



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MACHALA
UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA
SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA

TEMA:

**USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN MUJERES DE 14 A
30 AÑOS QUE ACUDEN AL SUBCENTRO DE SALUD
VENEZUELA DE LA CIUDAD DE MACHALA DE JUNIO A
DICIEMBRE DEL 2012.**

AUTORA

JENNY MERCHÁN ESPINOZA

TUTORA

LCDA. LILIAN FLOREANO SOLANO

MACHALA – EL ORO – ECUADOR

2015

CERTIFICACIÓN

LCDA. LILIAN FLOREANO SOLANO

CERTIFICA:

Haber revisado el trabajo de titulación: **USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN MUJERES DE 14 A 30 AÑOS QUE ACUDEN AL SUBCENTRO DE SALUD VENEZUELA DE LA CIUDAD DE MACHALA DE JUNIO A DICIEMBRE DEL 2012.** Cuya autora es la egresada **JENNY MERCHAN ESPINOZA**, la que se encuentra con los requisitos técnicos estipulados por la carrera de Enfermería de la Unidad Académica De Ciencias Químicas y de la Salud por lo que autorizo su presentación.

LCDA. LILIAN FLOREANO SOLANO
DIRECTOR DE TESIS

CESIÓN DE DERECHOS DE AUTORÍA

Yo, **JENNY MERCHAN ESPINOZA**, con numero de cedula **010564580-8**, egresada de la carrera de Enfermería de la Unidad Académica de Ciencias Químicas y de la Salud de la Universidad Técnica de Machala, responsable del presente trabajo de titulación: **“USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN MUJERES DE 14 A 30 AÑOS QUE ACUDEN AL SUBCENTRO DE SALUD VENEZUELA DE LA CIUDAD DE MACHALA DE JUNIO A DICIEMBRE DEL 2012.”** certifico que la responsabilidad de la investigación, resultados y conclusiones del presente trabajo pertenecen exclusivamente a mi autoría, una vez que ha sido aprobado por mi tutora el trabajo de titulación autorizando su presentación.

Deslindo a la Universidad Técnica de Machala de cualquier delito de plagio y cedo mis derechos de autoría a la Universidad Técnica de Machala para que ella proceda a darle el uso que sea conveniente.

JENNY MERCHAN ESPINOZA

C.I.: 010564580-8

AUTORA

RESPONSABILIDAD

Todas las opiniones, criterios, conclusiones, recomendaciones, análisis, estadísticas vertidas en el presente trabajo de investigación es de absoluta responsabilidad del autor.

JENNY MERCHÁN ESPINOZA

AUTORA

DEDICATORIA

Esta tesis se la dedico a Dios quién supo guiarme por el buen camino, mostrándome día a día que con humildad, paciencia y sabiduría todo es posible. Le doy gracias a mis padres Daniel y Catalina por apoyarme en todo momento, por los valores que me han inculcado, y por haberme dado la oportunidad de tener una excelente educación en el transcurso de mi vida, sobre todo por ser un excelente ejemplo de vida a seguir.

A mis hermanos Miguel y Jefferson por formar parte importante de mi vida y por ser fuente de respeto, cariño y apoyo en todo momento. A mi hermana Danielita por contar con su apoyo incondicional y desinteresado, y apoyarme en los momentos más difíciles de mi vida. A mi hijo Danielito quien ha sido y es mi motivación, inspiración y felicidad que me da las fuerzas necesarias para luchar y conseguir mis metas.

JENNY

AGRADECIMIENTO

El presente trabajo de tesis primeramente agradecerte a ti Dios por bendecirme para llegar hasta donde he llegado porque hiciste realidad este sueño anhelado. A mi directora de tesis, Lcda. Lilian Floreano por su esfuerzo y dedicación, quien con sus conocimientos, su experiencia, su paciencia y su motivación se logró que pueda terminar la tesis con éxito.

A la Universidad Técnica de Machala sobre todo a la Escuela de Enfermería por darme la oportunidad de estudiar y ser una profesional, y de manera muy especial al personal que labora en la misma. También agradezco a mi familia ya que con su apoyo incondicional ha sido posible lograr mi meta propuesta.

LA AUTORA

INDICE DE CONTENIDO

Contenido	Página
Portada	
Certificado del tutor	II
Cesión de derecho	III
Autoría	IV
Dedicatoria	V
Agradecimiento	VI
Resumen	1
Introducción	2
Planteamiento del problema	4
Justificación	5
Formulación del problema	6
Sistematización	6
Objetivos	7
Capítulo I	
1. Marco Teórico	8
1.1 Antecedentes	8
1.2 Fundamentación Teórica	11
1.2.1 Metodología Anticonceptiva	11
1.2.2 Métodos Anticonceptivos	11
1.2.3 Factores A Considerar En El Uso De Métodos Anticonceptivos	13
1.2.4 Clasificación De Métodos Anticonceptivos	14
1.2.4.1 Métodos Reversibles	15
1.2.4.2 Barrera	18
1.2.4.3 Mecánico	21
1.2.4.4 Hormonales	22
1.2.4.5 Inyectables	24
1.2.4.6 Irreversibles	26
1.2.5 Cambios Metabólicos Inducidos Por Los Anticonceptivos	29
1.2.6 Efectos Beneficiosos Con Los Anticonceptivos Bien Establecidos	33
1.2.7 Efectos Beneficiosos No Anticonceptivos Controvertidos	37
1.2.7.1 Efectos Secundarios Perjudiciales	39

1.2.7.2 Efectos Secundarios Perjudiciales Subjetivos O Menores	39
1.2.7.3 Efectos Adversos Sobre La Función Reproductiva	42
1.2.7.4 Efectos Secundarios Perjudiciales Mayores Bien Establecidos	43
1.2.7.5 Efectos Secundarios Perjudiciales Mayores Controvertidos	47
Hipótesis	51
Variables	51
Operacionalización De Variables	52
CAPITULO II	53
2.1 Lugar de investigación	53
2.2. Periodo de investigación	54
2.3 Recursos	54
2.4 Universo y muestra	55
2.5 Métodos	56
2.5.1 tipo de investigación	56
2.5.2 Diseño de investigación	56
2.5.3 Método, técnica e instrumento	56
2.5.4 Plan de tabulación, presentación y análisis de datos	57
2.5.5 Procedimiento de recolección de datos	57
CAPITULO III	56
Procesamiento de datos de la fase de investigación	58
Resultados de la fase de intervención	70
Conclusiones	77
Recomendaciones	78
Bibliografía	79
Anexos	82

ÍNDICE DE CUADROS

Contenido	Página
Cuadro N° 1 Edad Relacionada Con La Etnia En Las Mujeres De 14 A 30 Años Asistentes Al Sub Centro De Salud Venezuela De Junio A Diciembre Del 2012.	58
Cuadro N° 2 Edad Relacionada Con El Nivel De Educación En Las Mujeres De 14 A 30 Años Asistentes Al Sub Centro De Salud	59

Venezuela De Junio A Diciembre Del 2012.

Cuadro N° 3 Edad Relacionada Con El Estado Civil En Las Mujeres De 14 A 30 Años Asistentes Al Sub Centro De Salud Venezuela De Junio A Diciembre Del 2012. 60

Cuadro N°4 Edad Relacionada Con Efectos Secundarios (Cefaleas) En Mujeres De 14 A 30 Años Asistentes Al Sub Centro De Salud Venezuela De Junio A Diciembre De 2012. 61

Cuadro N°5 Edad Relacionada Con Efectos Secundarios (Ciclo Menstrual) En Mujeres De 14 A 30 Años Asistentes Al Sub Centro De Salud Venezuela De Junio A Diciembre De 2012. 62

Cuadro N°6 Edad Relacionada Con Efectos Secundarios (Dolor Abdominal) En Mujeres De 14 A 30 Años Asistentes Al Sub Centro De Salud Venezuela De Junio A Diciembre De 2012. 63

Cuadro N°7 Edad Relacionada Con Efectos Secundarios (Incremento De Peso) En Mujeres De 14 A 30 Años Asistentes Al Sub Centro De Salud Venezuela De Junio A Diciembre De 2012. 64

Cuadro N° 8 Edad Relacionada Con Efectos Secundarios (Acné) En Mujeres De 14 A 30 Años Asistentes Al Sub Centro De Salud Venezuela De Junio A Diciembre De 2012. 65

Cuadro N°9 Edad Relacionada Con El Tipo De Métodos Anticonceptivos Natural En Mujeres De 14 A 30 Años Asistentes Al Sub Centro De Salud Venezuela De Junio A Diciembre De 2012. 66

Cuadro N° 10 Edad Relacionada Con El Tipo De Métodos Anticonceptivos Barrera Y Diu En Mujeres De 14 A 30 Años 67

Asistentes Al Sub Centro De Salud Venezuela De Junio A Diciembre De 2012.

Contenido	Página
Cuadro N° 11 Edad Relacionada Con El Tipo De Métodos Anticonceptivos Hormonal En Mujeres De 14 A 30 Años Asistentes Al Sub Centro De Salud Venezuela De Junio A Diciembre De 2012.	68
Cuadro N° 12 Edad Relacionada Con El Tipo De Métodos Anticonceptivos Hormonal En Mujeres De 14 A 30 Años Asistentes Al Sub Centro De Salud Venezuela De Junio A Diciembre De 2012.	69
Índice de cuadros de la fase de intervención	70
CUADRO N° 1 Interés De Los Temas Expuestos Por Parte De Las Usuaris	70
CUADRO N° 2 Claridad De La Exposición	71
CUADRO N° 3 Calidad Del Material Visual Educativo Utilizado En La Charla Educativa.	72
CUADRO N° 4 Calidad Del Ambiente Donde Recibieron La Charla Educativa.	73
CUADRO N° 5 Producto	74
CUADRO N° 6 Evaluación De Las Actividades Ejecutadas	75
CUADRO N° 7 Trato Que Recibieran Las Usuaris Por Parte De La Expositora.	76

RESUMEN

En Ecuador la fecundidad adolescentes ha incrementado notablemente en un 11% determinando a este grupo etario como el de mayor riesgo, en tanto el uso de métodos anticonceptivos con mayor porcentaje de uso en un 32% es la esterilización, seguida del uso de inyección e implante, mientras que en la provincia de El Oro según la temática de anticoncepción en adolescentes de 14-19 años existe una importante brecha entre el conocimiento y el uso de métodos. El 90% conoce algún método moderno, exceptuando los de emergencia, que no son conocidos ni por la mitad de este grupo de edad; el condón femenino. Es así que con estos antecedentes se realizó el siguiente estudio que tuvo como objetivo general: Determinar el uso de métodos anticonceptivos en mujeres de 14 a 30 años que acuden al subcentro de salud Venezuela de la ciudad de Machala de Junio a Diciembre del 2012. Mediante un tipo de estudio descriptivo de corte transversal, la investigación se realizó en tres fases la primera que fue de recolección de la información, en la segunda se intervino con un plan educativo y en la tercera se evaluó el programa educativo mediante el proceso producto e impacto.

Obteniendo los siguientes resultados: la edad de las mujeres que reciben métodos anticonceptivos es de 18-21 años en un 27%, con etnia mestiza el 93%, las que mayor concurrencia son las que tienen un nivel de educación secundaria representada por el 69%, refieren presentar cefalea regular en un 50%, no presenta acné el 61%, dolor abdominal leve en un 50%, con sobre peso representado por el 52%, cambios en el ciclo menstrual en un 47% ausencia, el 11% utiliza coito interrumpido, el 15% preservativo, el 34% inyección, el 8% ligadura.

Se concluye que la explosión demográfica ha dado paso para que la planificación familiar sea una estrategia para el control de la natalidad su uso, va de acuerdo con la condición de salud de la mujer.

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) se define a la Planificación Familiar como un proceso tendiente a armonizar la reproducción humana en el nivel familiar de acuerdo con las necesidades de salud y bienestar de la familia, mediante métodos anticonceptivos (MAC). Los que adquirieron importancia en nuestra época debido a los cambios en la conducta sexual y el crecimiento demográfico e industrial. La Organización Mundial de la Salud define como adolescencia al período entre los 10 y 19 años de la vida en el cual “el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio-económica”(OMS 2014)⁷

A nivel mundial el uso de métodos anticonceptivos ha aumentado, especialmente en Asia y América Latina, pero sigue siendo bajo en África subsahariana. A escala mundial, el uso de anticonceptivos modernos ha aumentado ligeramente, de un 54% en 1990 a un 57% en el 2012. A escala regional, la proporción de mujeres de entre 15 y 49 años de edad que usan algún método anticonceptivo ha aumentado mínimamente o se ha estabilizado entre 2008 y 2012. En África pasó del 23% al 24%; en Asia se mantuvo en 62%, y en América Latina y el Caribe pasó de 64% a 67%; en cada región es notable la variación entre países.(OPS 2014)⁸

En América Latina el 71% de los adolescentes de 15-19 años de edad no utilizan métodos anticonceptivos, debido a ello el 52% es el promedio de embarazos no deseados y el 53% han empezado a tener relaciones sexuales antes de los 19 años. La planificación familiar podría salvar un 30% (150,000 mujeres) de las 500,000 muertes maternas directas, prevenir los 50,000 abortos que ocurren diariamente, mejorar la calidad de vida de muchas mujeres, salvar la vida de millones de niños cada año y

contribuir a disminuir el acelerado crecimiento demográfico en un 30% de acuerdo a datos de la Organización Mundial de la Salud.(OMS 2014)⁷

Según la encuesta ENSANUT existe un descenso paulatino de la fecundidad en el Ecuador. En el período comprendido entre 1975 y 1979, cada mujer en edad fértil tenía en promedio 5,4 hijos. Para el período 2007- 2012, ese número se redujo a 3 hijos. Este comportamiento se mantiene tanto a nivel urbano como rural. Entre las provincias con una menor tasa de fecundidad están Tungurahua, El Oro, Galápagos, Chimborazo y Cotopaxi. En cambio, Morona Santiago se ubica como aquella con una mayor tasa de fecundidad con 5,5 hijos por mujer. En el caso de la fecundidad adolescente (15 a 19 años) se registró un aumento de 11% entre el periodo 1999- 2004 y el 2007-2012. De igual forma, se observa un mayor uso de métodos anticonceptivos en las mujeres con respecto a los hombres. La esterilización femenina es el método más utilizado para evitar tener hijos. Este tipo de práctica se incrementó en alrededor de 8 puntos porcentuales entre el 2004 y el 2012 al pasar del 24,2% al 32,3%. Otros métodos que crecieron en casi cinco puntos fueron la inyección y el implante. Mientras tanto, se redujo el uso de métodos como las pastillas anticonceptivas, el dispositivo intrauterino (DIU) y el método del ritmo.(MSP ECUADOR 2014)⁶

Según esta encuesta el acceso a las herramientas de planificación familiar está relacionado con el nivel económico de las mujeres. Las utilizan el 77,8% de mujeres que pertenecen a los grupos de mayor acceso económico, mientras que el 64% de las mujeres más pobres ya las han incorporado a su vida sexual. El uso de métodos tradicionales en Ecuador es mayor en Carchi, Imbabura, Tungurahua, Bolívar, Chimborazo y Loja.

