edad de las usuarias las cuales debieron oscilar entre 19 y 35 por ser considerada la edad reproductiva ideal, según la OMS.

En la presente investigación se estudiaron diferentes variables como, la utilización o no de un método anticonceptivo, si fue elegido en base a información recibida, y de qué fuente la adquirieron.

En la muestra total de las encuestas se obtuvo como resultado, que el 75,3% de las mujeres comprendidas dentro de la edad del criterio de inclusión utilizan algún método anticonceptivo, del 100 % de las encuestadas el 81 % recibió información previo a la elección del método y el 63,3% , seleccionó el método en base a la información adquirida. Del total de las mujeres encuestadas se destaca que el 52,3% obtuvo la información de los servicios de salud, un 18,3% la adquirieron por algún integrante de su familia, el 14,3% la recibieron de sus amigos, observándose que los valores más bajos de donde obtuvieron información fueron los centros educativos, Nivel terciario 2,3%, Nivel secundario 12,3% y Nivel primaria 0,3%.

Observando este resultado final, se destaca que el servicio de salud es la fuente principal de asesoramiento acerca de métodos anticonceptivos, dentro del cual la Obstetra Partera es un pilar fundamental en Planificación Familiar conjuntamente con el equipo de salud.

Palabras claves: Anticoncepción; mujeres: información.

Abstract

The present work arises from the practice that during the course of the race, in our rotations by various institutions we could observe the misuse of the different contraceptive methods, having high percentages of pregnancies not planned for this cause. Putting us as the main question, do women have valid information when choosing their contraceptive method?

To carry out the same, 300 surveys were carried out within a period of 1 month, in the different waiting rooms of the Pereira Rossell hospital center. The inclusion of the aforementioned physical location and the age of the users, which must have been between 19 and 35, are considered as inclusion criteria, since they are considered the ideal reproductive age, according to the WHO.

In the present investigation different variables were studied, such as the use or not of a contraceptive method, if it was chosen based on information received, and from which source they acquired it.

In the total sample of the surveys, it was obtained that 75.3% of the women included in the age of the inclusion criteria use some contraceptive method; of the 100% of the respondents, 81% received information prior to the election. of the method and 63.3%, I select the method based on the information acquired.

Of the total of women surveyed, it is highlighted that 52.3% obtained information from health services, 18.3% acquired it from a member of their family, 14.3% received it from their friends, observing that the lowest values from where they obtained information were the educational centers, tertiary level 2.3%, secondary level 12.3% and primary level 0.3%.

Observing this final result, it is highlighted that the health service is the main source of advice on contraceptive methods, within which the Midwife Obstetrician is a fundamental pillar in Family Planning in conjunction with the health team.

Keywords: Contraception; women: information

CAPÍTULO 1
INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

En el marco de la presentación del trabajo final para la obtención del título de Obstetra-Partera nos interesamos en la realización de una investigación sobre Relevamiento de la información que cuentan las mujeres para la elección del método anticonceptivo en las diferentes salas de espera del Centro Hospitalario Pereira Rossell.

El presente trabajo surge de la inquietud de conocer la información que cuentan las mujeres al momento de elegir su método anticonceptivo, con el fin de contribuir desde el rol profesional de la Obstetra Partera en su perfil educativo así como conocer el lugar en donde sería necesario fortalecer la actividad educativa en planificación familiar.

Obtener el conocimiento de la población en los procesos de salud, la información que cuenta cada persona es la base del empoderamiento a la hora de tomar decisiones que mejoren su calidad de vida y le brinde las herramientas necesarias para adoptar acciones en pos de su salud.

Si nos enfocamos en los derechos sexuales y reproductivos que rigen en nuestro país, uno de los derechos fundamentales es la accesibilidad a la información. En ese marco según la legislación actual en la ley N° 18.426 Defensa del Derechos a la salud sexual y reproductiva; cap.1 Art. 2 “Garantizar el acceso universal a diversos métodos anticonceptivos seguros y confiables”.

Es de extrema importancia para que la usuaria pueda hacer valer su derecho, que cuente con información confiable y veraz acerca de los métodos y que ella considere el más adecuado acorde a su situación.

Cabe destacar que éste es un aspecto en la salud que compromete la libre elección de procrear, así como la concientización de la protección de infecciones de transmisión sexual.

Se deben contemplar las diferencias en la disponibilidad de métodos de anticoncepción para mujeres, así como la influencia cultural en el momento de la elección, por todo lo expuesto consideramos fundamental relevar si cuentan con información con respecto al tema.

Dado el Rol que cumple la Obstetra Partera en el Sistema Nacional Integral de Salud y en la comunidad al momento de asesorar y aconsejar a la mujer en la toma de decisiones sobre el método anticonceptivo a utilizar, es necesario contar con datos reales y probatorios acerca de si cuentan o no con información, a su vez que se analice de donde la obtuvo, para evaluar desde nuestra intervención que información debemos brindar,

contemplando las diferentes edades para trabajar desde las necesidades reales tanto de las usuarias como del sistema de salud.

Objetivos de la investigación:

Objetivo General

- Evaluar la información que cuentan las mujeres al momento de elegir su método anticonceptivo.

Objetivos Específicos

- Cuantificar las mujeres que consideran que poseían información a la hora de elegir el método anticonceptivo.
- Conocer de qué fuente recibió esa información.
- Identificar si eligió el método en base a la información con la cual contaba.

CAPÍTULO 2

METODOLOGÍA

El presente trabajo surge a partir de preguntas como:

¿Cuentan las mujeres con información al momento de elegir su método anticonceptivo?

¿En que se basan para la elección del mismo?

¿Cuál es la fuente principal de la información?

Partiendo de la hipótesis de que la elección del método se podría basar fundamentalmente en la influencia cultural, en donde poco se tiene en cuenta la información de beneficios y/o desventajas para cada mujer individualmente, se plantea la necesidad de realizar la presente investigación

Se trata de un estudio cuantitativo, dado que trata de determinar la información que cuentan las mujeres, pretendiendo llegar a la respuesta a través de la objetivación de los resultados a través de una serie de encuestas que se aplicarán a la población, de la cual procede la muestra.

Es de diseño no experimental como define Campbell y Stanley, observando fenómenos en su contexto natural para posteriormente analizarlos.

Del universo de estudio se toma una muestra de 300 mujeres que circulen por las diferentes salas de espera del Centro Hospitalario Pereira Rossell y que cumplen con los criterios de inclusión los cuales son; edad reproductiva ideal entre 19 y 35 años (según la OMS).

Para la recolección de datos se realizará una encuesta anónima que cuente con los siguientes datos; edad, si utiliza o no algún método anticonceptivo, si recibió información, la fuente de donde la recibió, si eligió el método en base a la misma y cómo fue su accesibilidad. (Se adjunta encuesta).

Recopilación de datos:

1° Etapa: Se procederá a la recolección de datos mediante la encuesta que se encuentra adjunta. Este se realizará en el plazo de 1 mes, que compre desde el 1° de Agosto del 2018 al 31 de Agosto del 2018, realizando un total de 300 encuestas con los criterios de inclusión ya mencionados.

2° Etapa: Se construirá una planilla Excel, donde se procesaran los datos obtenidos en la etapa 1 que será utilizado para el análisis de datos.

Estudio de las variables:

Para el estudio de la asociación de las diferentes variables, se calculará: cuántas mujeres en edad reproductiva ideal (19 a 35 años) utilizan o no algún método anticonceptivo, si recibió información del método, la fuente de donde la recibió, si eligió el método en base a la misma y cómo fue su accesibilidad.

CAPÍTULO 3

ANTECEDENTES

Se realizó una búsqueda en diferentes fuentes de información que pudieran almacenar datos relacionados; como ser en las bibliotecas de la Sociedad de Ginecología del Uruguay, Sindicato Médico del Uruguay, Ministerio de Salud Pública y búsquedas en google Académico no encontrándose resultados nacionales solo obteniendo resultados a nivel internacionales relacionados con el tema, destacando que de la búsqueda realizada en los diferentes medios solo arrojo resultado que se basan en adolescentes y no en la edad reproductiva ideal como es esta investigación.

Los resultados obtenidos son:

“Actividad sexual e información y uso de métodos anticonceptivos en la juventud española: resultados de una encuesta nacional.” Dicha investigación fue realizada por I. Serrano, J.L. Dueñas, R. Bermejo, C. Coll, J.L. Doval, I. Lete, J. Martínez-Salmeán y J.J. Parrilla en la ciudad de Madrid (España); el objetivo de esta investigación analizar los conocimientos, el comportamiento sexual y el uso de anticonceptivos de la juventud española entre 15 y 24 años de edad.

“Anticoncepción en la adolescencia.” Realizada por la Dra. Adela Montero V. en Chile, donde se analiza el concepto de anticoncepción, se describen los diferentes métodos anticonceptivos, destacando aquellos que por su aceptabilidad y eficacia son más recomendables en adolescentes y se realiza un análisis general sobre las principales consideraciones éticas y legales relacionadas con la anticoncepción en adolescentes.

“Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en adolescentes de un centro de salud.” Realizado por María C. Sánchez-Meneses, Rocío Dávila-Mendoza y Efrén R. Ponce-Rosas, en la ciudad de México. Teniendo como objetivo identificar el nivel de conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en adolescentes de 15 a 19 años con vida sexual activa que asistieron a un centro de salud de la ciudad de México durante septiembre y octubre de 2014.

“Conocimientos previos acerca de métodos anticonceptivos y su relación con conocimientos adquiridos después de una intervención educativa con simulador.” Realizada por María Neyfeth Posada Morales y Bárbara de las Mercedes Mora Espinoza, en una institución educativa publica del Departamento de Risaralda, Municipio de Dosquebradas (Colombia) el objetivo de este trabajo es relacionar conocimientos previos acerca de métodos anticonceptivos con los conocimientos adquirido, después una intervención educativa con simulador; este estudio se realizó con 295 adolescentes escolarizados que cursan noveno, décimo y undécimo en una institución educativa pública, el proceso estuvo compuesto por tres partes; en la primera se midió conocimientos previos acerca de métodos anticonceptivos, mediante un cuestionario; en la segunda se definió los contenidos y actividades de intervención para mejorar los conocimientos previos, y en la tercera parte se reevaluó los conocimientos adquiridos con el simulador.

“Nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos de las pacientes en puerperio de los servicios de maternidad del Hospital Central Universitario “Antonio María Pineda”. Realizada por Maribel del Carmen Cabrera Hernández.

En Barquisimeto (Venezuela) en el período Abril-Diciembre del año 2000; Siendo el objetivo de esta investigación determinar el nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos que tienen las púerperas de la Maternidad del Hospital Central “Antonio

María Pineda” y la relación que esta guarda con algunas características generales de la población.

CAPÍTULO 4

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

PLANIFICACIÓN FAMILIAR

La salud sexual y reproductiva es un derecho humano fundamental para las personas, las parejas y las familias, así como para el desarrollo social y económico de las comunidades y naciones. Según la Organización Mundial de la Salud define la salud reproductiva como: *“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”* (O.M.S., 2018)

El rol del estado es asegurar el acceso de manera rápida y oportuna a los servicios e información de salud sexual y reproductiva de buena calidad, incluida la anticoncepción, la cual debe ser proporcionada de tal manera que permita la toma de decisiones basada en la información adquirida, respete la dignidad, la autonomía, la privacidad y la confidencialidad, y que tenga en cuenta las necesidades y las perspectivas de las personas en la relación entre usuarias y personas encargadas de prestar servicios de salud. El estado debe brindar anticonceptivos basado en los derechos de las usuarias, lo que incluye tener en cuenta sus necesidades de atención de la salud sexual y reproductiva, analizar todos los criterios de elegibilidad adecuados al ayudar a las usuarias a elegir y usar un método de planificación familiar de manera segura. (O.M.S., 2018)

La necesidad y el deseo de evitar un embarazo han existido desde que nuestros antepasados descubrieron la asociación entre la práctica de las relaciones sexuales heterosexuales vaginales y la posibilidad de un embarazo. Fue así que se comenzaron a utilizar diferentes técnicas para impedir la concepción. Según las Guías de Salud Sexual y Reproductiva del Uruguay se define anticoncepción como: “Conjunto de métodos y técnicas que permite a hombres y mujeres ejercer y disfrutar de su sexualidad independiente de la función reproductiva, así como también escoger libre y responsablemente el número y espaciamiento de los hijos que decidan tener”(Ley 18.826)

Esto conlleva el derecho de hombres y mujeres a la información y al acceso a métodos anticonceptivos seguros, efectivos y accesibles.

Los cinco aspectos fundamentales de la salud sexual y reproductiva son: mejorar la atención prenatal, perinatal, posparto y neonatal; ofrecer servicios de planificación familiar de alta calidad, incluidos servicios de atención a personas con problemas de infertilidad; eliminar los abortos peligrosos; combatir las infecciones de transmisión sexual, las infecciones del aparato reproductor, el cáncer cérvico uterino y otras afecciones ginecológicas y promover la salud sexual. (O.M.S., 2003)

Conceptos Básicos:

Salud Sexual:

La salud sexual es un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad. Que no es meramente la ausencia de enfermedad, disfunción, o malestar e incluye un acercamiento positivo y respetuoso hacia la sexualidad, y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales seguras, placenteras, libres de coerción y discriminación. (O.P.S/O.M.S., 1996)

Salud Reproductiva:

La salud reproductiva es una condición de bienestar físico, mental y social en los aspectos relacionados a la reproducción en todas las etapas de la vida, lo que implica que las personas puedan tener una vida sexual satisfactoria y segura, el derecho de mujeres y hombres a estar informados, tener acceso a métodos de regulación de la fertilidad de su preferencia que sean seguros, eficaces, accesibles y aceptables, y el derecho a acceder a servicios de salud adecuados que permitan a la mujer llegar al final de su embarazo y dar a luz en forma segura. (O.P.S/O.M.S., 1996)

El M.S.P., (2010) Plantea objetivos a cumplir para la Salud Sexual y Reproductiva:

- Asegurar a toda la población la cobertura de salud sexual y reproductiva.
- Garantizar la calidad y la privacidad en la atención.
- Asegurar el respeto a los derechos sexuales y reproductivos, considerando a la persona en todos los aspectos.
- Capacitar a maestros y docentes para que eduquen en el ejercicio de estos derechos.
- Impulsar en la población la adopción de medidas de promoción de la salud y de prevención de enfermedades y estimular la atención institucional de los temas más importantes en salud sexual y reproductiva.
- Fomentar el intercambio de información entre instituciones y redes sociales.
- Dar a conocer y proteger los derechos de niños, adolescentes y adultos en materia de información y servicios de salud sexual y reproductiva.
- Promover la maternidad y paternidad responsable y planificada.
- Garantizar a toda la población el acceso a métodos anticonceptivos seguros y confiables.

Beneficios de la planificación familiar y de la anticoncepción.

- La promoción de la planificación familiar y el acceso a los métodos anticonceptivos preferidos para las mujeres y las parejas resulta esencial

para lograr el bienestar y la autonomía de las mujeres, y al mismo tiempo , apoyar la salud y el desarrollo de las comunidades .

- Es importante que los servicios de planificación familiar estén ampliamente disponibles y sean de fácil acceso, por medio de parteras y otros agentes de salud capacitados. Las parteras están capacitadas para facilitar los métodos anticonceptivos localmente disponibles y culturalmente aceptables.

En la actualidad se encuentran publicados los Objetivos Sanitarios Nacionales 2020. Lo mismos tienen 5 objetivos estratégicos:

1. Favorecer estilos de vida y entornos saludables y disminuir los factores de riesgo.
2. Disminuir la carga prematura y evitable de morbilidad y discapacidad
3. Mejorar el acceso y la atención de salud en el curso de vida
4. Construir una cultura institucional de calidad y seguridad en atención de salud.
5. Avanzar hacia un sistema de atención centrado en las necesidades sanitarias de las personas y las comunidades.

Y 4 Objetivos Sanitarios Nacionales (OSN) 2020, (M.S.P., 2015)

1. Alcanzar mejoras en la situación de salud de la población.
2. Disminuir las desigualdades en el derecho a la salud
3. Mejorar la calidad de los procesos asistenciales de la salud
4. Generar las condiciones para que las personas tengan una experiencia positiva en la atención de su salud.

Dentro de los objetivos estratégicos que más se aproximan a nuestra investigación son:

- 3.1 Disminución de la incidencia del embarazo en adolescentes y acompañamiento adecuado de la maternidad / paternidad en adolescentes.
- 5.1 Mejora de los vínculos médico - paciente y equipos de salud - usuarios.
- 5.2 Fortalecimiento y resolutiveidad del primer nivel de atención potenciando el rol del médico tratante o de referencia junto al equipo de salud del primer nivel.

CAPÍTULO 5

EDAD REPRODUCTIVA IDEAL

La salud reproductiva está condicionada por factores de tipo social, cultural, político y económico y por acciones provenientes de otros sectores, como vivienda, educación y alimentación. Además, la salud reproductiva también está condicionada por factores de tipo afectivo y en forma muy especial por la situación social de la mujer. (O.P.S/O.M.S., 1996)

La prevención de la enfermedad y la muerte durante el proceso de reproducción es uno de los pilares fundamentales para el buen desarrollo de la salud reproductiva, por estos factores la Organización Mundial de la Salud establece la edad reproductiva ideal entre 19 y 35 años. (O.P.S/O.M.S., 1996)

El principal instrumento para lograr este fin es el manejo del concepto de riesgo reproductivo, el cual está basado en el "*enfoque de riesgo*".
Cualquier alteración que se produzca tendrá repercusión en el futuro del binomio, en el de su familia y en la sociedad (O.P.S/O.M.S., 1996)

CAPÍTULO 6

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS, LOS DIFERENTES TIPOS Y USOS.

Los métodos anticonceptivos son las distintas maneras que existen de prevenir o planificar un embarazo y algunos de ellos incluso sirven para prevenir infecciones de transmisión sexual, contribuyen a un mejor desarrollo de hombres y mujeres, para que puedan vivir y gozar libremente de una salud sexual y reproductiva. .

Hormonales:

Son diferentes preparados que están basados en la administración exógenas de estrógenos y gestágenos, su administración puede ser vía oral o parenteral.

Combinados: píldoras que contienen dosis bajas de dos hormonas sintéticas progestina y estrógeno, su efectos es similares a las hormonas producidas durante el ciclo menstrual, esto funciona previniendo la liberación de óvulos de los ovarios (ovulación). Este tipo de método es uno de lo más utilizado en nuestro medio, su inconveniente mayor es la poca adherencia al mismo.