Con estos antecedentes se realizó la siguiente investigación en el capítulo I se describe la revisión bibliográfica de estudios o antecedentes, en el capítulo II se describieron los materiales y métodos, además de la población sujeto a estudio, en el capítulo III se presenta el procesamiento de datos en cuadros de doble entrada y simples de la fase de investigación e intervención, luego se desarrollan las conclusiones y recomendaciones.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la Provincia de El Oro el programa de cobertura en planificación familiar abarca de acuerdo al Ministerio de Salud Pública alrededor de 738 pacientes, de las cuales las que oscilan entre las edades de 20 a 35 años son 220, que representa el 29,8%, las mismas que por lo general acuden a atención para establecer un programa de planificación de las cuales mayormente utilizan métodos anticonceptivos hormonales como la píldora han usado 72 pacientes que representan el 32.72%, seguido de métodos anticonceptivos inyectables con 54 pacientes que representa 24.54%, los métodos de Barrera como el preservativo con 52 pacientes que representa el 23.63%, los implantes sub dérmicos con 38 pacientes representando el 17.27% y con los métodos naturales como el coito interrumpido con 2 pacientes representando el 0.90%.(MSP ECUADOR 2014)⁶

En el caso del Sub Centro de Salud Venezuela, acuden usuarias las mismas que durante el año 2012 tienen tendencia al uso de anticonceptivo inyectable, aunque en menor grado está el DIU y los implantes sub dérmicos. El uso de los anticonceptivos ha sido la causa de muchas controversias, una de ellas es la presencia de efectos secundarios en las mujeres que ingieren anticonceptivos ya que están relacionados con efectos leves como son: retención de líquidos, cloasmas, problemas hepáticos, cambios psicológicos, pero el mayor efecto, es aquel que produce a largo plazo como son hiperplasia endometrial, infertilidad, cáncer de útero, lo que está ligado probablemente al consumo inadecuado de los anticonceptivos. Se ha observado que a la fecha no se ha podido solucionar el problema de los efectos secundarios por el uso indiscriminado de los anticonceptivos orales, sin control médico, sin tener idea sobre las consecuencias futuras que pueden ocurrirle. Se visualiza por lo tanto que el desconocimiento sobre el uso de los anticonceptivos es una de las causas de la presencia de efectos secundarios.

JUSTIFICACIÓN

Los efectos de la reproducción no deseada y una sexualidad ejercida en forma irresponsable afectan proporcionalmente más a los sectores de menor nivel socioeconómico porque no todas las mujeres tienen el mismo nivel de conocimiento ni de acceso a ellos. El presente proyecto muestra una problemática que es el embarazo en adolescentes siendo la causa, un conocimiento inadecuado de los Métodos Anticonceptivos, lo cual es muy importante para personas que inician una vida sexual a muy temprana edad.

Por ello uno de los objetivos es identificar el nivel de conocimiento de los Métodos Anticonceptivos sobre su uso en los adolescentes según sexo, religión, grado de instrucción, para ver cuánto saben sobre el tema y evitar las consecuencias. Las beneficiarias de este programa investigativo serán 120 usuarias que acuden a la consulta externa del subcentro de salud Venezuela de la ciudad de Machala.

Con el desarrollo de este trabajo investigativo se logrará impartir educación sobre métodos anticonceptivos tales como orales e inyectables mejorando así los conocimientos de las usuarias que acuden a la consulta externa del Subcentro de salud Venezuela de la ciudad de Machala, logrando que esta parte de la población, informadas y concientizadas puedan disfrutar de una vida sexual y reproductiva saludable, que permita mejorar los estilos de vida de la población.

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

- ¿Cuál es el uso de métodos anticonceptivos en mujeres de 14 a 30 años que acuden al subcentro de salud Venezuela de la ciudad de Machala de Junio a Diciembre del 2012?

SISTEMATIZACIÓN

- ¿Cuáles son las características individuales de las usuarias que acuden a consulta externa en el Subcentro de Salud Venezuela del Cantón Machala?
- ¿Qué efectos secundarios provoca el uso de métodos anticonceptivos en las usuarias que acuden a consulta externa en el Subcentro de Salud Venezuela del Cantón Machala?
- ¿Qué tipo de métodos anticonceptivos usan las usuarias que acuden a consulta externa en el Subcentro de Salud Venezuela del Cantón Machala?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Determinar el uso de métodos anticonceptivos en mujeres de 14 a 30 años que acuden al Subcentro de salud Venezuela de la ciudad de Machala de Junio a Diciembre del 2012.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar las características individuales de las usuarias que acuden a consulta externa en el Subcentro de Salud Venezuela del Cantón Machala.
- Identificar los efectos secundarios por el uso de métodos anticonceptivos en las usuarias que acuden a consulta externa en el Subcentro de Salud Venezuela del Cantón Machala.
- Determinar el tipo de métodos anticonceptivos que usan las usuarias que acuden a consulta externa en el Subcentro de Salud Venezuela del Cantón Machala.
- Desarrollar un programa educativo para mejorar los conocimientos sobre anticonceptivos en las mujeres que acuden a consulta externa en el Subcentro de Salud Venezuela del Cantón Machala.

CAPITULO I

1. MARCO TEÓRICO

1.1 ANTECEDENTES

En un estudio que se tuvo como objetivo general; Conocer la práctica sexual de los adolescentes en la comuna de Temuco, uso de anticonceptivos, razones de no uso y factores relacionados. Mediante un estudio de corte transversal. y un muestreo por conglomerados, estratificando proporcionalmente por tipo de establecimiento en 698 estudiantes. Aplicando un cuestionario de encuesta anónimo y auto administrado. Se obtuvieron los siguientes resultados; El 35,4% manifiesta haber tenido alguna vez relaciones sexuales, la edad de inicio promedio en mujeres fue 15,5 años y en hombres 14,3 ($p=0,000$), de éstos el 37% manifiesto haber usado un método en su primera relación sexual. El 17% de los estudiantes refiere actividad sexual actual, 41,9% en mujeres y 58,1% en hombres, diferencias significativas ($p=0,013$); de este grupo, el 51,2% usa algún método anticonceptivo ($p=0,000$). Entre las razones de no uso destacan: relaciones sexuales imprevistas, "no se le ocurrió", vergüenza de solicitarlos en farmacias o consultorios y falta de dinero para adquirirlos, falta de conversación con la pareja y percepción de invulnerabilidad frente a un embarazo. Se concluyó que; Se observa tendencia a la disminución del inicio precoz de las relaciones sexuales; asimismo ausencia de protección anticonceptiva en la primera relación sexual. El uso de métodos anticonceptivos es mayor a lo reportado en otros estudios chilenos; factores relacionados con la pareja y la conversación con profesionales de salud se asocian al uso, mostrando el rol de los agentes de salud en la prevención de riesgos en la salud sexual y reproductiva.(FETIS 2009).¹

Otro estudio realizado en Chile nos señala que en Enero del año 2010 se aprobó en Chile la ley 20.418 que restableció la entrega de la anticoncepción de emergencia (píldora del día después) en el servicio público de salud del país, luego de que su distribución fuese prohibida por el Tribunal Constitucional en el 2007. A más de un año de la entrada en vigencia de la ley, el Ministerio de Salud publicó datos oficiales acerca de la entrega de este método anticonceptivo para el año 2010, lo que abre nuevas posibilidades para comprender los niveles de accesibilidad y de demanda. El presente trabajo analiza por primera vez la estructuración de dicha demanda en el Sistema Nacional de Servicios de Salud, evaluando la incidencia de tres variables socioeconómicas: el estatus económico, el nivel de educación y la zona de residencia. Los resultados muestran que la tasa media de consultas por anticoncepción de emergencia en mujeres de 15 a 44 años fue de 2,53 consultas por cada mil mujeres en edad fértil. Esta tasa llega a 4,27 en mujeres adolescentes de entre 15 y 19 años, y sólo a 2,1 en mujeres de 20 a 44. Los mayores niveles de demanda se sitúan en las comunas con indicadores socioeconómicos deficientes, esto es, alto porcentaje de población comunal con un ingreso autónomo bajo, importante proporción de personas sin educación secundaria completa, y un alto porcentaje de población residente en zonas rurales. (MORAN 2009)³

Un estudio realizado en España nos señala que el uso de métodos anticonceptivos está en relación, entre otros, con factores demográficos, sociales, económicos, educativos e ideológicos. El objetivo de este trabajo es conocer qué métodos anticonceptivos conocen las mujeres en edad fértil, así como la prevalencia de su uso. A partir del listado de tarjeta sanitaria se seleccionaron mediante muestreo sistemático 389 de las 5800 mujeres en edad fértil (15-45 años) asignadas a un centro de salud. Previo envío de una carta, comunicando el motivo del estudio, se contactó telefónicamente con ellas para la realización de una encuesta, la cual incluía preguntas acerca del conocimiento y uso de métodos anticonceptivos, características socioculturales y actividad sexual. Las mujeres que no tenían teléfono fueron citadas en el centro de salud. Se contactó con 178 mujeres, de las que participaron 166 (tasa de respuesta de 42,7%). De ellas utilizaban algún método anticonceptivo 86 (51,8%; IC:44,2-59,4%). Sin embargo, entre mujeres con riesgo de embarazo no deseado, la prevalencia de uso era del 70,5% (IC: 62,4-

78,6%), destacando el hecho de que en el grupo de mujeres de 40 a 45 años sólo utilizaran anticonceptivos el 45,4%, con una frecuencia significativamente inferior a los otros grupos de edad. Los métodos más conocidos eran el preservativo (90,4%), los contraceptivos orales (89,2%) y el dispositivo intrauterino (78,3%), siendo escaso el conocimiento de otros métodos. La tasa de utilización de métodos anticonceptivos en mujeres con riesgo de embarazo no deseado es aceptable, si bien entre 40 y 45 años es llamativamente baja. Los métodos más conocidos son el preservativo, los contraceptivos orales y el dispositivo intrauterino. (MORATO 2008)⁴

Revisando también se encontró con este estudio que tuvo como Objetivo: conocer el uso actual de anticonceptivos en las participantes, las razones de abandono o cambio de método, las características ideales de un anticonceptivo, los imaginarios y las percepciones con un nuevo método de planificación familiar. Se llevaron a cabo 4 grupos focales que incluyeron a estudiantes de diversas carreras de una universidad privada y una universidad pública, entre las cuales se seleccionaron mujeres profesionales y amas de casa. El muestreo fue por conveniencia y en bola de nieve. Los datos recogidos a través de los grupos focales fueron grabados, transcritos manualmente y analizados con una respectiva de análisis de la conversación. Las mujeres consideraron que la elección anticonceptiva depende de la facilidad de compra o de que la empresa promotora de salud lo provea. Entre los factores determinantes para la selección se identificaron: eficacia, efectos secundarios, posibilidad de olvido y regularidad menstrual. El anticonceptivo ideal se describió como aquel que fuera seguro, eficaz, de poca recordación, de fácil uso y que no aumente de peso ni produzca amenorrea. Asimismo, se identificaron muchos mitos con el uso de los métodos hormonales. el personal de salud durante la consejería debe desmitificar el uso de algunos métodos, informando verdaderos mecanismos de acción, efectos esperados y secundarios, para mejorar la adherencia. (GOMEZ 2008)²

1.2 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

1.2.1 METODOLOGÍA ANTICONCEPTIVA

Para hablar de metodología anticonceptiva es necesario partir de la definición de planificación familiar que durante mucho tiempo ha sido la causa de muchas controversias. Sin embargo podemos decir que la planificación familiar es una decisión libre, consciente y voluntaria de la persona y/o pareja, para determinar el número de hijos que desean tener y cada cuanto tiempo, que es necesario conocer que existen los métodos anticonceptivos para prevenir embarazos no deseados (MOUNTAIN 2012).⁵

1.2.2 MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Un método anticonceptivo es cualquier forma de impedir la fecundación o concepción al mantener relaciones sexuales. También se llama contracepción o anticoncepción. Los métodos anticonceptivos son una forma de control de la natalidad.

Existen muchas razones que nos pueden llevar a utilizar algún método de control sobre la fertilidad, entre ellas tenemos las siguientes:

- Para dar tiempo a la adaptación psicológica y sexual de la pareja.

Toda pareja necesita un tiempo para conocerse e ir ajustándose tanto emocional como sexualmente uno al otro. El disfrute pleno de la sexualidad compartida requiere tiempo. Los temores y preocupaciones ante un posible embarazo pueden obstaculizar este proceso.

- Para evitar el nacimiento de hijos no deseados.

La maternidad y la paternidad son una opción. La decisión de optar por ellos conlleva una responsabilidad muy grande que requiere todo un cambio en nuestras vidas. Para ello debemos estar preparados (as) y dispuestos (as) a asumirla. Todo hijo o hija necesita crecer sanamente, y por eso sólo es posible si vive en un ambiente de aceptación y de seguridad emocional y económica. Es muy importante que su llegada haya sido realmente esperada.

- Para permitirnos más oportunidades de realización personal.

Muchas veces, un embarazo puede interrumpir la realización de proyectos tan importantes como estudiar o crecer laboralmente. Por eso, muchas parejas sienten la necesidad de planear el nacimiento de los hijos de manera que no interfieran con otros de sus proyectos esenciales.

- Para evitar riesgos de salud.

En el caso de algunas mujeres que tienen problemas de salud (como padecimientos del corazón, riñones, diabetes, presión alta, etc.) el embarazo y el parto pueden ser peligrosos, empeorándoles su salud o incluso causándoles la muerte. También el embarazo en jóvenes adolescentes puede ser riesgoso, pues sus cuerpos en desarrollo aún no están totalmente preparados para enfrentar una tarea tan grande.

- Para espaciar los embarazos.

Los embarazos muy seguidos (antes de dos años) no le permiten a la mujer recuperarse completamente del parto anterior. Esto puede afectar la salud de la madre y la del bebé. También es importante que la madre y el padre tengan tiempo para cuidar y amar a su hijo (a) recién nacido (a), sin la preocupación de un nuevo embarazo.

- Para evitar el nacimiento de niños (as) con defectos.

La edad recomendada para el embarazo de una mujer es antes de los 35 años, después de esta edad se corre el riesgo de tener hijos (as) con algún defecto. También el hombre o la mujer pueden ser portadores de enfermedades hereditarias.

- Para tener el número de hijos (as) deseados.

Los métodos anticonceptivos permiten a la mujer y al hombre decidir cuántos hijos (as) desean tener.

1.2.3 FACTORES A CONSIDERAR EN EL USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Viabilidad

¿Puede el método llevarse a cabo sin una prescripción, visita al médico o, en el caso de menores, consentimiento paterno?

Costo

¿Es el método razonable para el individuo o pareja? Puede probarse la utilidad, para sopesar el costo de si el individuo o la pareja pueden afrontar un embarazo no deseado.

Eficacia

Para evaluar la efectividad es importante tener en cuenta las estadísticas más que la eficacia teórica. La eficacia se expresa como el número de embarazos observados en 100 mujeres usando ese método en un período de un año (es decir, embarazos por cada 100 mujeres en 1 año de uso).

Embarazo no planificado

La importancia de un embarazo no planificado debería considerarse por el individuo o pareja cuando se elige un método de contracepción. Si el efecto de un embarazo no planeado se considera potencialmente catastrófico, debería elegirse un método altamente efectivo. En cambio, si una pareja simplemente desea aplazar el embarazo pero siente que el embarazo puede ser bienvenido si ocurre más temprano que lo planificado, un método menos efectivo puede ser una elección adecuada.

Riesgo para la salud

La seguridad potencial de los diferentes métodos de contracepción debería evaluarse para cada usuario. Algunos métodos de control de la natalidad no pueden ser opciones válidas, a causa de sus riesgos para la salud (por ejemplo, los anticonceptivos orales normalmente no son recomendados para mujeres de más de 40 años).