Dentro de este se clasifican en monofásicos en donde las píldoras activas contienen la misma composición en todo su blíster no alterando su eficacia si se toman en desorden, representan las píldoras de primera elección, siendo su presentación con 21 píldoras activas, 28 píldoras (21 activas y 7 placebos) y 28 píldoras 24 activas y 4 placebos. Hay diferentes. De acuerdo con su dosis de etinil estradiol, se clasifican en cuatro categorías:

- Dosis Media: 50 mcg de etinil-estradiol
- Dosis Baja: 30-35 mcg de etinil-estradiol
- Dosis Muy baja: 20 mcg de etinil-estradiol
- Dosis Ultra baja: 15 mcg de etinil-estradiol

Luego se encuentran las Bifásicas: en donde las píldoras activas se diferencian en dos colores, contienen las mismas hormonas en proporciones diferentes Deben ser tomadas obligatoriamente en el orden indicado por tener diferente carga hormonal.

Y por último tenemos las Trifásicas en donde las píldoras activas son diferenciadas en tres colores, contienen las mismas hormonas en proporciones diferentes. Deben ser tomadas obligatoriamente en el orden indicado. (M.S.P., 2013)

Píldora de Progesterona: son píldoras que contienen dosis muy baja de progestina, no contiene estrógeno. Funciona engrosando la mucosa cervical (bloque la llegada del espermatozoide al ovulo), no inhiben la ovulación. Estos anticonceptivos son de uso durante la lactancia exclusivamente y pueden utilizarse, con menor frecuencia, en la perimenopausia, mujeres mayores de 35 años fumadoras o hipertensas crónicas. (Schwarsz et al., 2005)

Anticonceptivo de Emergencia: esta píldora contiene levonogestrel o una levonogestrel y un estrógeno juntos. Funciona fundamentalmente evitando o retrasando la liberación de óvulos de los ovarios (ovulación). No se debe utilizar como métodos anticonceptivo

habitual dado la gran carga hormonal que tienen. Se puede utilizar en situaciones como, no toma o suspensión de ACO, mala administración de inyectable anticonceptivo, relaciones sexuales sin protección. Se debe utilizar dentro de las 72 hs. post relación sexual coital, cuanto más horas transcurran menor será su eficacia.

Existen dos presentaciones;

- Dos píldoras de 750 mcg de levonorgestrel cada una.
- Una píldora de 1500 mcg de levonorgestrel.

En nuestro medio la más utilizada es la píldora que contiene solo levonorgestrel. (M.S.P., 2013)

Monofásica



Bifásica



Trifásico



Emergencia



Inyectables:

Los inyectables contienen dos hormonas, un progestágeno y un estrógeno (estradiol), iguales. El estradiol que contienen los inyectables es menos potente que el etinil-estradiol de las píldoras combinadas y es metabolizado más rápidamente. (M.S.P., 2013)

Existen tres tipos de generaciones de inyectables:

Inyectable de Primera generación. Contienen un estrógeno de acción prolongada (Enantato de estradiol) combinado con un estrógeno de acción corta (Acetofenido de Dihidroprogesterona). Debe administrarse entre el 7° y 10° día del ciclo menstrual. Puede producir hipermenorrea o menometrorragia. (Planificación Familiar., 2007)

Inyectable de Segunda generación: Está compuesto por un estrógeno de acción breve (Valerato o Cipionato de estradiol) y un estrógeno de acción prologada (Progestagenos), este puede provocar amenorrea o disminución del sangrado habitual de la mujer dada la baja dosis de estrógeno. (Planificación Familiar., 2007)

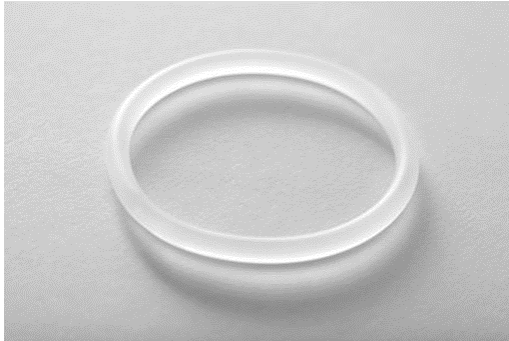
Inyectable trimestral: estos inyectables solo de progestágeno que contienen, un progestágeno (acetato de medroxiprogesterona (AMPD) o enantato de noretisterona (EN- NET)) capaz de producir un efecto similar a la hormona natural de progesterona producida por el cuerpo de la mujer. Se administran cada 3 meses. (Planificación Familiar., 2007)



Parche combinado: es de plástico pequeño, delgado, cuadrado, flexible, presentado de manera individual en sobres sellados de aluminio. Se puede aplicar en la región glútea, el torso, el abdomen o el antebrazo para liberar las hormonas por vía transdérmica. No se debe colocar sobre o muy cerca de la mama. Su composición en cada parche contiene 0,60 mg de etinil-estradiol (EE) y 6,0 mg de norelgestromina (NGMN) que son liberados de manera continua. Se usa un parche nuevo cada semana durante 3° semanas siendo la 4° semana de descanso. Funciona previniendo la liberación de óvulos de los ovarios (ovulación) (M.S.P., 2013)



Anillo vaginal combinado: Su forma es circular flexible, se colca dentro de la vagina Cada anillo contiene 2,7 mg de etinil-estradiol (EE) y 11,7 mg de etonogestel (ENG) que son liberados de forma continua, a una tasa de 15 mcg de EE y 120 mcg de ENG al día, durante las tres semanas que permanece en la vagina. Funciona previniendo la ovulación. (M.S.P., 2013)



Implante: Se insertan dos cilindros delgados, flexibles, llenos de un progestágeno sintético justo por debajo de la piel en el brazo. Cada implante contiene 75 mg de levonorgestrel, que es liberado gradualmente y solamente a baja dosis, con reversibilidad total. Cada implante tiene 43 mm de longitud y 2,5 mm de diámetro. Una vez colocados, el sistema permite la liberación lenta del levonorgestrel a través de las paredes de la cápsula. Funciona engrosando la mucosa cervical (bloquea la llegada del espermatozoide al ovulo). Puede alterar el ciclo menstrual produciendo hipermenorrea o amenorrea. (Planificación Familiar., 2007)

No contienen estrógeno, por lo que se pueden utilizar durante la lactancia y en usuarias a quienes no se les recomienda métodos con estrógeno. (M.S.P., 2013)



DIU levonogestrel: es un dispositivo intrauterino que libera de forma continua levonogestrel. Funciona previniendo la ovulación, impidiendo que el óvulo madure y salga del ovario, también, evita que el espermatozoide y el óvulo se unan porque dificulta la movilidad de los espermatozoides y a su vez evitando la proliferación del endometrio. Consiste en una estructura en T de polietileno con un collar de 52 mg de levonogestrel, además de sulfato de bario. (Planificación Familiar., 2007)
Su duración es de 5 años y al retirarlo la fertilidad retorna sin demora (M.S.P., 2013)



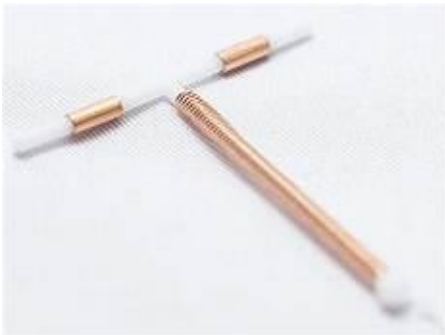
No Hormonales: son anticonceptivos menos invasivos para el cuerpo humano dado que son aquellos que cumplen su función de evitar la fertilización del óvulo por el espermatozoide, sin que ello intervenga de modo alguno en el ciclo menstrual femenino. (Planificación Familiar., 2007)

Reversibles:

DIU T de cobre: El Dispositivo Intrauterino (DIU) es un método anticonceptivo de larga duración, reversible y de alta eficacia. tiene la forma de una letra T mayúscula, hecho de un polietileno fino y flexible, impregnado de sulfato de bario, mide 36 mm en sentido vertical y 32 mm en sentido horizontal. En su porción vertical tiene un alambre fino enrollado y en cada brazo horizontal un manguito de cobre.

Produce una reacción inflamatoria del endometrio, alterando profundamente la composición química y la cantidad de células en la cavidad uterina. (M.S.P., 2013)

Funciona fundamentalmente provocando una modificación química que daña al espermatozoide y al ovulo antes de su unión. Es frecuente ver un aumento en el sangrado tanto en cantidad como en duración. (Planificación Familiar., 2007)



Condón femenino: El condón femenino es una funda de poliuretano fina, muy flexible de forma cilíndrica que se adapta la vagina de la mujer. Funciona actuando como barrera que mantiene a los espermatozoides fuera de la vagina. Disminuyendo embarazos no deseado e infecciones de transmisión sexual. (Planificación Familiar., 2007)



Diafragma: Es un capuchón de látex o plástico que cubre el cérvix. Funciona impidiendo la entrada del espermatozoide al cervix, ayuda a la prevención de infecciones de transmisión sexual. Es reutilizable, a no ser que presente desperfectos, se recomienda examinarlo con regularidad para identificar posibles roturas y renovarlo al menos cada año. (Planificación Familiar., 2007)