Inclusión de la pareja

Es importante tener en cuenta la disposición de la pareja a aceptar, colaborar o aportar un método determinado de contracepción antes de decidirse por uno en concreto. Puede ser conveniente, incluso, reconsiderar la elección para iniciar o continuar una relación sexual con una pareja mal dispuesta a tomar un papel sustentador y activo en la contracepción.

1.2.4 CLASIFICACIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

1.2.4.1 MÉTODOS REVERSIBLES

Naturales

Ventajas: No posee efectos secundarios. Promueve la comunicación de pareja. No causa riesgos en el futuro reproductivo

Desventajas: Alta tasa de fallas (20%). Requiere compromiso y cooperación.

Falla por confusión o desconocimiento

Ritmo calendario

Consiste en determinar los días fértiles del ciclo menstrual, lo cual corresponde a aquellos días en que puede estar presente la ovulación. Se deben considerar los siguientes aspectos:

Requiere registrar los periodos menstruales para realizar el cálculo (mínimo 6 consecutivos). El periodo correspondiente al ciclo menstrual en que no se pueden tener relaciones se denomina periodo fértil. Tener en cuenta que el óvulo puede ser fecundado 12 a 24 horas de sucedido la ovulación. Pero el espermatozoide tiene una viabilidad de 48 a 72 horas. Es aplicable solo para mujeres con periodos regulares. Referenciar siempre como el primer día del ciclo menstrual el día que inicia la menstruación.

Formula: Restar 18 días al ciclo más corto para obtener el primer día de fertilidad. Restar 11 días al ciclo más largo para calcular el último día de fertilidad.

Ejemplo:

26 días del ciclo cortó – 18 días = 8 días

30 días del ciclo largo - 11 días = 19 días

Los días fértiles corresponden al periodo comprendido entre el día 8 y el 19 del ciclo menstrual, en los que no se pueden tener relaciones. No confundir con días calendario No es aplicable a mujeres con ciclos irregulares o en aquellas cuyo ciclo largo excede 10 días al corto. Es frecuentemente utilizado en nuestro medio con una alta tasa de fallas.

Temperatura basal

Este método tiene como fundamento el incremento de la temperatura corporal después de la ovulación. El ascenso oscila entre 0.2 a 0.5 grados y es debido a la liberación de progesterona. Es de destacar que 12 a 24 horas de la ovulación la temperatura corporal puede bajar levemente.

Modo de registro: La temperatura debe tomarse todas las mañanas a la misma hora preferiblemente antes de levantarse y sin haber ingerido alimentos o bebidas. Se debe tomar la temperatura oral, rectal o vaginal, pero siempre en el mismo lugar. El tiempo de toma debe ser no menor a 3 minutos. Una vez sucedido el ascenso de la temperatura requiere de 3 días de abstinencia sexual. 72 horas después del ascenso pueden tenerse relaciones hasta el inicio del periodo menstrual. En el 15% de las mujeres el ascenso es lento, lo cual puede confundir a sus usuarias. La fiebre puede confundir la aplicabilidad de este método.

Deben abstenerse de este método en las siguientes circunstancias: Periodos de estrés, Ingestión de bebidas alcohólicas, Toma de medicamentos, Viajes.

Moco cervical

Este método se basa en la identificación de las características adquiridas por el moco cervical en el periodo ovulatorio.

El moco ovulatorio es: cristalino, elástico, resbaloso, abundante lubricante, Apariencia similar a la "clara de huevo" Estos cambios son considerados "días húmedos" o fértiles.

La ovulación coincide con la desaparición de estas características, adquiriendo el moco un aspecto grueso, denso y viscoso (días secos). Se deben restringir las relaciones sexuales entre 2 días antes y 4 después de la aparición del moco ovulatorio.

Evitar relaciones durante la menstruación cuando los ciclos son muy cortos. La ovulación podría darse antes de terminar el sangrado. Los flujos vaginales dificultan el reconocimiento del moco cervical en la fase ovulatoria. Se recomienda en los días secos tener relaciones interdiarias para que las características del semen no sean confundidas con el moco.

Coito interrumpido

Consiste en retirar el pene de la vagina antes de la eyaculación, evitando el depósito de este dentro de la misma. Pueden presentarse espermatozoides viables en el líquido seminal que sale antes de la eyaculación, cuando se han tenido eyaculaciones previas hasta 3 días antes. Por ello su uso correcto exige actividad sexual cada cuarto día.

Causas principales de falla: Escape de semen antes de la eyaculación. Retiro tardío del pene. Caída de semen en los genitales externos de la mujer. No es recomendable para aquellos hombres que no tienen un adecuado autocontrol.

Sintotermico

Es la combinación de los métodos donde existe una indicación de la fase ovulatoria. Integrando el método del ritmo, moco cervical y temperatura basal.

Lactancia prolongada

Los niveles altos de Prolactina (Hormona que facilita la lactancia), inhiben la ovulación.

Recomendaciones: Requiere de lactancia al recién nacido con periodicidad mínimo de tres horas.

No posee fecha definida de protección, aun cuando exista frecuencia y tiempo adecuado de lactancia. Sin embargo si hay una lactancia exclusiva, permanente y sin menstruación, puede haber una protección del 98% en los primeros 6 meses posparto, la ovulación puede presentarse antes de la primera menstruación posparto, haciéndola poco confiable. Es aconsejable recibir orientación posparto a realizarse 30 o 40 días del nacimiento. A fin de complementarse con un método que no interfiera con la lactancia.

1.2.4.2 BARRERA

Corresponde a aquellos métodos que de manera mecánica obstruyen el paso de los espermatozoides o de manera química afectan la motilidad o vitalidad espermática evitando la fecundación.

PRESERVATIVO

Es un anticonceptivo para uso masculino el cual es fabricado por latex muy delgado y resistente.

Tamaños: Clase I (180mm de largo x 52mm de ancho). Clase II (160mm de largo x 49mm de ancho).

Indicaciones para su uso adecuado: No lo infle y no lo estire. No debe desenrollarse completamente antes de ponérselo. Debe colocarse desde el inicio de la penetración, pues debe estar presente durante todo el acto sexual. Si no está presente desde el comienzo serian aplicables las consideraciones indicadas en el coito interrumpido. Se desenrolla sobre el pene en erección cubriéndolo totalmente hasta su base. Se deja un espacio pequeño sin aire en la punta para recolectar el semen en la eyaculación. Durante el acto sexual debe verificarse periódicamente que el condón este cubriendo hasta la base, alertando que no se haya retraído. Una vez suceda la eyaculación debe cogerse por su base y retirar el pene antes que pierda erección. Debe usarse un condón por cada relación sexual. Tener cuidado de no romperlo.

Esto puede suceder en las siguientes circunstancias: El condón tiene fecha de vencimiento. Este podría romperse sí está vencido pues pierde su lubricación. El empaque no debe ser rasgado con uñas o dientes. Es sensible a la luz y/o calor y/o humedad excesivos. El látex puede porosearse al contacto con lubricantes derivados del petróleo como vaselina, aceites o crema de manos. Pero si es requerido puede usarse glicerina o los espermicidas en cualquiera de sus presentaciones. El condón previene el embarazo en el 85% de los casos al usarse correctamente. Si se asocia con espermicidas se aumenta al 93%.

Ventajas: Bajo costo. Fácil uso. Se consigue fácil. Protege contra enfermedades de transmisión sexual.

Desventajas: Ocasionalmente reacciones alérgica. Ocasionalmente se aluda insatisfacción sexual por disminución de la sensibilidad o interrupción de las caricias para colocarlo.

Diafragma

Aro flexible recubierto de látex en forma de copa para uso femenino. El tamaño es determinado por su diámetro. El cual oscila entre 50mm y 150mm, siendo los diámetros más usados entre 70 y 80 mm. Requiere asesoría médica para determinar el tamaño adecuado y entrenamiento para su aplicación. Se coloca en el fondo de la vagina cubriendo el cuello del útero contactando con las paredes laterales de la vagina. Debe asociarse a un espermicida en jalea para mejorar su efectividad (96%).

Condiciones para su uso: Colocar hasta 6 horas antes de su uso. Como se asocia a espermicida, si no se presenta la relación en las dos horas siguientes requiere espermicida adicional. El espermicida debe colocarse en las dos caras del diafragma. No debe retirarse antes de 6 a 8 horas después de la relación y no deben practicarse duchas o baños vaginales antes de este tiempo. No es recomendable dejarlos por más de 24 horas. Por cada relación sexual debe aplicarse nueva dosis de espermicida. El diafragma una vez usado puede lavarse con agua tibia y jabón. Debe guardarse en un sitio fresco. Puede reutilizarse por 2 o 3 años.

Ventajas: No interfiere en el coito. Posee lubricación adicional.

Desventajas: Requiere entrenamiento por el personal de salud para enseñar su uso correcto. Es relativamente difícil de insertar y colocar correctamente.

- Aumenta la incidencia de infección urinaria por compresión uretral.
- Especialmente si el tamaño no es el adecuado.

Contraindicaciones: Prolapso uterino. Vagina poco tónica. Grandes desgarros perineales. Fístulas. Severas retroversiones o anteversiones uterinas.

Posparto inmediato. Alergia al látex o espermicidas. Aversión psicológica.

Inhabilidad para aprender su uso correcto.

Espermicidas

Sustancias químicas que afectan la motilidad o vitalidad del espermatozoide.

Presentaciones comerciales: Tabletas vaginales, Óvulos vaginales, Jaleas,

Cremas

Forma de uso: Se coge la tableta u óvulo con el dedo índice y medio, introduciéndolos profundamente en la vagina. No confundir los óvulos vaginales con aquellos usados para el tratamiento de los flujos vaginales. El espermicida debe decir "Anticonceptivo". Debe colocarse 10 minutos antes de la relación sexual y repetir su postura si no se tiene dicha relación en las primeras dos horas. No realizar lavados o duchas vaginales antes de 8 horas postcoital. Posee un 85% de seguridad, pero asciende al 96% cuando el compañero usa condón.

Ventajas: No necesita prescripción médica. Prácticamente inofensivos. No requiere entrenamiento para su uso.

Desventajas: Alergias. Baja efectividad.

1.2.4.3 MECÁNICO

Dispositivo intrauterino

Pequeños elementos de plástico flexible con aleaciones de cobre u hormonas que se colocan dentro del útero o matriz.

Mecanismo de acción: Impide que los espermatozoides fecunden el ovulo alterando la capacitación espermática, Altera la estructura del endometrio por inflamación, Altera la estructura del moco volviéndolo inadecuado para la progresión espermática, Debe aplicarse por personal entrenado. Preferiblemente en el segundo día de la menstruación o 40 días postparto. Si se coloca postaborto debe verificarse que no presente infección previa. Es aceptado su uso hasta por 10 años.

Ventajas: Alta efectividad (96%). No requiere entrenamiento por la usuaria.

Puede usarse por 8 años con controles periódicos mínimo una vez al año.

Bajo costo. No tiene efecto sobre el peso o metabolismo de la usuaria. No afecta la lactancia. Puede extraerse cuando sea deseado. Desventajas: La usuaria requiere ser seleccionada por el médico. El sangrado menstrual puede ser más abundante. Mayor riesgo de enfermedad pélvica inflamatoria.

Contraindicaciones: Embarazo sospechado o conocido. Sangrado vaginal no diagnosticado. Proceso maligno ginecológico. Infección pélvica. Anomalías congénitas del útero. Endometritis. Estenosis cervical severa. Trastornos hematológicos o de coagulación. Antecedente de embarazo ectópico. Mujeres promiscuas. Indicaciones para su extracción: Puede retirarse a solicitud de la usuaria, preferiblemente con la menstruación. Cuando existe dolor pélvico o cólicos intensos. Sangrado menstrual excesivo. Enfermedad pélvica inflamatoria. Desplazamiento del dispositivo en la cavidad uterina. Embarazo (requiere manejo a criterio del ginecólogo). Procesos malignos en cuello uterino o matriz. Menopausia (esto debido a que su acción ya no es necesaria).

1.2.4.4 HORMONALES

Anticonceptivos orales

Estos están compuestos por dos hormonas los estrógenos y los progestágenos. Los estrógenos han disminuido su concentración de manera significativa buscando la mínima dosis efectiva. Es

así como hoy en día se tiene una concentración que corresponde al 40% de la concentración utilizada en los años 60. Lo cual implica menos o muy pocos efectos colaterales. En el caso de los progestágenos se han seleccionado aquellos más selectivos y menos nocivos para el organismo. Correctamente utilizados poseen una eficacia del 99%.

Según la combinación hormonal se pueden clasificar en:

Monofásicos: Igual concentración de los estrógenos y progestágenos en todas las pastillas.

Bifásicos: 11 pastillas contienen una concentración diferente a las 10 restantes.

Trifásicos: Se distribuye las concentraciones en tres etapas.

Mecanismo de acción: Inhibe la ovulación bloqueando la liberación de las hormonas FSH y LH. Inhiben el crecimiento folicular. Efecto sobre el moco cervical haciéndolo más espeso e impenetrable por el espermatozoide.

Acción sobre el endometrio haciéndolo hostil para la implantación. Alteran la motilidad uterina

Ventajas: Comodidad de uso. Muy alta eficacia. Absorción uniforme todos los días. Bajo costo. Puede suspenderse inmediatamente si es requerido. Baja incidencia de efectos colaterales. Muy baja carga hormonal en los más modernos.

Desventajas: La enfermedad diarreica aguda puede afectar su absorción.

Riesgo de olvido. Dolor de cabeza, náuseas, vomito o dolor en los senos, son efectos menores que suelen desaparecer en dos o tres meses. 25% de las mujeres los presentan en el primer ciclo y solo el 5% en el tercer ciclo.

Beneficios: Regulan el periodo menstrual. Menor sangrado menstrual. Menor riesgo de anemia por deficiencia de hierro. Menor incidencia de quistes en los ovarios. Disminuye significativamente el dolor asociado a la menstruación.

Disminuye el síndrome premenstrual. Protege contra el cáncer de ovario.

Protege contra el cáncer de endometrio. Disminución de las enfermedades benignas del seno. Menor riesgo de embarazo ectópico. Las presentaciones actuales no afectan el peso corporal. No alteran la tensión arterial. No altera los niveles de colesterol o glicemia.

Inconvenientes: Puede facilitar flujos vaginales por hongos. No es recomendable si se presenta cloasma en el embarazo (manchas en la piel de la cara). Más asociado a los viejos preparados. Sangrado intermenstrual ocasional.

Contraindicaciones: Embarazo. Sin embargo si son tomadas por error al inicio del embarazo no están asociadas a malformaciones congénitas. Enfermedad vascular severa. Cirugías que requieren inmovilización prolongada. Cáncer de seno. Hepatitis activa. Antecedente tromboembólico. Migraña complicada. Fumadora de más de 15 cigarrillos al día. No usar durante la lactancia pues disminuye la cantidad y calidad de la leche. Uso de anticonvulsivantes. Personas diabéticas.

Presentaciones: Existen dos presentaciones de 21 y 28 pastillas. Estas están numeradas o marcadas con los días de la semana. Las primeras contienen 21 pastillas requiriendo de 7 días de es para iniciar el nuevo sobre. Las segundas tienen 21 pastillas de un color que corresponde a las que contienen hormonas y 7 de otro color son placebo, es decir no poseen medicación.

Esto implica que una vez terminado el sobre se inicia el siguiente presentando el sangrado menstrual durante la toma de las pastillas placebo, pretendiendo que la usuaria no pierda la costumbre de la toma diaria.

1.2.4.5 ANTICONCEPTIVOS INYECTABLES

Ventajas: Comodidad de uso. Bajo costo. Eficaces.

Desventajas: Alta frecuencia de desordenes menstruales. Absorción poco predecible. Niveles sanguíneos variables. Una vez administrado no es posible revertir sus efectos colaterales si se hacen presentes. Mayor incidencia de efectos colaterales.

Presentaciones: Existen presentaciones para administración mensual o trimestral. Su administración es intramuscular (IM).

Comparación entre los métodos mensuales y trimestrales: Los preparados mensuales tienen mejor control del ciclo. Los preparados mensuales tienen menos supresión endometrial. Es más rápido el retorno a la fertilidad en los preparados de uso mensual. Igualmente es menor la duración de los efectos secundarios. Los trimestrales tienen un número menor de aplicaciones al año. Los preparados mensuales están contraindicados en la lactancia. Los trimestrales son una alternativa cuando no se pueden usar estrógenos.

Forma de uso: La primera inyección debe aplicarse al primer día de la menstruación. Se presentara una menstruación 1 o 2 semanas después de esta primera inyección. Las siguientes aplicaciones se realizaran cada 30 días, con una variación de 3 días antes o 3 días después de la fecha calculada. La aplicación es por fecha calendario y no por el sangrado menstrual. Si se aplica después de 33 días de la inyección anterior no se tendrá protección contraceptiva.

Es necesario usar un método adicional hasta la nueva aplicación. La aplicación lenta evitara efectos adversos. No realizar masaje en el sitio de aplicación para no aumentar su absorción. Contraindicaciones: Jaqueca con síntomas neurológicos focales. Embarazo. Lactancia en puerperio menor de 6 semanas. Cáncer de seno. Antecedente o presencia de trombo embolismo o accidente cerebro vascular. Antecedente o presencia de cardiopatía isquemia o valvular complicada. Hipertensión arterial severa. Hepatitis activa o tumor hepático maligno. Diabetes con duración mayor de 20 años o con complicaciones vasculares.

Implantes subdérmicos de depósito

Están compuestos solo por progestágenos dispuestos para una duración de 5 años. Se aplica con la menstruación o máximo 7 días después. Postparto su aplicación es a partir de las 6 semanas. Su acción anovulatoria inicia a las 24 horas de implantado.

Sitio de aplicación: Se implanta subdérmicamente en la parte interna del brazo.

Ventajas: Reversibilidad inmediata a la extracción. Alta eficacia anticonceptiva. No contiene estrógenos. Reduce la anemia por deficiencia de hierro.

Desventajas: Requiere de personal entrenado para su aplicación. Altera los patrones normales de menstruación (especialmente durante el primer año). Es necesaria una consejería antes de aplicarlo.

Efectos secundarios: Alteraciones menstruales. Aumento de peso. Dolor de cabeza. Acné o aumento de vello facial. Cloasma. Depresión.

Interacción con medicamentos: Todo anticonceptivo que use Levonorgestrel disminuye la efectividad de: Barbitúricos, Fenitoínas, Fenilbutazona, Isoniacida, Rifampicina

Causales de retiro: Jaqueca o migraña, Alteraciones visuales. Signos de tromboflebitis, Hipertensión arterial. Inmovilización prolongada. Seis semanas antes de una cirugía mayor.

Embarazo. Trastorno menstrual severo. Al retirarlo el 50% recupera fertilidad a los 3 meses y 86% en el primer año. Posee una eficacia del 99%.

1.2.4.6 MÉTODOS IRREVERSIBLES

Son aquellos que al realizarse bien sea el hombre o mujer evitan permanente y definitivamente la fecundación. Requiere de una intervención quirúrgica de carácter ambulatorio.(WONG 2009).

Ligadura de trompas

Se realiza en las mujeres de manera voluntaria y consiste en ligar y cortar las trompas uterinas. Lo cual impide que el óvulo sea fecundado. Es ambulatoria. Requiere autorización escrita por la paciente y legalmente no es necesaria la autorización del compañero. Requiere de incapacidad corta.

Puede reactivar su vida sexual a la semana. No influye en su sexualidad, por el contrario podría ser mejor ya que se es consciente de no quedar embarazada. Posee el 99.5% de éxito.

Indicaciones: Paridad satisfecha. Riesgo reproductivo (refiere a aquellas enfermedades que pongan en peligro la vida de la madre con un embarazo). Embarazo.

Contraindicaciones: No hay contraindicaciones, excepto cuando existe infección activa durante el procedimiento. En tal caso solo sería diferible. Puede realizarse en el postparto inmediato o en las primeras 72 horas y si no se estuvo embarazada preferiblemente en los días siguientes a la menstruación.

En ocasiones es necesario solicitar prueba de embarazo previa. En nuestro medio las vías de abordaje son por mini laparotomía o por vía laparoscopia.

Por ser un método irreversible es conveniente una consejería adecuada. Sin embargo existe la posibilidad de revertirla con microcirugía, pero solo Tiene un 50% de éxito.

Vasectomía

Es el método quirúrgico ambulatorio para la anticoncepción permanente en el hombre. Consiste en cortar y ligar los conductos deferentes que es por donde circulan los espermatozoides para salir al exterior.

No afecta: La capacidad de erección. La virilidad. La eyaculación del semen. El placer sexual. El balance hormonal masculino. No altera el volumen testicular. No interfiere el deseo sexual. Puede reiniciarse la vida sexual después de 5 días pero requiere de protección adicional por 8 semanas ò 20 relaciones sexuales con eyaculación, pues aún puede eyacular semen con espermatozoides viables.

A los 3 meses debe practicarse un espermiograma para autorizar actividad sexual sin protección. Se debe repetir cada año como seguimiento de rutina. Posee una eficacia del 99.5%.

Indicaciones: Deseo de planificación permanente. Prevención para la transmisión de enfermedades heredables.

Contraindicaciones: No realizar si hay dudas. Inestabilidad conyugal.

Disfunciones sexuales previas

Físicas: Infección local. Trastorno sanguíneo previo. Hernia inguinal o antecedente de herniografía inguinal. Orquidopexia, hidrocele o varicocele.

Lesiones escrotales preexistentes. Testículo no descendido.

Psicológicas: Hipocondríacos. Impotencia. Homosexualismo.

Complicaciones: Son propias de cualquier cirugía, prevenibles en gran porcentaje. Comprende los hematomas, infecciones, epididimitis y los granulomas. Sin embargo se están realizando técnicas modernas sin el requerimiento de suturas disminuyendo significativamente las complicaciones.

Ventajas: Morbilidad y mortalidad casi nula. Corto tiempo de cirugía (10 a 15 minutos). Anestesia local. Bajo costo.

Desventajas: Requiere cirugía. Complicación ocasional. No provee protección inmediata. Problemas psicológicos relacionados con el comportamiento sexual pueden ser agravados.

Recomendaciones postquirúrgicas: Analgésicos. Hielo local en el escroto.

Posible uso de suspensorios. Cuando por motivos especiales es necesaria una recanalización será exitosa en el 90% y la posibilidad de un nuevo embarazo es de un 50-70%.

En base a estas consideraciones se han descrito toda una serie de efectos beneficiosos no ligados directamente a aspectos anticonceptivos y unos riesgos potenciales para la salud de las usuarias. En algunos casos las diferencias de criterio entre los diversos autores son mínimas y existe un acuerdo general en que los efectos secundarios (positivos o negativos) se consideren como bien establecidos, sin embargo en otros la divergencia es la tónica, por lo que en la actualidad se consideran aspectos controvertidos.

1.2.5 CAMBIOS METABÓLICOS INDUCIDOS POR LOS ANTICONCEPTIVOS

La mayoría de productos farmacológicos que son ingeridos y pasan al torrente circulatorio, sobre todo cuando las tomas se realizan de forma continuada, comportan una adaptación del metabolismo. Aunque se han descrito un gran número de modificaciones metabólicas ligadas a los AHO es importante resaltar que en su mayoría no tienen ninguna repercusión patológica.

Sistema de la coagulación. Sobre el sistema de coagulación el etinilestradiol induce incrementos dosis dependientes de los factores V, VII, VIII, IX y X, de la agregabilidad plaquetaria y de la viscosidad plasmática. Junto con una reducción de la antitrombina III crean un estado de hipercoagulabilidad, que sin embargo está equilibrado por el incremento en la producción de sustancias con capacidad fibrinolítica.

Estos cambios no tienen repercusión clínica en mujeres normales, sin embargo pueden incrementar el riesgo de tromboembolismo en mujeres con alteraciones congénitas del sistema de la coagulación, entre las que destacan el déficit de antitrombina III o la resistencia a la proteína C activada.

Recientemente se ha descrito que los AHO, y en especial los que contienen gestágenos de tercera generación, pueden inducir, por mecanismos aún no aclarados, una resistencia adquirida al efecto anticoagulante de la proteína C activada similar en grado al que presentan las pacientes heterocigotas para este defecto.

Metabolismo hidrocarbonado. Los AHO inducen aumentos dosis dependientes de las concentraciones basales y estimuladas de insulina y glucosa. En principio se pensó que el efecto diabético estaba directamente relacionado con el componente gestagénico (y en particular con su potencia androgénica) al apreciarse una disminución tanto de la afinidad como del número de receptores periféricos de insulina. Sin embargo, la insulinoresistencia (sensibilidad disminuida en un 30-40%) está condicionada en gran proporción por el componente estrogénico.

Los mecanismos implicados van desde un aumento de las concentraciones circulantes de otras hormonas, como el cortisol, la prolactina o la hormona de crecimiento, con marcada actividad antiinsulínica, hasta déficits vitamínicos.

Es lógico deducir que las modificaciones son más aparentes con los preparados de 50 mcg. Ygestagenos de segunda generación que con preparados micro dosificados y compuestos de tercera generación en los que apenas se aprecian cambios significativos y silos ahí se encuentran dentro del rango de la normalidad. Asimismo, no se ha constatado que el uso de AHO aumente la incidencia de diabetes gestacional, intolerancia a la glucosa o diabetes tipo II.

Metabolismo lipídico. La influencia de las hormonas esteroideas sobre el metabolismo lipídico puede ser directa o indirecta. De forma directa pueden interferir en la acción de los receptores hepáticos de LDL, responsables del secuestro del colesterol, y en consecuencia, protectores de la ateromatosis.

También pueden actuar mediante la inducción de enzimas como la lipoprotein-lipasa o la lipasa endotelial hepática que están directamente involucradas en las vías de metabolización de las grasas.

Estas modificaciones se producen de forma progresiva durante los tres primeros meses de la toma y dependen del número de moléculas a metabolizar por el hígado, de su configuración y conformación. Como consecuencia, y a las dosis utilizadas normalmente, el 17-beta estradiol, el mestranol y el etinilestradiol incrementan la síntesis de triglicéridos y HDL por el hígado, la metabolización de LDL y la liberación de VLDL.

Los gestágenos, que combinan efectos gestagénicos y androgénicos, tienen una acción contrapuesta, que depende de las dosis y el grado de androgenicidad. El levonorgestrel (relativamente androgénico) en régimen monofásico tiende a elevar las concentraciones de LDL y apo B y a disminuir las concentraciones de HDL y apolipoproteína A1.

Sin embargo, los preparados trifásicos y monofásicos con noretindrona apenas modifican los niveles de LDL, HDL, apo A y sólo se ha apreciado un discreto aumento de apo B.

Los gestágenos de tercera generación, de menor potencia androgénica que el levonorgestrel, apenas modifican la acción estrogénica sobre el perfil lipídico, y por lo tanto, el efecto neto es positivo (sin variaciones del colesterol total, con incremento de la HDL y la apo A y una disminución de la LDL y apo B). En general cuando se combinan estrógenos y gestágenos el resultado final es consecuencia de su suma algebraica y el incremento estrógeno-dependiente de la HDL se contrarresta según la dosis y potencia androgénica del gestágeno asociado.

Como conclusión se puede señalar que el uso de AHO no parece condicionar un aumento del riesgo de ateromatosis, y en caso de producirse son los otros factores de riesgo (tabaco, hipertensión arterial, etc.) los que favorecen su instauración.

Tensión arterial (TA). Las variaciones de tensión arterial vienen condicionadas por múltiples factores tanto extrínsecos (sustancias vasodilatadoras y vasoconstrictoras) como intrínsecos (pared vascular). Los estrógenos ejercen un efecto beneficioso sobre la pared vascular favoreciendo la vasodilatación y disminuyendo el apósito de las placas de ateroma. En cambio, los gestágenos podrían tener un efecto contrapuesto que conlleva que preparados monofásicos que contienen levonorgestrel se acompañen de un discreto aumento de las tensiones sistólicas y diastólicas (media de 3 a 7 mm Hg).

Los gestágenos menos androgénicos no modifican las cifras tensionales e incluso preparados como el gestodeno o la drospirenona, dada su actividad antimineralcorticoide, pueden acompañarse de descensos de la tensión arterial en pacientes con hipertensión leve (1T). No existen factores predictivos de esta respuesta (antecedentes de toxemia o enfermedades renales), y en cualquier caso, el incremento no alcanza niveles clínicamente significativos.

Metabolismo hepático. Los AHO inducen cambios en la biosíntesis de proteínas hepáticas. La administración de estrógenos aumenta la síntesis de las proteínas portadoras de esteroides (SHBG), las del cortisol y tiroxina (CBG y TBG), la alfa-1-antitripsina, la ceruloplasmina, la transferrina, la alfa-2-macroglobulina, etc., siendo el efecto gestagénico contrapuesto al inducido por los estrógenos.

Asimismo los estrógenos disminuyen la metabolización hepática de cortisol que junto al desplazamiento que favorecen los gestágenos de su proteína portadora, conlleva un incremento neto de sus concentraciones libres plasmáticas.

El aumento de la velocidad de sedimentación es consecuencia de un incremento paralelo del fibrinógeno. Los cambios en el metabolismo de las vitaminas son mínimos: ligero aumento de la vitamina A y disminución de la vitamina B, los folatos y el ácido ascórbico sin inducir cuadros de hipovitaminosis ni requerir suplementos en mujeres que ingieren dietas equilibradas.

Otros efectos de menor relevancia son: incrementos en la producción de angiotensinógeno, y aumento más importante de la prolactina en respuesta a la hipoglicemia o TRH. Más controversias existen en torno a los cambios inducidos sobre la hormona de crecimiento. No parece modificar sus concentraciones basales, sin embargo pueden condicionar una respuesta más elevada tras pruebas de estimulación con tolbutamida o ejercicio.

1.2.6 EFECTOS BENEFICIOSOS NO ANTICONCEPTIVOS BIEN ESTABLECIDOS

El uso de AHO se relaciona con importantes beneficios para la salud no ligados estrictamente a la contracepción entre los que destacan:

Volumen menstrual. Los AHO regulan el ciclo menstrual y disminuyen el volumen total de pérdida entre un 60% y un 80%.

Como consecuencia disminuye el riesgo de anemia ferropénica (se evitan 320 casos de anemia por cada 100.000 usuarias) tanto en usuarias actuales como en pasadas (probablemente por un incremento de los depósitos de hierro). Además se ha observado mejoría en los casos de anemia de células falciformes.

Dismenorrea. Constituye la causa más frecuente de absentismo laboral entre la población femenina trabajadora de Estados Unidos, afectando al 50% de la población total siendo en un 10% de estas mujeres muy severa.

Los AHO inducen una mejoría en un 90% de los casos desapareciendo la sintomatología casi en la mitad de los casos. Se han mostrado más efectivos la mini píldora y los AHO de altas dosis aunque parece que también los preparados micro dosificados son efectivos. La mejoría se atribuye a la inhibición de la ovulación y a la disminución de la producción de prostaglandinas consecuencia de una proliferación endometrial menor.