Preservativo masculino: Son fundas elásticas, finas y resistentes, que se adaptan a la forma del pene, cuando son colocados, con éste erecto. Su efecto anticonceptivo se debe a que impiden que los espermatozoides contenidos en el semen entren en contacto con la vagina y entren al útero de la mujer, impidiendo la fecundación. La eficacia máxima se obtiene cuando se usa un condón nuevo, de buena calidad, en todas las relaciones sexuales, colocando el condón antes de cualquier contacto del pene con los genitales. La tasa de embarazo en uso correcto y consistente es de 2 embarazos por cada 100 parejas en un año y en uso común, 15 %. Los condones masculinos reducen significativamente el riesgo de infectarse con el VIH cuando se los usa correctamente, con cada acto sexual. Disminuyen del 80% a 95% los casos de transmisión del VIH que

habrían ocurrido sin usarlos, también reducen el riesgo de contagio de otras ITS cuando se los usa consistente y correctamente. Protegen más eficientemente de infecciones que se transmiten por el semen y las secreciones cérvico- vaginales (VIH, sífilis, gonorrea y clamidia). También protegen contra la diseminación de ITS a través del contacto cutáneo, piel a piel, como es el caso del herpes y el virus del papiloma humano, pero la protección no es tan eficaz. (M.S.P., 2013)



No reversible:

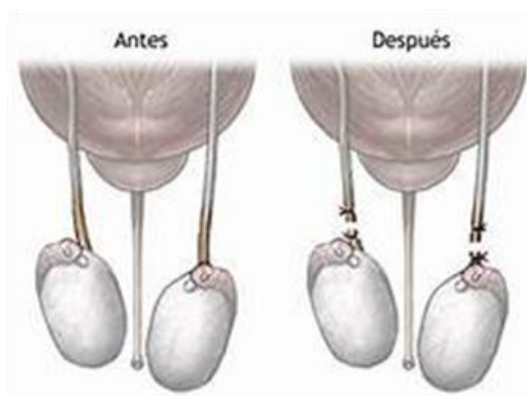
Esterilización femenina: es un procedimiento quirúrgico que ofrece protección permanente de anticonceptiva de alta eficacia para toda la vida, es irreversible. Se recomienda realizar esta intervención durante la fase menstrual o proliferativa del ciclo pudiendo así disminuir la probabilidad de gestación. (Planificación Familiar., 2007)

Al interrumpirse la permeabilidad de la trompa se impide el encuentro del óvulo con el espermatozoide, impidiendo la fecundación. No produce ningún efecto sistémico en la mujer. (M.S.P., 2013)



Vasectomía: es un procedimiento quirúrgico utilizado por los hombres para una anticoncepción permanente. Se realiza a través de una punción o una pequeña incisión en el escroto que secciona o bloquea mediante ligadura o cauterización los conductos deferentes que transportan el espermatozoide. (Planificación Familiar., 2007)

Al interrumpirse la permeabilidad del conducto deferente, que permite que los espermatozoides producidos en los testículos lleguen a las vesículas seminales, tres meses después de la cirugía, el semen eyaculado por el hombre estará constituido por secreción de las vesículas seminales y de la próstata sin espermatozoides, evitando la fecundación y ulterior embarazo. No produce ningún efecto sistémico en el hombre. (M.S.P., 2013)



Naturales: estos métodos no son muy confiables, dado que es necesario conocer los cambios en el cuerpo. Además, ninguno ofrece protección contra infecciones de transmisión sexual. (Planificación Familiar., 2007)

Moco Cervical: se basa en observar cambios clínicos en la secreción cervical durante el ciclo menstrual, las modificaciones del moco cervical se debe al aumento de la producción de estrógeno. Aproximadamente 6 días antes de la ovulación. (Planificación Familiar., 2007)

Coito Interrumpido: Es el método anticonceptivo más antiguo, muy conocido. Se realiza retirando el pene de la vagina antes que la eyaculación sea inminente, haciendo que el semen, que contiene los espermatozoides no entre en contacto con la vagina. Generalmente es elegido por aquellas personas que no tienen acceso a otras formas de contracepción o buscan evitar los efectos adversos de las mismas. (Planificación Familiar., 2007)

En uso común, es uno de los métodos menos eficaces y según la revisión de la eficacia de los métodos anticonceptivos, realizada para la última versión del manual de OMS (2011), la tasa de embarazo es de 21 a 27 por cada 100 mujeres en el primer año y Cuando su uso es correcto y consistente, es decir, practicado en todas las relaciones, la tasa de embarazo es de 4 por cada 100 mujeres en el primer año. (M.S.P., 2013)

Amenorrea por lactancia: es un método anticonceptivo temporal que durante la lactancia exclusiva funciona en impedir que los ovarios liberen óvulos, porque impide que se libere las hormonas naturales que estimulan la ovulación temporalmente. (Planificación Familiar., 2007)

La lactancia exclusiva tiene un potente efecto inhibidor de la ovulación, que está dado por la elevación del nivel de prolactina, especialmente en los primeros seis meses post parto, antes que se reanude la menstruación. Para una correcta utilización de este método se deben respetar tres requisitos:

- Amamantar de forma exclusiva o casi exclusiva, preferentemente a demanda, sin horario fijo, de día y de noche.
- Estar en amenorrea (no haber tenido genitorragia fuera de la puerperal)
- El lactante debe de tener menos de seis meses de edad.

Cumpliendo estos 3 requisitos estudios han demostrado que la tasa de embarazo es menor a 1 por cada 100 mujeres en 6 meses. (M.S.P., 2013)

Método basado en la fertilidad: Esta basado en la percepción de la fertilidad o en el conocimiento del período fértil son métodos en que la mujer, debe evitar las relaciones sexuales con penetración vaginal. Este método no lo podrían utilizar las mujeres que presenten ciclos irregulares, adolescentes, mujeres con síndrome de ovario poli quístico, puerperio, amenorrea por lactancia o durante la peri menopausia. (Planificación Familiar., 2007)

CAPÍTULO 7

MÉTODOS DISPONIBLES EN NUESTRO PAÍS

A continuación se adjunta un cuadro que brinda datos sobre la distribución de los métodos anticonceptivos en nuestro país y en centro Hospitalario Pereira Rosell en el año 2017. Esta distribución está basada dependiendo de la demanda de cada centro.

DISTRIBUCIONES DORREGO 2017	TOTAL CHPR	TOTAL ASSE
DISPOSITIVO INTRAUTERINO DE COBRE UNIDAD	600	4450
EXLUTON 0.5 BLISTER X 84 CM	700	10437
FEMEXIN 100+20MCG BLISTER X 28 CM	5250	424295
GEL LUBRICANTE INTIMO UNIDAD	800	78450
JADELLE 2X 75 MG 75MG CAJA X 2 U	2900	16900
LEVONORGESTREL 0.75 MG BLISTER X2 CM	65	15158
MESIGYNA NORIGYNON 5+50 MG AMPOLLA X 1 ML	800	54922
PROFILACTICO/PRESERVATIVO FEMENINO unidad	750	62690
PROFILACTICO/PRESERVATIVO MASCULINO unidad	47520	3540648

CAPÍTULO 8

MITOS GENERALES SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

La consulta por anticoncepción es uno de los mayores desafíos que el profesional de la salud debe abordar, debido a que significa para la paciente vivir una salud sexual y reproductiva plena, y evitar que se exponga a situaciones de riesgo como embarazo no planificado, infecciones de transmisión sexual, entre otras.

A pesar de la información disponible sobre todo lo referente a la anticoncepción, existen algunos mitos que aún cumplen un rol importante a la hora de la elección del método anticonceptivo, por lo cual en este capítulo hablaremos de forma genérica sobre los diferentes mitos que existen acerca de los métodos anticonceptivos, diferenciándolos entre métodos hormonales, no hormonales y naturales

Hormonales

Mito: Luego de cierto tiempo de tomar las pastillas anticonceptivas, se debe realizar un descanso.

Realidad: No existe evidencia científica de que sea necesario realizar dicho descanso, hay que tener en cuenta que el descanso de las mismas puede llevar a un embarazo no deseado, porque solo mantiene protegida a la mujer durante la correcta toma de las mismas; por este motivo se debe tomar independientemente si se tiene o no relaciones sexuales. (Planificación Familiar., 2007)

Mito: Si se utiliza este método durante muchos años y luego desea buscar un embarazo, esto puede llevar un tiempo prolongado.

Realidad: Los anticonceptivos hormonales no retrasan la fertilidad de la mujer después de que se abandone el método. Por lo general luego de dejar las ACO la mujer recupera su patrón de sangrado que tenía antes de comenzar a tomarlas, y en algunos mujeres esto puede demorar unos pocos meses. (Planificación Familiar., 2007)

Mito: Los anticonceptivos de emergencia son abortivos.

Realidad: No producen abortos, es decir la pérdida de un embarazo ya existente, no son un método para realizar los mismos. La evidencia demuestra que en el caso de tomar anticonceptivos hormonales estando embarazada sin saberlo, no afecta al feto. (Planificación Familiar., 2007)

Mito: Las pastillas anticonceptivas provocan un incremento de peso en las mujeres.

Realidad: Se ha visto que en la gran mayoría de las mujeres esto no sucede. Sin embargo un porcentaje muy pequeño de mujeres vio afectado su peso con la toma de pastillas anticonceptivas y al dejarlas de tomar volvieron a su peso, pero no se conoce evidencia de por qué responden de esta manera a la toma de las mismas. (Planificación Familiar., 2007)

Mito: Los anticonceptivos hormonales reducen el deseo sexual en las mujeres.

Realidad: Si bien algunas mujeres refieren esto, no existe evidencia científica que lo demuestre y la mayoría refieren que no les afecta en su sexualidad. Se debe tener en cuenta que la disminución del deseo sexual en una mujer puede ser por diversos motivos, por lo que es muy difícil afirmar que es por la toma de anticonceptivos hormonales. (Planificación familiar., 2007)

Mito: El tomar pastillas anticonceptivas mientras se está amamantando puede causar diarrea en al lactante.