Enfermedad inflamatoria pélvica (EIP). Las mujeres usuarias de AHO tienen un riesgo inferior de presentar una EIP estimado entre un 50-60%. El beneficio parece limitado a las usuarias actuales de 12 o más meses y no se mantiene tras el cese de la toma. La reducción del riesgo se da especialmente en aquellas infecciones transmitidas por continuidad, como la gonococia. También se ha apreciado que la severidad de la EIP en usuarias de AHO es menor, y por lo tanto, disminuye el porcentaje de casos que requieren hospitalización.

Entre los mecanismos que pueden favorecer la protección se han descrito cambios en el moco cervical (que es más espeso e impide el ascenso de gérmenes desde el tracto inferior), la atenuación de la respuesta inflamatoria que induce los esteroides y la disminución del flujo menstrual y por lo tanto de la menstruación retrógrada.

La mayoría de estudios han constatado un riesgo doble o triple de infección por clamidias, en especial la cervicitis Clamidiásica. El factor condicionante parece ser la extensión de la zona de

transformación o epitelio columnar desde el endocervix al exocervix. Sin embargo, la incidencia más alta de estas cervicitis no se acompaña de un incremento de EIP clamidiásicas ni de un porcentaje más alto de esterilidades de origen tubárico. En consecuencia, los AHO tienen una acción diferencial sobre el tracto genital superior e inferior siendo el resultado final una disminución de la morbilidad de origen infeccioso.

Embarazo ectópico. Su aparición durante la toma es excepcional (1 por cada 100.000 usuarias/año) siendo la protección superior al 90%. Es consecuencia directa de la inhibición de la ovulación.

Patología benigna de mama. Parecen disminuir el riesgo entre un 50 y un 75% de presentar tanto enfermedad fibroquística como fibroadenomas (19). La disminución del riesgo se limita a las usuarias actuales o anteriores (no más de un año) y aumenta con la duración del uso.

La protección se considera probada para los AHO de 50 o más microgramos de etinilestradiol aunque clásicamente el efecto beneficioso ha sido atribuido al componente progestacional. No existen datos de que la disminución del riesgo se mantenga con los AHO microdosificados con gestágenos de tercera generación.

Quistes de ovario. Existe una disminución del riesgo de un 50% en la aparición de quistes funcionales y de un 80% de quistes luteínicos. Sólo afecta a usuarias actuales y la protección está relacionada con la dosis estrogénica. No existen evidencias de que los preparados multifásicos tengan un efecto protector menor. También existen dudas respecto a preparados microdosificados con gestágenos de tercera generación y en especial con los que contienen 20 mcg. de etinilestradiol.

Cáncer de endometrio. Se ha demostrado que el uso de AHO durante 12 meses supone una reducción de un 50% del riesgo potencial de los tres principales tipos histológicos de cáncer (adenocarcinoma, adenoacantoma y carcinoma adenoescamoso), porcentaje que aumenta tras 3 años o más de uso. Este efecto se mantiene al menos 15 años tras la interrupción del tratamiento y protege especialmente a mujeres de riesgo como las nulíparas.

Aunque no se conocen con exactitud las bases fisiológicas que impiden el desarrollo de estas neoplasias, tanto el estado pseudoatrófico del endometrio que impide el desarrollo de hiperplasias junto a la compensación de factores de riesgo endógeno (obesidad, resistencia insulínica, etc.), así como el cambio de susceptibilidad celular a carcinógenos son posibles mecanismos. Son protectores tanto los preparados macro como micro dosificados con gestágenos de segunda generación, no existiendo datos para los de tercera generación.

Cáncer de ovario. Los estudios comparativos con preparados macro y micro dosificados con gestágenos de segunda generación señalan una reducción media del riesgo del 40-50% que se mantiene tras la finalización de la toma al menos durante 10 a 15 años. El grado de protección está en relación directa al tiempo de uso y es ya perceptible a partir de los 3 a 6 meses del inicio de la toma.

No se conocen los mecanismos básicos que influyen favorablemente en la disminución del riesgo del cáncer de ovario, no obstante la supresión de la ovulación y la ausencia de micro traumatismos en la superficie del ovario y la reducción del estímulo de las gonadotrofinas parecen ser los factores condicionantes.

El efecto beneficioso es evidente a partir de los 6 meses, consiguiéndose tras 10 años de uso una reducción de un 80% del riesgo. Esta protección que está probada para preparados monofásicos posiblemente sea extensible a los preparados multifásicos.

Sin embargo, opiniones recientes señalan que el efecto podría perderse con preparados de muy baja dosis y gestágenos de tercera generación por su efecto diferencial sobre las gonadotrofinas y la actividad ovárica, por lo que incluso se ha propugnado que sería recomendable el empleo de preparados de 50 mcg. Durante un mínimo de dos años. También queda por establecer si el efecto protector de los AHO se da en los casos de cáncer de ovario familiar.

Manifestaciones hiperandrogénicas. El uso de AHO mejora el acné tanto en adolescentes como en mujeres de más edad, así como los de hirsutismo moderado que afectan a una de cada cuatro mujeres de los países mediterráneos. En especial los preparados de AHO que contienen

acetato de ciproterona. En este sentido cabe señalar que los gestágenos de 3ª generación tienen más poder antiandrogénico que los utilizados anteriormente, Habitualmente el efecto beneficioso no persiste tras el cese de la toma de AH.

1.2.7 EFECTOS BENEFICIOSOS NO ANTICONCEPTIVOS CONTROVERTIDOS

Son aquellos efectos en los que no existe una unanimidad entre los diferentes autores, ya que en algunos estudios los AHO señalan una clara influencia beneficiosa y en otros no parecen modificar el curso de las enfermedades estudiadas.

Miomas uterinos. El estudio de la Oxford FamilyPlanningAssociation señalaba que las usuarias de 10 o más años tienen una disminución del riesgo de un 20-30%. Sin embargo, estudios más recientes concluyen que la toma de AHO no influye en la historia natural de los miomas uterinos.

Artritis reumatoide. Existen datos contradictorios al respecto. Mientras los estudios europeos señalan una disminución del riesgo de hasta un 60%, los americanos no encuentran relación alguna. Datos recientes señalan, que más que prevenir la enfermedad, los AHO modificarían su curso, impidiendo la evolución de grados leves a otros más severos.

Osteoporosis. La osteoporosis aparece más tarde y tiene una evolución más lenta en mujeres que han tomado AHO. Asimismo, las usuarias anteriores tras la menopausia gozan de una densidad mineral ósea más conservada, existiendo una relación directa entre el grado de protección y el tiempo de exposición. No obstante, no conocemos el impacto que el consumo de AHO en edades reproductivas tiene sobre la incidencia de fracturas en edades avanzadas. También se ha propuesto que la toma de AHO durante la perimenopausia y en las etapas precoces de la postmenopausia como una oferta válida en la prevención de la pérdida de masa ósea. Lindsay sugiere un aumento de la densidad ósea vertebral de un 1% por año de consumo. Sin embargo, el beneficio no parece persistir lo suficiente como para tener un efecto protector.

Endometriosis. Existen pocos estudios que valoren la influencia de los AHO tanto en el establecimiento de la endometriosis como sobre el curso de la enfermedad ya instaurada.

Se había postulado que la atrofia endometrial acompañada de la disminución del volumen menstrual que pasa a través de las trompas constituiría factores protectores. Sin embargo, parece ser que las usuarias actuales presentan una incidencia similar a las no usuarias y, en cambio, la toma previa (al menos durante un año) podría acompañarse de un riesgo superior.

A la vista de estos resultados podría señalarse que los AHO no parecen modificar la aparición de implantes (que dependería de otros factores como los inmunológicos), aunque sí impedirían su evolución, permaneciendo las células endometriales ectópicas en estado quiescente, con la consiguiente reactivación tras el cese de la toma.

En esta misma línea y, aunque no existen datos concluyentes, se ha apreciado que en las mujeres diagnosticadas y tratadas (por vía laparoscópica o laparotómica) de endometriosis y sin deseos de gestación actuales, la toma de un AHO monofásico evita la reaparición de la sintomatología asociada y posiblemente la reactivación de focos no visualizados durante el acto quirúrgico y/o la evolución de aquellos a los que no se pudo acceder por problemas mecánicos.

1.2.7.1 EFECTOS SECUNDARIOS PERJUDICIALES

La administración de una sustancia comporta cambios en el organismo diario que en algunos casos se traduce en la aparición de efectos secundarios negativos. Nos es imposible individualizar los efectos adversos de cada preparado, sin embargo a la hora de realizar una valoración global siempre tendremos presente que cada preparado tiene una composición y unas dosis diferentes e incluso que las características de la población de mujeres en la que se estudian los efectos secundarios varía de unas zonas demográficas a otras.

1.2.7.2 EFECTOS SECUNDARIOS PERJUDICIALES SUBJETIVOS O MENORES

Incremento de peso. Aunque es frecuente cierta retención hídrica durante los primeros tres meses, no se ha demostrado que tras este proceso de adaptación exista un aumento significativo del peso con diferentes preparados, especialmente si estos son microdosificados y con gestágenos de tercera generación. Sin embargo, continua siendo un motivo de preocupación para la mayoría de usuarias y es responsable de un alto porcentaje de abandonos.

Existe un grupo muy reducido de mujeres (menor al 5% de los casos), en las que se desarrolla una respuesta anabólica a los esteroides. Estos casos suelen responder a la restricción alimentaria y al ejercicio físico.

Náuseas y vómitos. Al igual que el incremento de peso suelen aparecer en los tres primeros ciclos y ceden con el uso continuado. Son secundarios al contenido estrogénico del preparado, siendo mejor tolerados los preparados microdosificados y de 20 mcg.

Mastalgia. Cuando es premenstrual suele ser secundaria al efecto estrogénico sobre áreas de hiperplasia focal de la mama. En contraposición, cuando se presenta en el período de descanso es debida a la retención excesiva de agua como consecuencia de la interrupción brusca de los gestágenos.

Cefaleas. Son muy variables y generalmente asociadas a la ansiedad de la paciente por el hecho de tomar anticonceptivos. Cuando son de tipo migrañoso se debe valorar la posible asociación con un prolapso valvular y el consiguiente riesgo de un accidente vascular cerebral (microinfartos cerebrales). La relación entre los AHO, las cefaleas migrañosas y los infartos isquémicos cerebrales es controvertida y mientras que algunos estudios no aprecian relación alguna, en otros el riesgo relativo asciende hasta 4.

Infecciones urinarias. Aumentan un 20% y dependen de la dosis estrogénica. El incremento de riesgo sólo es perceptible tras 6 meses de uso.

Hirsutismo y/o acné. En las mujeres no hirsutas este efecto secundario se ha atribuido a una mayor susceptibilidad cutánea a la actividad androgénica inherente de los gestágenos de síntesis, aunque las bajas dosis a la que son administrados dificultan que este efecto se manifieste. En las pacientes afectas de un hiperandrogenismo funcional o en aquellas que presentan una sensibilidad periférica superior (hirsutismo idiopático), se ha demostrado que los AHO ejercen una influencia positiva tras varios meses de uso (los efectos son difícilmente perceptibles antes de 6 meses).

Los mecanismos de actuación incluyen la inhibición de la producción de andrógenos de origen ovárico y el incremento de las concentraciones de la proteína portadora de esteroides (y por lo tanto la reducción de la fracción libre circulante) evitando la unión de los metabolitos androgénicos a la célula.

Cervicitis inespecífica. El riesgo relativo es tres veces superior en usuarias de más de 6 meses. Parece estar en relación a la dosis de gestágeno.

Candidiasis vaginal. La relación no está bien establecida, aunque diferentes autores sugieren que los AHO inducirían cambios en la flora vaginal. El efecto antiestrogénico del progestágeno crearía un ambiente propicio para el desarrollo de la candida.

Cloasma. De desarrollo lento y en relación al efecto estrogénico. Aparece en un 5% de los casos y desafortunadamente no se produce un blanqueamiento completo tras el cese del AHO.

Cambios en la libido. La conducta sexual varía con el ciclo menstrual y el embarazo, aunque los factores psicógenos son preponderantes.

Se han comunicado alteraciones de la libido en un 5 a un 30% de las usuarias disminución de la frecuencia de coitos en la segunda fase del ciclo, aunque no está clara su relación con el contenido hormonal de los anticonceptivos.

Depresión. Los cambios de humor en la mujer fértil se pueden relacionar con el ciclo menstrual. Con el uso continuado de anticonceptivos, la mayoría de autores han señalado un aumento de cuadros psiquiátricos con predominio de síntomas depresivos, labilidad emocional, irritabilidad, y como consecuencia, una disminución del rendimiento laboral.

La frecuencia total es del 5 al 15% predominando en pacientes con historia previa. Se relacionan con el contenido gestagénico, y aunque la mayoría tienen una base psicológica se han involucrado alteraciones del metabolismo cerebral (triptófano, noradrenalina) en su etiopatogenia.

Ictericia. Los esteroides en especial los sustituidos a nivel 17 alfa, alteran los mecanismos de transporte biliar. Pueden originar ictericia colostática y prurito generalizado en pacientes que en embarazos previos han presentado ictericia idiopática recurrente.

Litiasis biliar. En mujeres predispuestas los AHO aumentan el riesgo relativo (RR) de litiasis biliar sobre todo durante el primer año de uso. Además en casos de litiasis comprobada podrían precipitar la clínica de cólico hepático.

El mecanismo es doble: los estrógenos inducen un incremento del contenido en colesterol del líquido biliar y los gestágenos disminuyen la motilidad vesicular.

1.2.7.3 EFECTOS ADVERSOS SOBRE LA FUNCIÓN REPRODUCTIVA

Amenorrea. Tanto por la etiología como por las formas de presentación se deben distinguir dos grupos:

1. La menstruación silente. Se denomina así a la ausencia de pérdida por privación al finalizar la toma de un ciclo. Es secundaria a una menor proliferación endometrial en la que la acción gestagónica predomina sobre la estrogénica dando lugar a un endometrio atrófico, hecho que imposibilitará la descamación endometrial.

Este efecto no es permanente y el restablecimiento de la ovulación se sigue de una proliferación endometrial normal. La regla silente se produce en un 1% de los ciclos durante el primer año de uso alcanzando entre un 2-10% tras varios años.

2. Amenorrea "post pill". El porcentaje de amenorreas post-AHO es similar al de la población general e inferior al 1%. Por lo tanto es muy probable que la etiología de la amenorrea no tenga ninguna relación con la toma del anticonceptivo pero sin que se desencadene durante su uso y quede enmascarada por la privación que el componente estrogénico exógeno induce.

Pérdidas intermenstruales. Constituyen el efecto secundario que condiciona un porcentaje de abandonos mayor.

Tanto la metrorragia por disrupción (cuando la pérdida es algo más abundante pero sin llegar a una menstruación y precisa de más de una compresa diaria) como el "spotting" (cuando la pérdida es muy escasa y sólo precisa de una compresa diaria) se atribuyen a un desequilibrio entre el aporte estrogénico y gestagénico que incrementa el proceso de pseudodecidualización, y en consecuencia, la fragilidad capilar del endometrio. Se suelen presentar más frecuentemente en los primeros ciclos.

Los preparados trifásicos con levonorgestrel presentan en general un mejor control del ciclo que sus homónimos, los monofásicos; siendo en ambos casos el porcentaje de disrupciones de un 2 a un 4% y de "spottings" de un 4 a un 10%.