Realidad: Solo pasan a través de la leche algunas hormonas que son las naturales de la mujer, pero estas no presentan ningún efecto adverso sobre el bebe. (Planificación Familiar., 2007)

Mito: Durante la lactancia materna no se queda embarazada.

Realidad: Solo disminuye la probabilidad, y si la lactancia no es exclusivamente a pecho aumenta la probabilidad de embarazo. (Planificación Familiar., 2007)

Dispositivo Intrauterino.

Mito: El DIU provoca enfermedad inflamatoria pélvica (EIP)

Realidad: El DIU por sí solo no provoca EIP. Provoca la misma cuando al momento de colocarlo la mujer esta con gonorrea o chlamydia que son las que mayormente causan EIP. Esto es muy raro, y cuando se da, se detecta en los 20 primeros días posteriores a la colocación.

Mito: Las mujeres jóvenes y nuligestas no pueden utilizar el DIU

Realidad: No es real, el DIU puede ser utilizado por todas las mujeres sin importar edad, ni paridad. Se debe tener en cuenta que cuando la mujer llega a la menopausia se debe retirar el dispositivo dentro de los 12 meses posteriores. (Planificación Familiar., 2007)

Mito: Es posible que el DIU se desplace a otra parte del cuerpo.

Realidad: Raramente el DIU se desplaza fuera del útero. En la mayoría de los casos donde el DIU se movió fuera de la cavidad uterina ha sido por mala colocación del mismo y se ha detectado dentro de las 6 semanas posteriores a la colocación debiéndose retirar, mediante laparoscopia o laparotomía. (Planificación Familiar., 2007)

Mito: Se debe realizar un descanso del DIU

Realidad: No existe evidencia que avale esto. En el mismo momento que se quiera extraer por su tiempo de expiración, se puede colocar el nuevo. Debe tener en cuenta que si usted elige realizar algún descanso sin utilizar otro método puede quedar embarazada. (Planificación Familiar., 2007)

Mito: El DIU solo se coloca durante la menstruación.

Realidad: Esto no es real, se puede colocar en cualquier momento del ciclo, siempre que se tenga la certeza de que no está embarazada. (Planificación Familiar., 2007)

Mito: El hombre siente el DIU durante las relaciones sexuales.

Realidad: No es real, cuando el DIU está bien colocado. (Planificación Familiar., 2007)

Métodos de Barrera

Mito: Un mismo preservativo puede ser utilizado varias veces.

Realidad: Con respecto al condón masculino y femenino, no es recomendable su reutilización. (Planificación Familiar., 2007)

Mito: La utilización de condones reduce el placer.

Realidad: No existe evidencia acerca de esto y en personas que se han acostumbrado a su uso, refieren no presentar disminución del placer. (Planificación Familiar., 2007)

Mito: Dependiendo del tamaño del pene se puede romper el condón.

Realidad: La textura de látex permite que el condón se adapte al pene. (Planificación Familiar., 2007)

Mito: El uso de 2 condones o más mejora la protección.

Realidad: no existe evidencia que indique esto, por lo general no se recomienda el uso de más de un condón al mismo tiempo ya que por la fricción se pueden romper. (Planificación Familiar., 2007)

Métodos irreversibles

Ligadura Tubárica

Mito: Este método altera la menstruación

Realidad: La mayoría de las bibliografías indican que no se produce ninguna alteración en el ciclo menstrual de la mujer. (Planificación Familiar., 2007)

Mito: Disminuye el deseo sexual

Realidad: Luego de la cirugía la mujer vuelve a su vida normal. En algunos casos lo incrementa ya que no tiene la preocupación de quedar embarazadas. (Planificación Familiar., 2007)

Mito: La ligadura tubárica provoca que la mujer aumente su peso.

Realidad: No se conoce ninguna evidencia que demuestre esto. (Planificación Familiar., 2007)

Mito: Este método solo debe ser utilizado en mujeres de cierta edad y que ya tengan hijos.

Realidad: Cualquier mujer mayor de edad puede realizarse la ligadura tubárica sin importar su paridad. (Planificación Familiar., 2007)

Mito: Se puede revertir este proceso.

Realidad: No se puede revertir, este método es irreversible. (Planificación Familiar., 2007)

Vasectomía

Mito: Con este procedimiento el hombre pierde su capacidad sexual.

Realidad: No. Luego de la vasectomía el hombre puede tener las mismas relaciones sexuales que antes, no interfiere en el deseo ni la eyaculación. (Planificación Familiar., 2007)

Mito: Se extirpan los testículos.

Realidad: No. Solo se bloquean mediante ligadura o cauterización los conductos deferentes, sin tocar los testículos. (Planificación Familiar., 2007)

Métodos Naturales

Mito: Solo parejas con un buen nivel educativo pueden utilizar el método basado en la fertilidad.

Realidad: No es necesario tener ningún nivel educativo para utilizar este método. Solo se debe estar bien informadas y ambos comprometidos con el método, para que de esta manera sea eficaz. (Planificación Familiar., 2007)

Mitos: La mujer durante el período menstrual tiene 0% probabilidad de quedar embarazada.

Realidad: Durante la menstruación es baja la probabilidad de quedar embarazada pero no es cero. Cabe aclarar que el sangrado menstrual no evita ni favorece un embarazo. (Planificación Familiar., 2007)

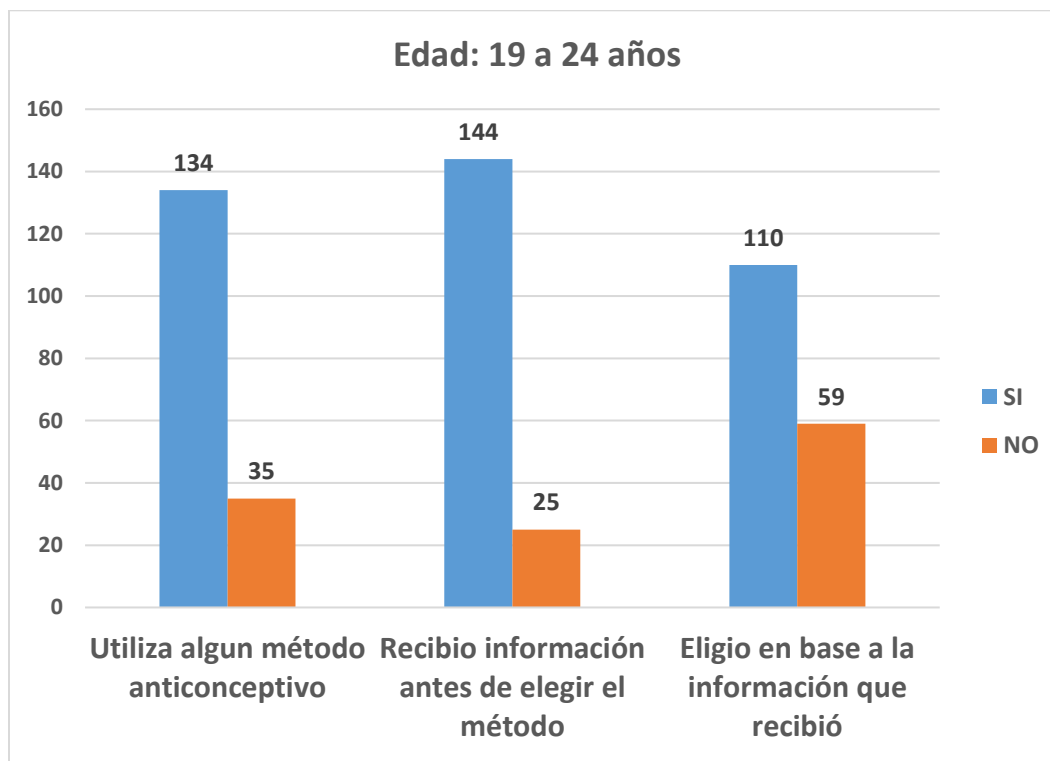
Mito: Utilizando el coitus interruptus, también conocido como marcha atrás o retiro no hay posibilidad de embarazo.