Tampoco existen grandes diferencias respecto a los preparados de tercera generación y 30 mcg. de etinilestradiol. Sin embargo, los AHO de 20 mcg. de norgestrel y/o gestodeno presentan

entre un 9 y 15% de disrupciones y entre un 10 y un 15% de spottings. La ausencia de una compensación estrogénica en la minipíldora condiciona que un 20% de sus usuarias presenten spottings y/o disrupciones y que en otro 40% existan ciclos menstruales irregulares.

1.2.7.4 EFECTOS SECUNDARIOS PERJUDICIALES MAYORES BIEN ESTABLECIDOS

Enfermedad cardiovascular (ECV). Los primeros estudios tanto prospectivos como caso control que datan de los inicios de la década de los 80 pusieron de manifiesto un riesgo superior de trombosis venosa superficial y profunda (TVP), de cardiopatía coronaria (IAM) y de accidentes vasculares cerebrales tanto trombóticos como hemorrágicos (AVC) (44,45) en usuarias de AHO.

En estos estudios se analizaba el efecto de AHO que hoy están en desuso (macrodosificados), y por lo tanto sus resultados no son extrapolables a las usuarias de los actuales AHO microdosificados, ya sea con gestágenos de segunda como de tercera generación.

Sin embargo, vale la pena destacar algunas conclusiones: en primer lugar, el incremento de riesgo está directamente relacionado con la dosis administrada (tanto estrogénica como gestagénica) así como con el perfil o potencia del gestágeno (aquellos más androgénicos serían más perjudiciales por las modificaciones del perfil lipídico anteriormente señaladas).

Cuanto más alta sea la dosis estrogénica más se altera el sistema de la coagulación (favoreciendo un estado de procoagulabilidad) y el metabolismo hidrocarbonado (aumentando la resistencia periférica a la insulina) mientras que una mayor dosis gestagénica y un perfil más androgénico se acompaña de cambios negativos más profundos en el metabolismo lipídico, en el hidrocarbonado y en la presión arterial.

Las primeras generarían un incremento de los accidentes trombóticos y las segundas de la aterosclerosis. Si todas estas modificaciones condicionaran en mayor o menor medida un

incremento del riesgo para ECV tanto las usuarias actuales como las anteriores se verían afectadas (ya que la ateromatosis no revierte tras el cese de la toma).

Sin embargo, estudios recientes han demostrado que las usuarias jóvenes de AHO con historia reciente de IAM no presentan más arterioesclerosis coronaria respecto a las no usuarias y además el incremento del riesgo desaparece tras el cese de la toma. Por lo tanto es lógico pensar que las alteraciones de la coagulación, y por tanto los accidentes trombóticos son los principales condicionantes de la ECV en las mujeres usuarias de AHO.

En segundo lugar, deberían considerarse de forma diferente el IAM y el AVC a la TVP ya que intervienen mecanismos fisiopatológicos diferentes y el pronóstico también difiere. En el primer caso los factores de riesgo, (fumadoras habituales de más de 15 cigarrillos al día, la hiperlipemia tipo II, la hipertensión arterial, la obesidad con un peso superior al 130% del ideal, la diabetes, la historia familiar de enfermedad coronaria y los estados hipertensivos del embarazo -EHE-) multiplican la acción negativa de los AHO en el desencadenamiento de una ECV. En cambio los factores de riesgo conocidos para enfermedad venosa periférica (historia familiar, venas varicosas, obesidad con IMC superior a 30 o los antecedentes de hipertensión asociada a la gestación) actúan de forma aditiva.

En la actualidad ya disponemos de datos con preparados microdosificados. Tanto los diferentes estudios como los metanálisis demuestran que la toma de estos preparados no se asocia a un incremento de riesgo, para IAM y AVC en poblaciones de bajo riesgo persistiendo un aumento de la incidencia de trombosis venosa periférica que de 5/100.000 para las no usuarias aumenta hasta un 15/100.000 (siendo el RR de 3 a 4). La introducción de los gestágenos de tercera generación sigue esta misma línea, y aunque para el IAM y el AVC los resultados aun son preliminares, el riesgo es inferior si lo comparamos con los preparados con levonorgestrel (RR de 0.36) y similar al de las mujeres no usuarias (RR de 1.1).

No obstante, y de forma paradójica, en estos mismos estudios que recientemente se han publicado (tres caso-control y uno de cohortes) el riesgo relativo de TVP no sólo es superior al de la población no usuaria sino que también lo es respecto a las usuarias de preparados con levonorgestrel, siendo la incidencia de 30 casos por cada 100.000 usuarias.

Estos resultados plantearon un problema importante de aceptación, ya que la trombosis clásicamente ha sido atribuida a las modificaciones que los estrógenos inducen sobre la coagulación, y las concentraciones de etinilestradiol en los nuevos preparados no han variado e incluso han disminuido respecto a sus predecesores. En la actualidad es motivo de debate la validez de estos trabajos ya que se han detectado una serie de sesgos (de selección, de prescripción y de referencia hospitalaria) que podrían condicionar sus resultados.

De hecho un estudio publicado posteriormente en que se intenta corregir algunos de estos sesgos (sobre todo el de selección ajustando los grupos en relación a la fecha de nacimiento), no aprecia diferencias de riesgo significativas entre el levonorgestrel y el desogestrel (RR de 1.76 con un intervalo de confianza de 0.91 a 3.48) o el gestodeno (RR de 1.32 con un intervalo de 0.7 a 2.49) y sólo cuando se analizan en conjunto los gestágenos de tercera generación se alcanza la significación siendo el RR de 1.68 (1.04-2.75). Sin embargo, e independientemente de las posibles fuentes de error, todos los estudios muestran una clara tendencia hacia un aumento del riesgo, especialmente en los tres primeros meses de uso.

En cualquier caso la incidencia de casos de FV en usuarias de AHO con preparados de tercera generación, siempre es inferior a la que se presenta en el curso del embarazo (60/100.000). En la actualidad se especula si el incremento del riesgo no sería inherente al tipo de preparado, sino que podría estar condicionado por una predisposición de base, ya que se ha demostrado que un gran porcentaje de estas pacientes son obesas, presentan déficits congénitos de antitrombina III, de proteína C y S o una entidad relativamente poco conocida como la resistencia a la proteína C activada, presente en un 5-7% de la población normal y causada por una mutación del factor V de Leiden.

Los AHO multiplican por 30 el riesgo relativo que estas pacientes tienen (8 veces superior para las heterocigotas y 100 veces para los homocigotas). Como ya se ha comentado existen datos recientes en los que se aprecia como los gestágenos de tercera generación (a diferencia de los que contienen levonorgestrel) inducirían una resistencia adquirida de la proteína C activada equivalente a la de pacientes heterocigotas para este factor.

Adenomas hepatocelulares. Este tipo de tumor es de extrema rareza con una incidencia de 3/100.000 usuarias. Sólo se han objetivado en usuarias de preparados con dosis elevadas estrogénicas (más con mestranol que con etinilestradiol) y durante un período superior a 5 años.

Suelen ser asintomáticos aunque ocasionalmente puede presentarse de forma súbita dolor en abdomen superior o epigastrio consecuencia de un hemoperitoneo. La complicación más característica es la hemorragia intensa intratumoral. Suelen desaparecer tras el abandono del tratamiento.

Aunque la toma de AHO se ha relacionado con el carcinoma hepatocelular, su baja prevalencia (1 caso por cada 100.000 mujeres de raza blanca en Estados Unidos) y el predominio en el varón implica por la reducida casuística que no existan datos que apoyen una relación causa efecto entre ambos procesos.

Recientemente se comunicó que el acetato de ciproterona podría favorecer la aparición de cáncer de hígado en base a su capacidad para inducir la formación de adductos (fragmentos de DNA que se eliminan tras procesos de codificación) en el hepatocito de rata. Sin embargo, tanto la extensa experiencia clínica como los ensayos estándar de mutagenicidad no apoyan estas hipótesis.

1.2.7.5 EFECTOS SECUNDARIOS PERJUDICIALES MAYORES CONTROVERTIDOS

Cáncer de mama: La relación entre la AHO y el cáncer de mama constituye uno de los apartados de mayor interés en la actualidad. A ello ha contribuido la alta incidencia del cáncer de mama en la población occidental (afectando a 1 de cada 8 a 14 mujeres) que implica que por pequeño que sea el incremento de riesgo, ello se traducirá en un aumento importante del número de casos. Además, aunque está fuera de toda duda el carácter hormono dependiente de esta enfermedad, juega un papel determinante tanto el momento como la duración de la exposición y ambas actitudes han cambiado en los últimos años.

Los estudios de cohortes más importantes (RCGP, DFPA, Walnut Creek o Nurses' HealthStudy) no apreciaron ninguna asociación entre el cáncer de mama y el uso de AHO. Sin embargo, en estos estudios sólo se incluían a usuarias de 50 o más mcg. de etinilestradiol que los utilizaban con el objeto de espaciar los embarazos y durante períodos limitados de tiempo. Este patrón ha cambiado en la actualidad, y junto a la reducción de las dosis estrogénicas y la introducción de nuevos gestágenos, la mayoría de usuarias son mujeres jóvenes (incluso en período postmenárgico inmediato), nulíparas y la toma se suele prolongar durante muchos años hasta el primer embarazo.

Los estudios y metanálisis recientes en los que ya se incluyen mujeres con estos perfiles tampoco parecen apreciar un incremento de riesgo global. Sin embargo, cuando el análisis se estratifica por grupos de edad, hay un incremento del RR en mujeres de menos de 45 años que se ve compensado por una disminución del riesgo en mujeres de 45 a 55 años. El incremento de riesgo en edades jóvenes es evidente ya a partir de cuatro años de uso (siendo respecto a la población no usuaria superior en un 20 a un 40%), aumentando hasta un 40-70 % tras 10 o más años. También aumenta el RR si la toma de AHO se produce en edades tempranas (hasta seis veces más alto si se inició antes de los 20 años).

Por lo tanto no sólo la dosis o el tiempo de uso son importantes, sino que también lo es el grado de diferenciación de la glándula mamaria en el momento de la exposición. Parece ser que la susceptibilidad mamaria a estrógenos y gestágenos es mayor si no existe una diferenciación completa, hecho que se produce de forma progresiva por el efecto de ciclos ovulatorios y tras el embarazo y la lactancia. La toma de AHO en estas edades además de inhibir la ovulación (y por lo tanto su efecto madurativo sobre la mama), aumenta ostensiblemente el porcentaje de mitosis celulares y también potencialmente las alteraciones del genoma.

En la actualidad se está analizando la relación entre el componente gestagénico y el cáncer de mama. A diferencia de lo que ocurre en el endometrio la progesterona no ejerce un efecto antiestrogénico sobre la mama pudiendo incluso amplificar el efecto proliferativo de los estrógenos. Al estudiar la capacidad de un gestágeno para estimular la proliferación de las células de carcinoma mamario, se ha apreciado que el efecto estimulante se debe a la estrogenicidad inherente del progestágeno siendo la acción estimuladora del gestodeno inferior a la de otros preparados.

Por lo tanto, las opciones terapéuticas que incluyen los gestágenos de tercera generación o aquellas que no incorporan sustancias con actividad progestacional (análogos de la GnRh más estrógenos a bajas dosis) podrían ser beneficiosas para mujeres con factores de riesgo elevado.

Cáncer de cérvix. La falta de un acuerdo unánime sobre el efecto de los AHO sobre el riesgo de cáncer de cérvix está probablemente condicionada por la existencia de múltiples factores de confusión, entre los que destacan: las diferencias socio-económicas, los hábitos sexuales, el tabaco y la infección por HPV.

Mientras que algunos estudios señalan que no aumenta el riesgo; otros argumentan que el uso de AHO a medio y largo plazo se asocia a un incremento del riesgo de Neoplasia Cervical Intraepitelial (CIN) (RR de 2.2 a los 5 años y de 4.7 a los 10 años), de su progresión a enfermedad invasiva, de carcinoma in situ (RR de 1.9 y 3.1 a los 5 y 10 años) y de cáncer escamoso invasivo de cervix (RR de 1.5 y 2, respectivamente). Entre los factores predisponentes se encuentran la acción de los esteroides sobre el epitelio cervical aumentando la relación entre el epitelio glandular y escamoso (favoreciendo la hiperplasia polipoidea del epitelio monoestratificado) o el aumento de la transcripción del genoma del HPV. El riesgo parece aun superior para las usuarias que nunca han utilizado preservativo o con historia previa de infecciones genitales. La toma de AHO se ha asociado a una incidencia superior de adenocarcinoma de cervix siendo el riesgo relativo de 2.1 para las usuarias anteriores y de 4.4 para las actuales de más de 12 meses.

Otros cánceres. Estudios recientes tanto retro como prospectivos no han mostrado un incremento del riesgo relativo de melanoma, cáncer de hígado, cánceres digestivos e hipofisarios (en especial los prolactinomas).

Hipertensión arterial (HTA). Aparece en aproximadamente un 5% de los casos, generalmente en los 6 primeros meses de tratamiento. Parece estar condicionada por modificaciones del sistema reninaangiotensina. Se ha demostrado un aumento del angiotensinógeno (8 o más veces), aunque la vasoconstricción es compensada por una disminución en las concentraciones

de renina. La HTA está relacionada con las dosis de gestágeno sin apreciarse cambios con los preparados multifásicos. Afecta tanto a la tensión sistólica como a la diastólica. Un grupo de riesgo lo constituyen las mujeres con antecedentes de EHE, así como la historia familiar de hipertensión. Sin embargo, la toma de AHO no predispone el desarrollo posterior de un EHE.

HIPÓTESIS

¿Será que las mujeres de 14-30 años de edad desconocen de los métodos anticonceptivos y sus efectos?

VARIABLES

Independiente:

- Características individuales.

Dependiente:

- Efectos secundarios.
- Métodos anticonceptivos.

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADORES	ESCALA
Características individuales de las mujeres sujetas a estudio	Rasgos que diferencian a un individuo de otro	EDAD	Número de años cumplidos	14 – 18 19 – 25 25 - más
		ETNIA	Pertenencia étnica	Afro ecuatoriano mestizo indígenas
		NIVEL EDUCACIÓN	Grado académico que tienen las usuarias	Primaria Secundaria Superior
Efectos secundarios	Resultado que se presenta aparte como consecuencia de un medicamento	CEFALEA	Dolor de cabeza frecuente	Regular Intenso
		CICLO MENSTRUAL	Variaciones del ciclo menstrual	Ausencia Abundancia
		DOLOR ABDOMINAL	Dolores de diferente nivel en la parte abdominal	Leves Intenso
		PESO	Incremento de peso	Sobre Peso Obesidad
		ACNE	Aparición de lesiones en la piel	Leve Severo
Métodos anticonceptivos	Es aquel que impide o reduce significativamente la posibilidad de una fecundación en mujeres fértiles que mantienen relaciones sexuales de carácter heterosexual	TIPOS DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVO	Naturales	Coito Interrumpido Método Billings
			Barrera	Preservativo Diafragma
			Hormonales	Píldora Inyectables Implante Subdérmico
			Mecánico	Dispositivo intrauterino DIU
			Métodos quirúrgicos	Ligadura de trompas. Vasectomía

CAPITULO II

2. MATERIALES Y MÉTODOS

2.1 LUGAR DE LA INVESTIGACIÓN

La parroquia 9 de Mayo, área de influencia del SCS Venezuela se encuentra ubicada al sur de la ciudad de Machala, esta a una distancia aproximadamente a un kilómetro y medio de la jefatura de área (Centro de Salud Brisas del Mar) y aproximadamente a tres kilómetros del Hospital Provincial (Teófilo Dávila).