Realidad: La eficacia depende del usuario, si es correctamente utilizado el método; 100 parejas que utilizan el método, 4 quedan embarazadas. Cuando no es utilizado correctamente, de cada 100 parejas, 27 quedan embarazadas. (Planificación familiar, 2007)

CAPÍTULO 9

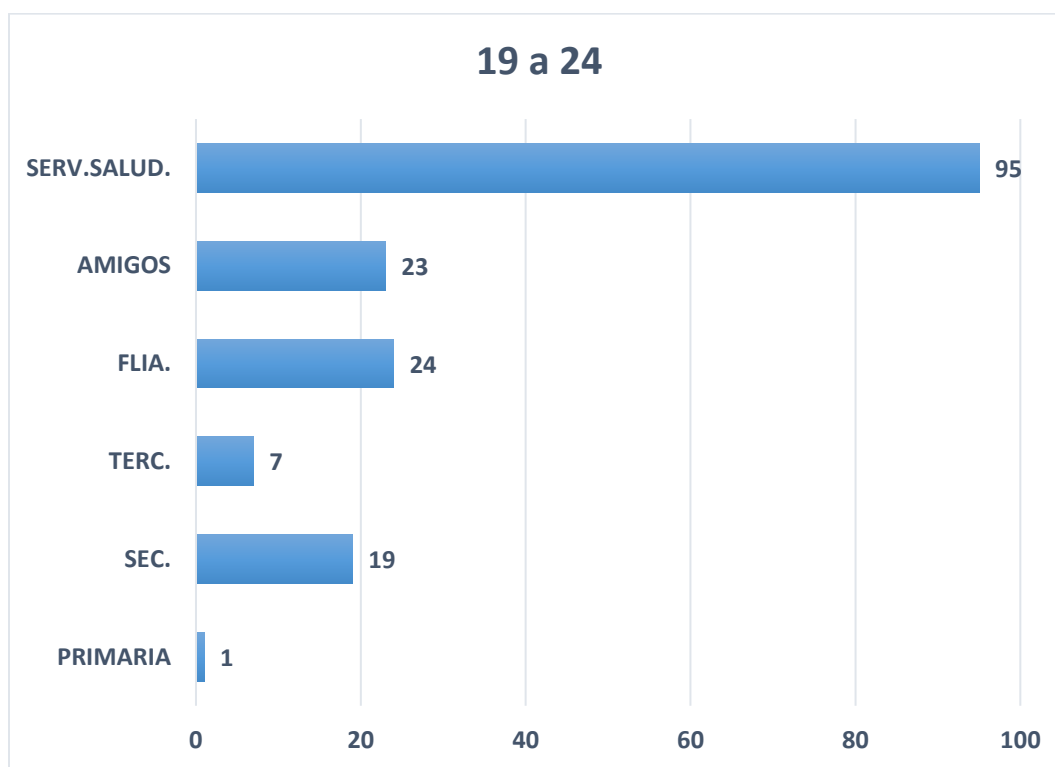
PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

GRÁFICA N° 1



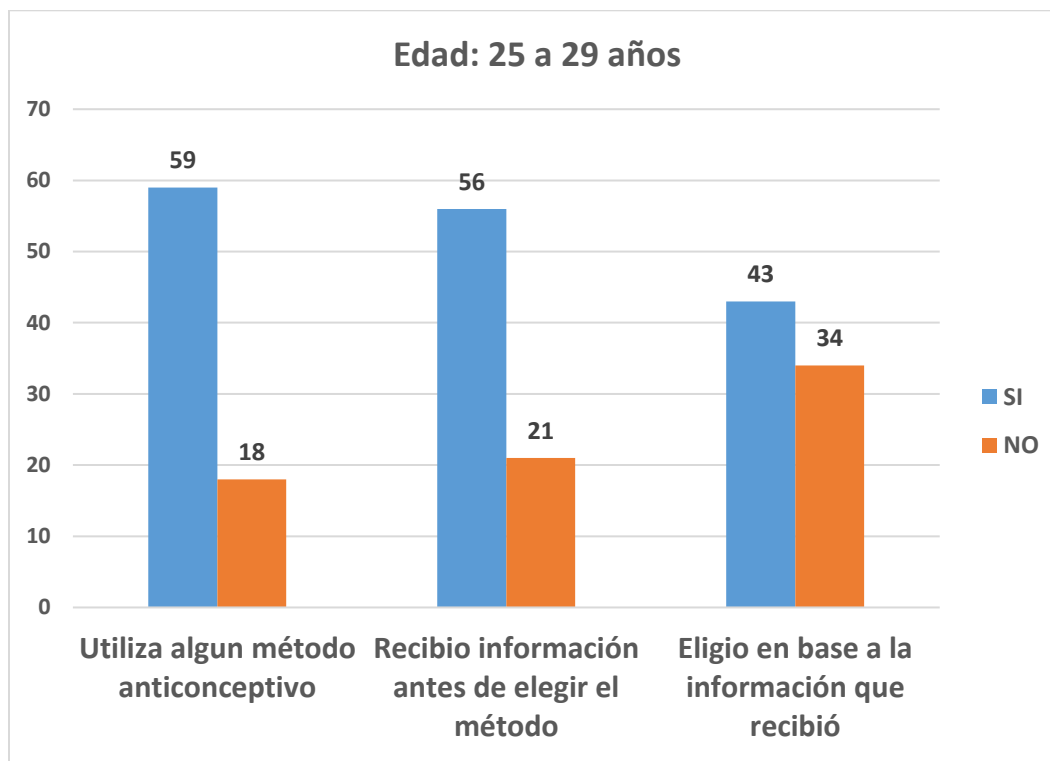
Del total de la muestra en la franja etaria nombrada obtenemos que el 79,2% utilizan algún método anticonceptivo, el 85% recibió información antes de su elección y el 65 % lo eligió en base a la información obtenida durante el asesoramiento.

Fuente de la que recibió la información



Se destaca que el 56,2% la obtuvo del servicio de salud, así como también destacamos que a nivel de la educación primaria y secundaria son porcentajes muy bajos. Desde nuestra profesión se podría implementar talleres en los diferentes centros de educación para poder brindar mayor información y así empoderar desde todos los niveles educativos en salud sexual y reproductiva y los diferentes métodos anticonceptivos.

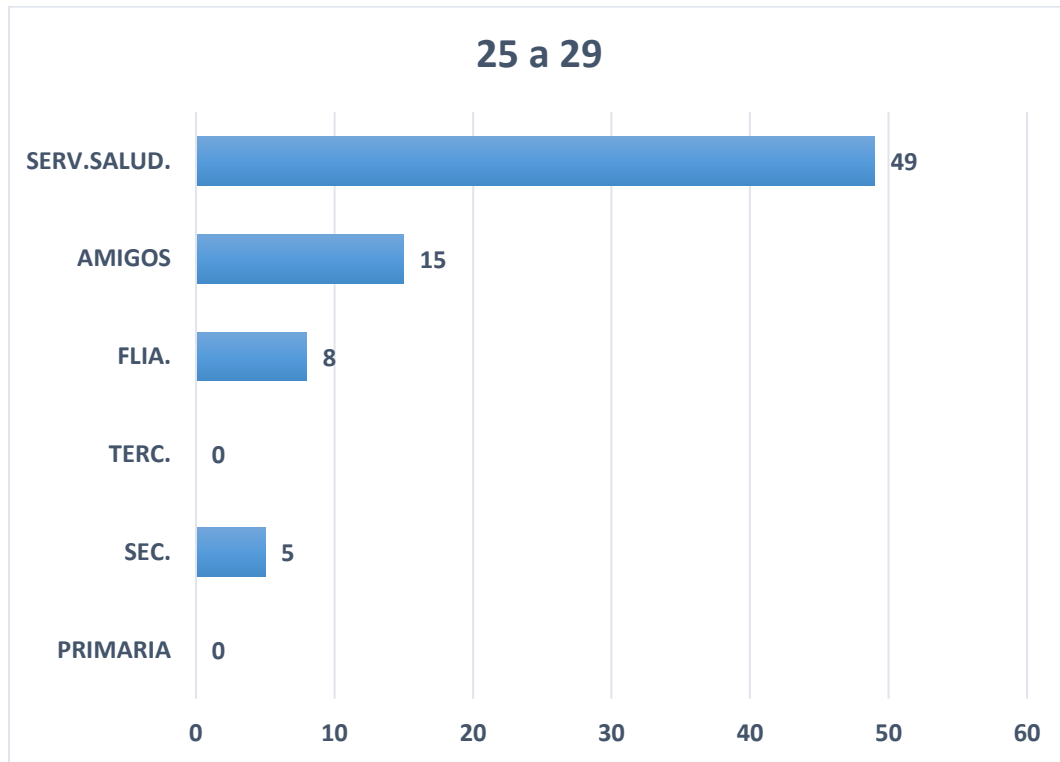
GRÁFICA N° 2



Del total de la muestra en la franja etaria nombrada obtenemos que el 76,6% utilizan algún método anticonceptivo, el 72,7% recibió información antes de su elección y el 56,6 % lo eligió en base a esa información obtenida.

Podemos observar que en este rango de edad se cuenta con una buena adherencia a los métodos anticonceptivos y a la información sobre los mismos, siendo la principal fuente de información los servicios de salud.

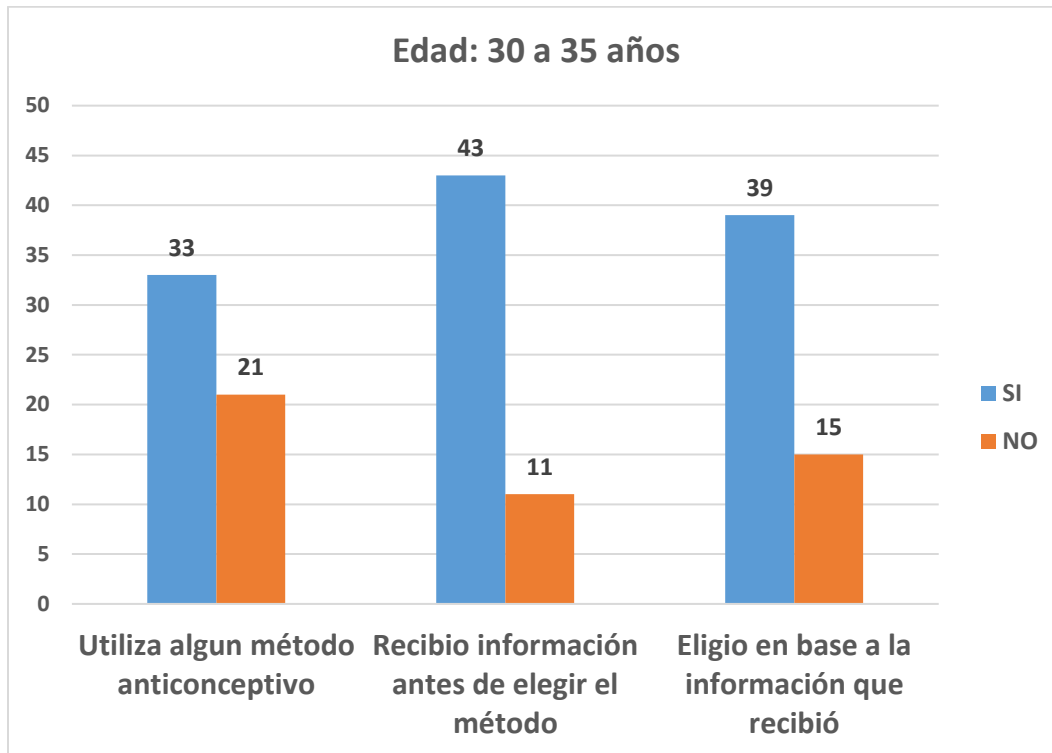
Fuente de la que recibió la información



Se destaca que el 63,6% a la obtuvo del servicio de salud.

A nivel de la educación primaria y terciaria es nula la información que se brinda, lo cual sería una buena oportunidad donde incursionar desde nuestra profesión mediante información ya sea en forma de talleres o folletos con información sobre métodos anticonceptivos, salud sexual y reproductiva y/o lugares de donde obtener información.

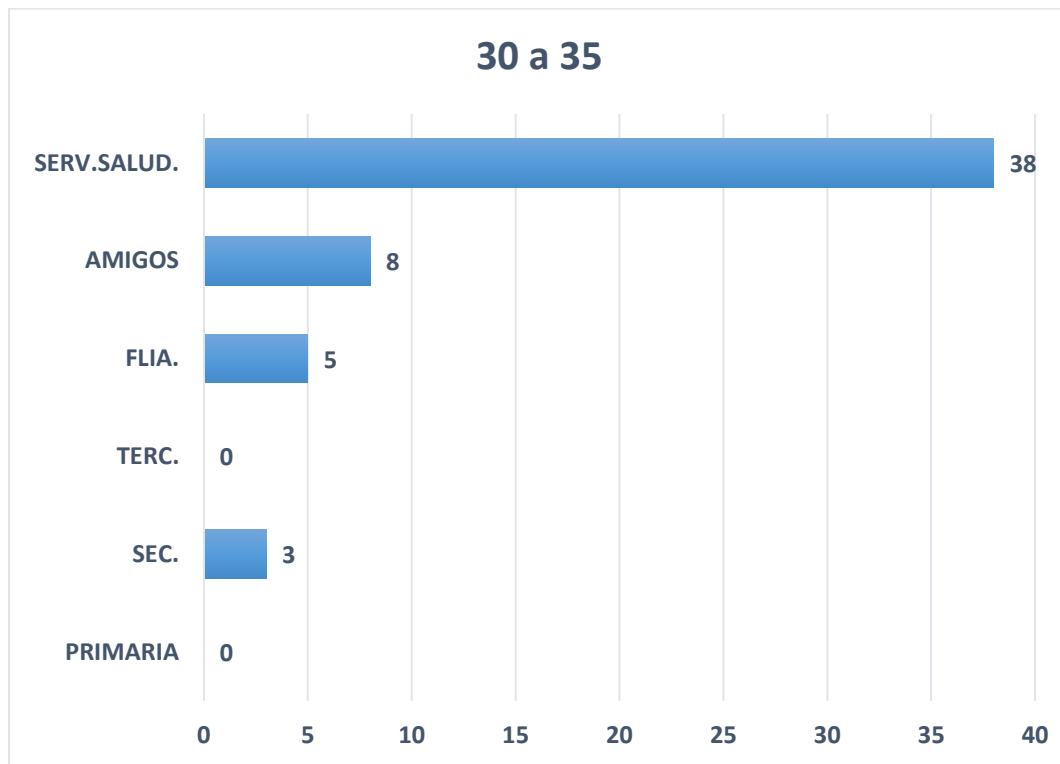
GRAFICA N° 3



Del total de la muestra en la franja etaria nombrada obtenemos que el 61,1% utilizan algún método anticonceptivo, el 79,6% recibió información antes de su elección y el 72,2 % lo eligió en base a esa información obtenida

Podemos observar que en este rango de edad se cuenta con una buena adherencia a los métodos anticonceptivos y a la información sobre los mismos, siendo la principal fuente de información los servicios de salud.

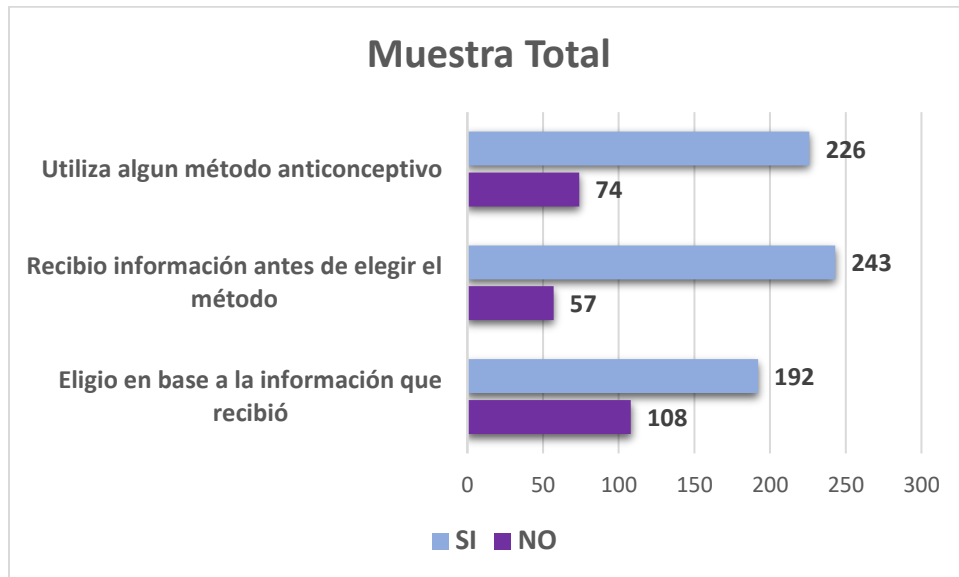
Fuente de la que recibió la información



Se destaca que el 70,3% a la obtuvo del servicio de salud.

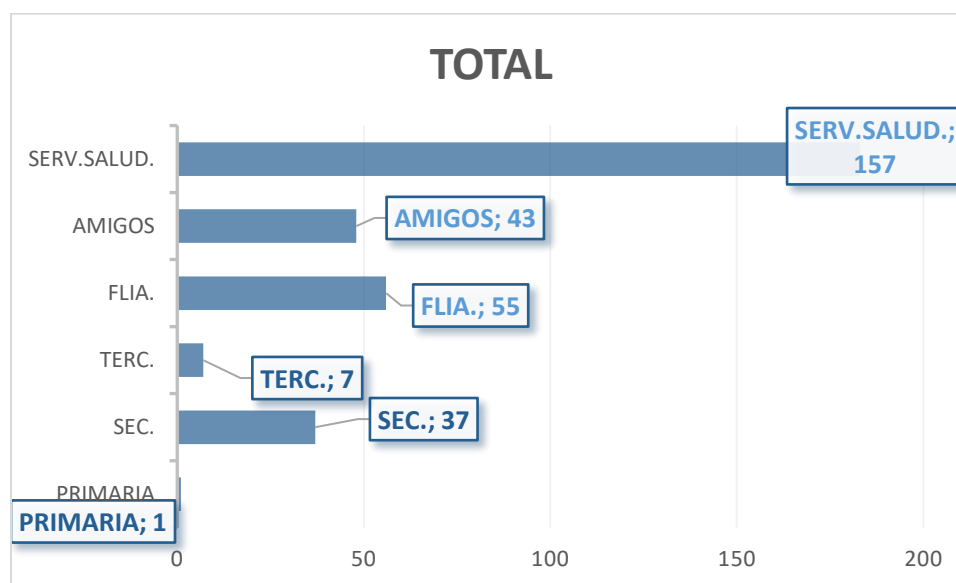
En los 3 niveles de educación es nula la información que se brinda, lo cual sería una buena oportunidad donde incursionar desde nuestra profesión mediante información ya sea en forma de talleres o folletos con información sobre métodos anticonceptivos, salud sexual y reproductiva y/o lugares de donde obtener información.

GRÁFICA MUESTRA TOTAL



En la muestra total de las encuestas obtenemos que el 75,3% de las mujeres en edad reproductiva ideal utilizan algún método anticonceptivo, del total de las encuestadas el 81 % recibió información antes de elegir su método, y el 63,3% de las 300 mujeres eligió el método en base a la información recibida.

Muestra total de las fuentes de las que recibieron la información



Del total de la muestra destacamos que el 52,3% obtuvo la información de los servicios de salud, seguido por el 18,3% que la obtuvieron por algún miembro de su familia, el 14,3% de sus amigos siendo los valores más bajos las que obtuvieron información en los centros educativos, siendo estos porcentajes los siguiente Nivel terciario 2,3%, Nivel secundario 12,3% y Nivel primaria 0,3%.

CAPÍTULO 10

CONCLUSIÓN

Conclusión

De acuerdo con los objetivos planteados para el presente trabajo se concluye que la mayoría de las encuestadas contaban con información previa a la hora de seleccionar el método anticonceptivo a utilizar, siendo esta información proporcionada en un mayor porcentaje por los servicios de salud.