La extensión territorial corresponde aproximadamente a 200 Kilómetros cuadrados. Sus límites son:

- *Al Norte:* Con la ciudadela Alcides Pesantez y Aeropuerto Manuel Serrano.
- *Al Sur:* Con las camaroneras y el estero Puerto Pilo.
- *Al Este:* Los barrios El Bosque, Lilian María y el canal de la Puentecita.
- *Al Oeste:* Con los Barrios Héroes de Jambeli, Brisas del Mar, y Camaronera.

El SubCentro cumple con la cobertura de los siguientes barrios y ciudadelas:

- Barrio Nuevo Pilo
- Ciudadela Girasoles
- Ciudadela Dr. Jaime Roldós
- Ciudadela Venezuela
- Barrio San Francisco
- Barrio 12 de Mayo
- Barrio 6 de Diciembre
- Ciudadela las Floridas(2-3-4-5-6-7)
- Barrio luz de América

- Barrio Voluntad de Dios
- Barrio Rumiñahui
- Lotización Costa Azul.

2.2 PERIODO DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación se desarrollará en 6 meses, de Junio a Diciembre del 2012.

2.3 RECURSOS EMPLEADOS

Recursos Humanos

- ✓ Investigadora
- ✓ Tutor

Recursos Físicos

- ✓ Computador Notebook Pentium IV
- ✓ Impresora HP
- ✓ Encuestas
- ✓ Hojas de papel bond
- ✓ Cartuchos de tinta para impresora
- ✓ Cámara fotográfica
- ✓ Bolígrafos
- ✓ Pen Drive
- ✓ Discos compactos

2.4 UNIVERSO Y MUESTRA

Universo

El universo lo constituyen 7280 usuarias que acuden al Subcentro de Salud Venezuela de la ciudad de Machala. En lo referente a este proyecto se estima conveniente determinar una muestra representativa, dado que el universo es muy amplio. Esta muestra se obtendrá aplicando la siguiente fórmula:

FÓRMULA:

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

DONDE:

n= Muestra

N = Población Total

Za = Desviación Estándar (constante 1.96)

P= Proporción de la variable a la derecha 0.03 %

Q= proporción de la variable a la izquierda 0.97%

E2= nivel de precisión de 0.03

DESARROLLO:

$$n = \frac{7280 \cdot (1.96)^2 \cdot 0.03 \cdot 0.97}{(0.03)^2 \cdot (7280-1) + (1.96)^2 \cdot 0.03 \cdot 0.97}$$

$$n = \frac{27955 \times 0.03}{6,55+0,11}$$

$$n = \frac{839}{7}$$

n=120 tamaño de muestra

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Se incluirán en el estudio a las mujeres que estén usando métodos anticonceptivos entre las edades de 14 a 30 años.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Se excluirán del estudio:

- A las mujeres que van a la consulta de planificación familiar de las edades de 31 años y más.

2.5 MÉTODOS

2.5.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

El presente estudio es de nivel aplicativo tipo cuantitativo, método descriptivo correlacional.

2.5.2 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

- ✓ No experimental

2.5.3 MÉTODO, TÉCNICA E INSTRUMENTO

Para poder obtener la información necesaria para la investigación utilizare el muestreo selectivo, aplicando la técnica de la encuesta a las pacientes que acuden a la consulta externa en el

SubCentro de SaludVenezuela del Cantón Machala, con la ayuda del instrumento de investigación como es el cuestionario donde estarán consignadas las variables de estudio.

- Características individuales de las mujeres sujetas de estudio
- Efectos secundarios
- Tipos de Métodos Anticonceptivos

2.5.4 PLAN DE TABULACIÓN, PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS

Los datos recogidos serán revisados cuidadosamente. Se tabularán los datos considerados en los cuestionarios por medio del programa informático EPI INFO versión 6. Los que luego se transformarán las frecuencias a porcentajes y presentados en cuadros estadísticos de doble entrada y gráficos, utilizando el programa computarizado de EXCELL. Con la información presentada se analizaran y se interpretaran los datos utilizando el programa informático Word.

2.5.5 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la aplicación del cuestionario, se procederá de la siguiente manera:

- Pedir la autorización para la realización de la investigación en el Subcentro de salud Venezuela del cantón Machala.
- Coordinación con la Directora del Subcentro de salud para dar a conocer los avances del proyecto.
- Coordinación con el médico responsable del programa de planificación familiar.
- Entrevista con la usuaria para la obtención de los datos
- Consignar el dato en el formulario respectivo

CAPITULO III

3. PROCESAMIENTO DE DATOS

3.1 RESULTADOS DE LA FASE DE INVESTIGACIÓN

CUADRO N° 1

EDAD RELACIONADA CON LA ETNIA EN LAS MUJERES DE 14 A 30 AÑOS ASISTENTES AL SUB CENTRO DE SALUD VENEZUELA DE JUNIO A DICIEMBRE DEL 2012.

EDAD	ETNIA						TOTAL	
	INDÍGENA		AFROECUATORIANA		MESTIZA		F	%
	F	%	F	%	F	%		
14 - 17 AÑOS	2	2%	2	2%	25	21%	29	24%
18 - 21 AÑOS	0	0%	5	4%	27	23%	32	27%
22 - 25 AÑOS	0	0%	0	0%	29	24%	29	24%
26 - 30 AÑOS	0	0%	0	0%	30	25%	30	25%
TOTAL	2	2%	7	6%	111	93%	120	100%

Fuente: Encuestas.

ANÁLISIS

Se aprecia que fue el 93% de las mujeres sujetas de estudio son de etnia mestizo, el 25% pertenece a la edad de 26 a 30 años, el 6% son de etnia afro Ecuatoriana y el 4 % son de edad de 18 a 21 años, el 2% son de etnia indígena están en la edad de 14 a 17 años.

CUADRO N° 2

EDAD RELACIONADA CON EL NIVEL DE EDUCACIÓN EN LAS MUJERES DE 14 A 30 AÑOS ASISTENTES AL SUB CENTRO DE SALUD VENEZUELA DE JUNIO A DICIEMBRE DEL 2012.

EDAD	GRADO ACADÉMICO						TOTAL	
	PRIMARIA		SECUNDARIA		SUPERIOR			
	F	%	F	%	F	%	F	%
14 - 17 AÑOS	9	8%	20	17%	0	0%	29	24%
18 - 21 AÑOS	5	4%	23	19%	4	3%	32	27%
22 - 25 AÑOS	4	3%	23	19%	2	2%	29	24%
26 - 30 AÑOS	11	9%	17	14%	2	2%	30	25%
TOTAL	29	24%	83	69%	8	7%	120	100%

Fuente: Encuestas.

ANÁLISIS:

Se aprecia que el 69% de las mujeres sujetas a estudio son de un nivel de educación secundario y el 19% son de las edades de 18 a 21 años, el 24 % pertenecen a un nivel de educación primario y el 9% cursan las edades de 26 a 30 años, el 7% pertenecen a un nivel superior de educación y de ellas el 3% están en las edades de 18 a 21 años.

CUADRO N° 3

EDAD RELACIONADA CON EL ESTADO CIVIL EN LAS MUJERES DE 14 A 30 AÑOS ASISTENTES AL SUB CENTRO DE SALUD VENEZUELA DE JUNIO A DICIEMBRE DEL 2012.

EDAD	ESTADO CIVIL						TOTAL	
	CASADA		UNION LIBRE		SOLTERA			
	F	%	F	%	F	%	F	%
14 - 17 AÑOS	9	7%	14	12%	6	5%	29	24%
18 - 21 AÑOS	14	12%	9	8%	9	8%	32	28%
22 - 25 AÑOS	15	12%	4	3%	10	8%	29	23%
26 - 30 AÑOS	19	16%	4	3%	7	6%	30	25%
TOTAL	57	47%	31	26%	32	27%	120	100%

Fuente: Encuestas.

ANÁLISIS

El siguiente cuadro nos presenta la relación de la edad con el estado civil de la usuarias sujeto a estudio es así que el 47% son casadas de las cuales el 16% son de 26-30 años, el 27% solteras con mayor porcentaje están las de 18-21 años con el 8%, seguida del 26% en unión libre el 12% son de 14-17 años.

CUADRO N° 4

EDAD RELACIONADA CON EFECTOS SECUNDARIOS (CEFALEAS) EN MUJERES DE 14 A 30 AÑOS ASISTENTES AL SUB CENTRO DE SALUD VENEZUELA DE JUNIO A DICIEMBRE DE 2012.

EDAD	CEFALEA						TOTAL	
	REGULAR		INTENSA		NO PRESENTA			
	F	%	F	%	F	%	F	%
14 - 17 AÑOS	11	9%	9	7%	9	8%	29	24%
18 - 21 AÑOS	16	13%	7	6%	9	8%	32	27%
22 - 25 AÑOS	23	19%	4	3%	2	2%	29	24%
26 - 30 AÑOS	11	9%	9	8%	10	8%	30	25%
TOTAL	61	50%	29	24%	30	26%	120	100%

Fuente: Encuestas.

ANÁLISIS

Se evidencia que el 50% de mujeres encuestadas presentan cefaleas regular y el 19% afecta a las edades de más de 22 – 25 años, el 26% no presenta cefaleas y el 8% están entre las edades de más de 14-17 años, el 24% presentan cefalea intensa y el 8% están en las edades de más de 26-30 años.

CUADRO N° 5

EDAD RELACIONADA CON EFECTOS SECUNDARIOS (CICLO MENSTRUAL) EN MUJERES DE 14 A 30 AÑOS ASISTENTES AL SUB CENTRO DE SALUD VENEZUELA DE JUNIO A DICIEMBRE DE 2012.

EDAD	VARIACIÓN DEL CICLO MENSTRUAL						TOTAL	
	AUSENCIA		ABUNDANCIA		NORMAL			
	F	%	F	%	F	%	F	%
14 - 17 AÑOS	14	12%	6	5%	9	7%	29	24%
18 - 21 AÑOS	12	10%	6	5%	14	12%	32	27%
22 - 25 AÑOS	15	13%	9	7%	5	4%	29	24%
26 - 30 AÑOS	14	12%	9	7%	7	6%	30	25%
TOTAL	55	47%	30	24%	35	29%	120	100%

Fuente: Encuestas.

ANÁLISIS

Se demuestra que el 47% de las mujeres sujetas a estudio presentan ausencia del Ciclo Menstrual y el 13% afecta a las edades de 22 a 25 años, el 29% presentan un ciclo menstrual normal y el 12% las mujeres son de 18 a 21 años de edad, el 24% presentan un ciclo menstrual abundante y el 7% están entre las edades de más de

22-25 años.

CUADRO N° 6

EDAD RELACIONADA CON EFECTOS SECUNDARIOS (DOLOR ABDOMINAL) EN MUJERES DE 14 A 30 AÑOS ASISTENTES AL SUB CENTRO DE SALUD VENEZUELA DE JUNIO A DICIEMBRE DE 2012.

EDAD	DOLORES ABDOMINALES						TOTAL	
	LEVES		INTENSOS		NO PRESENTA			
	F	%	F	%	F	%	F	%
14 - 17 AÑOS	18	15%	2	2%	9	7%	29	24%
18 - 21 AÑOS	12	10%	6	5%	14	12%	32	27%
22 - 25 AÑOS	15	13%	9	7%	5	4%	29	24%
26 - 30 AÑOS	14	12%	9	7%	7	6%	30	25%
TOTAL	59	50%	26	21%	35	29%	120	100%

Fuente: Encuestas.

ANÁLISIS

Se aprecia que las mujeres encuestadas presentan 50% dolor abdominal leve y el 15% afecta a las mujeres de 14 a 17 años, el 29% no presentan dolor abdominal y el 12% afecta a las mujeres de 18 a 21 años, el 21% de las mujeres presentan dolor intenso y el 7% están entre las edades de 22 a 25 años.

CUADRO N° 7

EDAD RELACIONADA CON EFECTOS SECUNDARIOS (INCREMENTO DE PESO) EN MUJERES DE 14 A 30 AÑOS ASISTENTES AL SUB CENTRO DE SALUD VENEZUELA DE JUNIO A DICIEMBRE DE 2012.

EDAD	INCREMENTO DEL PESO						TOTAL	
	SOBRE PESO		OBESIDAD		NORMAL			
	F	%	F	%	F	%	F	%
14 - 17 AÑOS	12	10%	0	0%	17	14%	29	24%
18 - 21 AÑOS	14	12%	3	3%	15	13%	32	27%
22 - 25 AÑOS	17	14%	3	3%	9	8%	29	24%
26 - 30 AÑOS	19	16%	4	3%	7	6%	30	25%
TOTAL	62	52%	10	8%	48	40%	120	100%

Fuente: Encuestas.

ANÁLISIS

Como se puede observar las mujeres presentan el 52% sobre peso y el 16% afecta a las mujeres de 26-30 años, el 40 % no presenta ningún incremento de peso y el 14% están entre las edades de 14 a 17 años, el 8% de las mujeres presentan obesidad y el 3% afecta al grupo de mujeres de 18-21 años.

CUADRO N° 8

EDAD RELACIONADA CON EFECTOS SECUNDARIOS (ACNÉ) EN MUJERES DE 14 A 30 AÑOS ASISTENTES AL SUB CENTRO DE SALUD VENEZUELA DE JUNIO A DICIEMBRE DE 2012.

EDAD	ACNÉ						TOTAL	
	LEVES		SEVERO		NO PRESENTA			
	F	%	F	%	F	%	F	%
14 - 17 AÑOS	15	13%	2	2%	12	10%	29	25%
18 - 21 AÑOS	12	10%	0	0%	20	17%	32	27%
22 - 25 AÑOS	9	7%	0	0%	20	17%	29	24%
26 - 30 AÑOS	9	7%	0	0%	21	17%	30	24%
TOTAL	45	37%	2	2%	73	61%	120	100%

Fuente: Encuestas.

ANÁLISIS

Se considera que las mujeres sujetas de estudio presentan efectos secundarios por el uso de métodos anticonceptivos que representan el 61% no presentan Acné, y el 17% son las mujeres de 18 a 21 años, el 37% con Acné leve y el 13% afecta a las mujeres entre los 14 a 17 años, y el 2% acné severo en las edad de 14-17 años.

CUADRO N° 9

EDAD RELACIONADA CON EN TIPO DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO NATURAL EN MUJERES DE 14 A 30 AÑOS ASISTENTES AL SUB CENTRO DE SALUD VENEZUELA DE JUNIO A DICIEMBRE DE 2012.

EDAD	MÉTODO ANTICONCEPTIVO NATURAL						TOTAL	
	COITO INTERRUMPIDO		MÉTODO DEL RITMO		NINGUNO			
	F	%	F	%	F	%	F	%
14 - 17 AÑOS	9	7%	3	2%	17	14%	29	24%
18 - 21 AÑOS	2	2%	4	3%	26	22%	32	27%
22 - 25 AÑOS	2	2%	0	0%	27	23%	29	24%
26 - 30 AÑOS	0	0%	0	0%	30	25%	30	25%
TOTAL	13	11%	7	5%	100	84%	120	100%

Fuente: Encuestas.

ANÁLISIS

El siguiente cuadro nos relaciona la edad con el tipo de método anticonceptivo natural es así que el 84% no utilizan este método de estas el 25% son de 26-30 años de edad, mientras que el 11% que si lo usan están el 7% de 14-17 años, seguido del 5% que utilizan el método del ritmo de las cuales el 3% son de 18-21 años de edad.