Se partió de una hipótesis en que la elección del método se basa fundamentalmente en la percepción cultural sin individualismos.

Se realizó mediante un estudio cuantitativo, determinando la cantidad de mujeres que cuentan con información, a través de una serie de encuestas que se aplicaron a la población.

Para la recolección de datos realizamos una encuesta anónima con los criterios de inclusión ya mencionados.

Del total de las encuestadas el 75,3% en edad reproductiva ideal utilizan algún método anticonceptivo, el 81% declara haber recibido información al momento de su elección, y el 63,3% eligió en base a la información adquirida.

De las 300 encuestas realizadas en las diferentes salas de espera del Centro Hospitalario Pereira Rossell el 52,3% indican que el principal asesor de información es el servicio de salud, el 18,3% fue proporcionada por algún miembro de su familia, el 14,3% recibió la información de sus amigos.

Los resultados obtenidos de las encuestas nos indican que los centros educativos, son la fuente que menos información proporcionan; Nivel terciario 2,3%, Nivel secundario 12,3% y Nivel primaria 0,3%.

Para poder evaluar correctamente la recopilación de datos dividimos las edades en tres franjas, siendo la primera de 19 a 24 años, 25 a 29 años y de 30 a 35 años.

De esta investigación destacamos que dentro de las diferentes franjas etarias en que se realizaron las encuestas, las mujeres encuestadas que se encuentran entre 19 a 24 años, obtienen los mayores porcentajes en utilización de métodos anticonceptivos, en recibir información antes de elegir el método y en elegir en base a la información que obtuvieron. En las 3 franjas etarias ya mencionadas, predomina el servicio de salud como principal fuente de información.

Concluyendo el análisis del capítulo 7, podemos apreciar que en ASSE hay una gran disponibilidad de métodos anticonceptivos, tanto hormonales, como de barrera, los cuales son distribuidos a demanda en cada centro de salud de todo el país. Resaltando el porcentaje distribuido en el centro hospitalario Pereira Rossell en donde se enfoca nuestra investigación.

La Obstetra Partera como integrante del servicio de salud está capacitada para realizar asesoramiento y educación para la salud integral, dirigida a la mujer, familia y comunidad, y en particular hacia la salud sexual y reproductiva.

Cumple una tarea importante en la orientación y educación sanitaria, en la comunidad. De acuerdo al Rol que cumple la/el Obstetra Partera/o, siendo parte del equipo de salud y con los resultados arrojados en esta investigación, estamos en condiciones de afirmar que la principal fuente de información para las mujeres en edad reproductiva ideal, a la hora de elegir el método anticonceptivo, lo obtuvo por parte de los servicios de salud, dentro del cual la Obstetra Partera es un pilar fundamental en Planificación Familiar conjuntamente con el equipo de salud; cabe destacar que las mujeres pueden haber recibido previamente información sobre métodos anticonceptivos.

Mediante el análisis de las gráficas y desde nuestro rol profesional se podrían implementar diferentes formas (talleres, folletos, etc.) en los distintos niveles de educación y centros de salud para tener más cercanía a toda la comunidad y así un mayor empoderamiento sobre este tema.

Dada la magnitud e importancia de este tema nos plantearíamos incluir a los diferentes sectores de la salud como por ejemplo Plan Aduna, de esta manera estaríamos incluyendo diversos profesionales de la salud, y así aumentaríamos la probabilidad de que las mujeres reciban información y gocen de una libre planificación familiar.

Al finalizar esta investigación surgen ciertas interrogantes:

¿Cuenta el sistema de salud con los recursos profesionales adecuados para satisfacer las demandas de la población en cuanto a información y educación de planificación familiar?

¿Qué repercusión tendrá en la población el nivel de información que proporcionan los medios educativos de nuestros centros?

¿Influye las creencias, la cultura o la fuente de información al momento de elegir el método?

¿Los sistemas educativos están capacitados y cuentan con las herramientas para brindar información sobre estos temas a los estudiantes?

CAPÍTULO 11
BIBLIOGRAFÍA

-

- DRA. ADELA MONTERO V. (2011). ANTICONCEPCIÓN EN LA ADOLESCENCIA. REV. MED. CLIN. CONDES, 1, 67.

- Dr. Juan Díaz. Reprolatina Dra. Leticia Rieppi. Coordinadora Área SSYSR. DPES. DIGESA. MSP. Dra. Magda Chinaglia. Reprolatina Dra. Margarita Díaz. Reprolatina. (2013). MANUAL DE ORIENTACIÓN ANTICONCEPTIVA MÉTODOS TEMPORALES Y PERMANENTES. GUÍAS EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA, 1, 176

- Dra. Silvia Oizerovich. Mitos en Anticoncepción, AMAdA-Asociación Médica Argentina de Anticoncepción. Sitio web: <http://www.amada.org.ar/index.php/comunidad/generalidades/117-mitos-en-anticoncepcion>.

- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., Baptista Lucio, P., (2006). Metodología de la Investigación Cuarta Edición (4° Edición. ed.). México D.F.: Ricardo A. del Bosque Alayón.

- Serrano J.L. Dueñas R. Bermejo C. Colla J.L. Dovala I. Letea J. Martínez-Salmeána J.J. Parrilla. (2005). Actividad sexual e información y uso de métodos anticonceptivos en la juventud española: resultados de una encuesta nacional. ARTÍCULOS ORIGINALES, 1, 283.

- J. Gonzaléz Merlo, E. Gonzaléz Bosquet, J. Gonzaléz Bosquet. (2014). Ginecología. Elsevier España, S.L : MASSON Travessera de Gracia

- María C. Sánchez-Meneses, Rocío Dávila-Mendoza, Efrén R. Ponce-Rosas. (2015). Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en adolescentes de un centro de salud. Artículo original, 1, 38.

- Maribel del Carmen Cabrera Hernández. (2001). Nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos de las pacientes en puerperio de los servicios de maternidad del Hospital Central Universitario "Antonio María Pineda" Abril-diciembre del año 2000. Trabajo de grado para optar al grado de especialista., 1, 69.

- María Neyfeth Posada Morales Bárbara de las Mercedes Mora Espinoza. (2014). Conocimientos previos acerca de métodos anticonceptivos y su relación con conocimientos adquiridos después de una intervención educativa con simulador. *Enfermería Actual en Costa Rica*, 1, 13.

- MSc. Amada Izquierdo Hernández.. (Enero-Marzo 2013). Salud sexual y reproductiva. Enero-Marzo 2013, de SCIELO Sitio web: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192013000100001

- Ministerio de Salud Pública. (Marzo 2010). DEFENSA DEL DERECHO A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA. Septiembre 2010, de IMPO Sitio web: <http://www.impo.com.uy/saludsexual/>

- Ministerio de Salud Pública. (30 Septiembre de 2010). Decreto Salud Sexual y Reproductiva. 30 Septiembre de 2010, de Ministerio de Salud Publica Sitio web: http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/Decreto%20Salud%20Sexual%20y%20Reproductiva.pdf

- Ministerio Salud Publica, M. S. P. (2013). MANUAL DE ORIENTACIÓN ANTICONCEPTIVA MÉTODOS TEMPORALES Y PERMANENTES. GUÍAS EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA, 176.

- M.S.P. (2015). Objetivos y metas sanitarias centrados en las personas, la perspectiva de derechos y los determinantes sociales. Montevideo-Uruguay: Departamento de Comunicación y Salud.

- Organización Mundial de la salud. (25 de septiembre de 2018). Salud de la mujer. 25 de septiembre de 2018, de Organización Mundial de la salud Sitio web: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/women-s-health>

- Ricardo Leopoldo Schwarcz, Rinaldo Fescina y Carlos Duverges. (2005). OBSTETRICIA. Buenos Aires: El Ateneo.

- Tula Zegarra, Susana Chávez, Rossina Guerrero, Luis Távara. (Marzo 2011). Mitos y Métodos anticonceptivos. Marzo 2011, de PROMSEX Sitio web: https://books.google.com.uy/books?hl=es&lr=lang_es&id=ArUI-Vvj-wcC&oi=fnd&pg=PA5&dq=mitos+sobre+metodos+anticonceptivos&ots=WTr0FHf8by&sig=00fAd-CrmqCJE4mDKGT-egWH-ks&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false

- UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA FACULTAD DE MEDICINA ESCUELA DE PARTERAS. Perfil y Competencias de la/ del OBSTETRA-PARTERA/O, ESCUELA DE PARTERAS Sitio web: <http://www.escuparteras.fmed.edu.uy/sites/www.escuparteras.fmed.edu.uy/files/Plan/Perfil%20y%20Competencias%20de%20la-del%20Obstetra-Partera.pdf>

- UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA. Perfil de la Obstetra-Partera. UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA Sitio web: <http://www.universidad.edu.uy/carreras/majorMoreInfo/majorId/436>

CAPÍTULO 12
ANEXO

Encuestas

	EDAD	UTILIZA ALGUN METODO ANTICONCEPTIVO		RECIBIO INFORMACION ANTES DE ELEGIR EL METODO		ELIGIO EN BASE A LA INFORMACION QUE RECIBIO		ACCESIBILIDAD	DE QUIEN RECIBIO INFORMACION						
		SI	NO	SI	NO	SI	NO		PUBL.	PRIMARIA	SEC.	TERC.	FLIA.	AMIGOS	SERV. SALUD.
1															
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															
9															
10															
11															
12															
13															
14															
15															
16															
17															
18															
19															
20															
21															
22															
23															
24															
25															
26															
27															
28															
29															