CUADRO N° 10

EDAD RELACIONADA CON EL TIPO DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO DE BARRERA Y DIU EN MUJERES DE 14 A 30 AÑOS ASISTENTES AL SUB CENTRO DE SALUD VENEZUELA DE JUNIO A DICIEMBRE DE 2012.

EDAD	MÉTODO ANTICONCEPTIVO DE BARRERA Y DIU						TOTAL	
	PRESERVATIVO		T CON COBRE		NINGUNO			
	F	%	F	%	F	%	F	%
14 - 17 AÑOS	12	10%	2	2%	15	13%	29	24%
18 - 21 AÑOS	4	3%	0	0%	28	23%	32	27%
22 - 25 AÑOS	2	2%	4	3%	23	19%	29	24%
26 - 30 AÑOS	0	0%	6	5%	24	20%	30	25%
TOTAL	18	15%	12	10%	90	75%	120	100%

Fuente: Encuestas.

ANÁLISIS

El siguiente cuadro nos indica la relación de la edad con el uso de Métodos Anticonceptivos de barrera y dispositivo intrauterino, así tenemos que el 75% no los usan de las cuales el 23% son de 18-21 años, el 15% utilizan preservativo de estas el 10% de 14-17 años de edad, el 10% con T con cobre están el 5% de 26-30 años de edad.

CUADRO N° 11

EDAD RELACIONADA CON EN TIPO DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO HORMONAL EN MUJERES DE 14 A 30 AÑOS ASISTENTES AL SUB CENTRO DE SALUD VENEZUELA DE JUNIO A DICIEMBRE DE 2012.

EDAD	MÉTODO ANTICONCEPTIVO HORMONAL								TOTAL	
	PILDORA		INYECCIÓN		IMPLANTE		NINGUNO			
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
14 - 17 AÑOS	6	5%	9	7%	14	12%	0	0%	29	24%
18 - 21 AÑOS	4	3%	11	9%	14	12%	3	3%	32	27%
22 - 25 AÑOS	9	8%	9	8%	7	6%	4	3%	29	25%
26 - 30 AÑOS	4	3%	12	10%	4	3%	10	8%	30	24%
TOTAL	23	19%	41	34%	0	33%	17	14%	120	100%

Fuente: Encuestas.

ANÁLISIS

El siguiente cuadro nos indica la relación de la edad con el uso de Métodos Anticonceptivos hormonales así tenemos que el 34% utilizan inyectable de esta el 10% son de 26-30 años de edad, el 33% implante de las cuales el 12% son de 14-17 años, el 19% píldora de estas el 8% de 22-25 años, y el 14% no las utilizan.

CUADRO N° 12

EDAD RELACIONADA CON EN TIPO DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO QUIRÚRGICO EN MUJERES DE 14 A 30 AÑOS ASISTENTES AL SUB CENTRO DE SALUD VENEZUELA DE JUNIO A DICIEMBRE DE 2012.

EDAD	MÉTODO ANTICONCEPTIVO QUIRÚRGICO				TOTAL	
	LIGADURA DE TROMPAS		NINGUNO			
	F	%	F	%	F	%
14 - 17 AÑOS	0	0%	29	24%	29	24%
18 - 21 AÑOS	0	0%	32	27%	32	27%
22 - 25 AÑOS	0	0%	29	24%	29	24%
26 - 30 AÑOS	10	8%	20	17%	30	25%
TOTAL	10	8%	110	92%	120	100%

Fuente: Encuestas.

ANÁLISIS

El siguiente cuadro nos demuestra la relación entre la edad con el Método Anticonceptivo quirúrgico es así que el 92% de mujeres no están ligadas mientras que el 8% si, perteneciendo al grupo etario de 26-30 años.

1.2 RESULTADOS DE LA FASE DE INTERVENCIÓN

PROCESO

CUADRO N°1

INTERÉS DE LOS TEMAS EXPUESTOS POR PARTE DE LAS USUARIAS

INTERÉS DE LOS TEMAS	N°	%
Si	120	100%
No	-	-
TOTAL	120	100%

FUENTE: ENCUESTAS

ANÁLISIS:

El **100%** de las usuarias asistentes a la charla educativa sobre métodos anticonceptivos manifestaron que fueron importantes los temas expuestos además que fueron comprendidos y llenaron sus expectativas.

CUADRO N°2

CLARIDAD DE LA EXPOSICIÓN

CLARIDAD DE LA EXPOSICIÓN	F	%
Si	120	100%
No	0	0
TOTAL	120	100%

FUENTE: ENCUESTAS

ANÁLISIS:

El **100%** de las usuarias del subcentro de salud Venezuela asistentes a la charla educativa sobre métodos anticonceptivos manifestaron que hubo claridad en la exposición de la charla educativa.

CUADRO N°3

CALIDAD DEL MATERIAL VISUAL EDUCATIVO UTILIZADO EN LA CHARLA EDUCATIVA.

CALIDAD DEL MATERIAL VISUAL EDUCATIVO	F	%
Bueno	120	100%
Regular	0	0
Malo	0	0
TOTAL	120	100%

FUENTE: ENCUESTAS

ANÁLISIS:

El **100%** de las usuarias presentes en la charla educativa sobre anticoncepción manifestaron que la calidad audiovisual era muy buena y que les agrado el material entregado ya que la información era importante, clara y creativa.

CUADRO N°4

CALIDAD DEL AMBIENTE DONDE RECIBIERON LA CHARLA EDUCATIVA.

CALIDAD DEL AMBIENTE	F	%
Adecuado	120	100%
Inadecuado		
TOTAL	120	100%

FUENTE: ENCUESTAS

ANÁLISIS:

El **100%** de las usuarias del Subcentro de salud Venezuela asistentes a la charla sobre anticonceptivos dada en la sala auditorio manifestaron que el ambiente fue adecuado y les agrado.

CUADRO N° 5

PRODUCTO

TEMAS DE LA CHARLA EDUCATIVA	PRE- TEST				TOTAL		POST- TEST				TOTAL	
	CORRECTO		INCORRECTO				CORRECTO		INCORRECTO			
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Salud Sexual	2	4%	148	96%	87	100%	87	97%	0	-	87	100%
Mujer en edad fértil	2	4%	85	96%	87	100%	87	100%	0	-	87	100%
Métodos anticonceptivos	2	4%	85	96%	87	100%	87	100%	0	-	87	100%
Utilización; variación	2	4%	85	96%	87	100%	87	100%	0	-	87	100%
Importancia	0	-	87	100%	87	100%	87	100%	0	-	87	100%

FUENTE: ENCUESTAS

ANÁLISIS:

La presente tabla representa la relación entre el pre - test y post - test de la charla que se ejecutó acerca de la utilización de los anticonceptivos la misma que demuestra que antes de la charla educativa el **96%** las usuarias tenían un déficit de conocimiento; pero al concluir la charla educativa se obtuvo un mayor porcentaje en el aumento de conocimientos siendo así que la intervención beneficio al grupo en estudio.

CUADRO N° 6

EVALUACIÓN DE LAS ACTIVIDADES EJECUTADAS

ACTIVIDADES	PROGRAMADAS	%	EJECUTADAS	%
ACTIVIDADES DE GESTIÓN	1	100%	1	100%
ACTIVIDADES DE COORDINACIÓN	2	100%	2	100%
ACTIVIDADES DE EDUCACIÓN	2	100%	2	100%
TOTAL	5	100%	5	100%

Fuentes: Cronograma de actividades

ANÁLISIS:

Todas las actividades programadas del proyecto se cumplieron en un 100%.

IMPACTO

CUADRO N° 7

TRATO QUE RECIBIERAN LAS USUARIAS POR PARTE DE LA EXPOSITORA.

TRATO QUE RECIBIÓ	F	%
Bueno	120	100%
Regular	0	0
Malo	0	0
TOTAL	120	100%

FUENTE: ENCUESTAS

ANÁLISIS:

El **100%** las usuarias asistentes a la charla educativa sobre salud sexual, expresaron su gratitud al estar satisfechos con el trato recibido, por parte del expositor.

CONCLUSIONES

Luego de culminar con este trabajo de investigación puedo concluir lo siguiente:

- En cuanto a las características individuales el 27% de usuarias son de 18-21 años, el 93% de etnia mestiza, el 69% tienen un nivel educativo de secundaria, el 47% son casadas.
- En tanto a los efectos adversos el 50% presentan cefalea regular, el 50% dolor abdominal leve, el 61% no presentan acné, el 52% con sobre peso, el 47% ciclo menstrual ausente.
- En cuanto al tipo de Métodos Anticonceptivos el 11% utilizan el coito interrumpido, el 15% preservativo, el 34% inyección, el 8% ligadura.
- El programa educativo en un 100% fue exitoso, las usuarias manifestaron que lleno sus expectativas y despejo sus dudas.

RECOMENDACIONES

- Para poder responder a las dudas de las mujeres a más de brindar charlas, se podría hacer la entrega de una guía.
- En las instituciones educativas se deberían realizar proyectos enfocados directamente a la sexualidad, más no como charlas ocasionales.
- Mayor difusión en medios de comunicación, familia, maestros, sobre temas relacionados con la sexualidad que ayuden a todas las mujeres principalmente a iniciar su vida sexual con responsabilidad y respeto.
- Las unidades de salud deben promover campañas sobre este tema, y exista una mejor acogida para estos grupos de edades.

BIBLIOGRAFÍA

1. BUNGE MARIO. 2008. *LA INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA*. BARCELONA-ESPAÑA ED. ARIEL. PÁG. 650.
2. ENDES. 2001. *ENCUESTA DEMOGRÁFICA Y DE SALUD FAMILIAR*. LIMA – PERÚ. EDIT. BARCELÓ. PÁG. 296.
3. ESPINOZA S. 2004 *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*. LIMA- PERÚ.. EDIT. CUMBRES. PÁG. 763.
4. FREDICH ROVICH. 2005. *DICCIONARIO DE PSICOLOGÍA*.. MADRID - ESPAÑA: ED. HANDOR. PÁG 298.
5. INEC. 2001. *COMPENDIO DE ESTADÍSTICAS*. QUIT- ECUADOR. PÁG 34.
6. MEYERS DAVID. 2004 *PSICOLOGÍA*. BARCELONA - ESPAÑA: ED. PANAMERICANA. PÁG. 2966.
7. MOUNTAIN, C. 2001. *EFFECTOS COAGULANTES DE LOS ANTICONCEPTIVOS ORALES*. BALTIMORE – ESTADOS UNIDOS. EDIT. HEALTH. PÁG. 1634.
8. WINGRAVE SJ., 2007. *ANTICONCEPTIVOS ORALES Y LA DIABETES MELLITUS*. NEW YORK. ESTADOS UNIDOS EDIT. BRIT MED. PÁG. 764.

9. WONG, C. 2002. *ANTICONCEPTIVOS ORALES Y EL ABORTO*. CALI-COLOMBIA. EDIT. PLANETA. PÁG. 2019.
10. ZULLGAMS, H. 2008. *SALUD SEXUAL*. LIMA – PERÚ. EDIT. GYNES. PÁG. 297

Web grafía

1. FETIS, GISELLE N. «SCIELO.» *FACTORES ASOCIADOS AL USO DE ANTICONCEPTIVOS EN ESTUDIANTES DE ENSEÑANZA MEDIA DE LA COMUNA DE TEMUCO*. 2009. [HTTP://WWW.SCIELO.CL/SCIELO.PHP?SCRIPT=SCI_ARTTEXT&PID=S0717-75262008000600002](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262008000600002) (ÚLTIMO ACCESO: 14 DE FEBRERO DE 2015).
2. GOMEZ, SANCHEZ PIO HERNAN M.D. «SCIELO.» *PERCEPCION DEL USO DE ANTICONCEPTIVOS EN BOGOTA COLOMBIA 2009. ESTUDIO CUALITATIVO*. 2008. [HTTP://WWW.SCIELO.ORG.CO/SCIELO.PHP?PID=S0034-74342010000100005&SCRIPT=SCI_ARTTEXT](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0034-74342010000100005&script=sci_arttext) (ÚLTIMO ACCESO: 12 DE ENERO DE 2013).
3. MORAN, FAUNDES JOSE MANUEL. «SCIELO.» *LA ANTICONCEPCION DE EMERGENCIA EN CHILE*. 2009. [HTTP://WWW.SCIELO.BR/PDF/RBEPOP/V30N1/V30N1A07](http://www.scielo.br/pdf/rbepop/v30n1/v30n1a07) (ÚLTIMO ACCESO: 12 DE ENERO DE 2013).
4. MORATO, DE AUGUSTIN ALICIA. «SCIELO.» *CONOCIMIENTO Y USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS POR LA POBLACION FEMENINA DE UNA ZONA DE SALUD. ESPAÑA*. 2008. [HTTP://SCIELO.ISCIII.ES/SCIELO.PHP?SCRIPT=SCI_ARTTEXT&PI](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pi)

D=S1135-57271998000600008 (ÚLTIMO ACCESO: 12 DE ENERO DE 2013).

5. MOUNTAIN. *EFFECTOS COAGULANTES DE LOS ANTICONCEPTIVOS ORALES*. MADRID: ELSIEVER, 2012.
6. MSP ECUADOR, MINISTERIO DE SALUD PUBLICA DEL ECUADOR. *MSP E INEC PRESENTAN RESULTADOS DE DEMOGRAFÍA Y SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA*. [HTTP://WWW.ECUADORENCIFRAS.GOB.EC/MSP-E-INEC-PRESENTAN-RESULTADOS-DE-DEMOGRAFIA-Y-SALUD-SEXUAL-Y-REPRODUCTIVA/](http://www.ecuadorencifras.gob.ec/msp-e-inec-presentan-resultados-de-demografia-y-salud-sexual-y-reproductiva/), QUITO: SUBSECRETARIA DE VIGILANCIA DE LA SALUD PUBLICA, 2014.
7. OMS. «ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD.» 2014. [HTTP://WWW.WHO.INT/CHP/CHRONIC_DISEASE_REPORT/PART1/ES/INDEX4.HTML](http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1/es/index4.html) (ÚLTIMO ACCESO: 13 DE AGOSTO DE 2014).
8. OPS, ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. «SITUACIÓN DEL USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS EN ECUADOR.» *MINISTERIO DE SALUD PUBLICA*, 2014: 4-9.
9. WONG, C. *ANTICONCEPTIVOS ORALES Y ABORTO*. BOGOTA: WON09, 2009.

ANEXOS

ANEXO N° 1
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividades	Año 2013	Año 2014	Año 2015				
	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo
Revisión de la Literatura							
Revisión de los datos							
Elaboración del Anteproyecto							
Presentación del Anteproyecto							
Elaboración tesis							
Revisión de la Literatura							
Aplicación de encuestas							
Tabulación de los datos							
Elaboración del Programa educativo							
Intervención del programa							
Presentación al H. Consejo Directivo el documento final							
Corrección del Informe							
Sustentación de tesis							

ANEXON° 2

PRESUPUESTO DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	RECURSOS	VALOR	TOTAL
	6 movilizaciones	5	20
Revisión de la literatura	Libros		
	Folletos		
	Internet	1	25
	Copias	0,02	11
Elaboración del Anteproyecto	7 movilizaciones	3	21
	Impresiones	0,05	35
	Internet	1	40
Aplicación de Encuestas	Materiales		
	12 movilizaciones	5	60
	Copias	0,02	10
	Internet	1	5
	Bolígrafos	0,25	20
	Humanos		
Ayudante	1	5	
Tabulación de los	Internet	1	8
Elaboración del Programa Educativo	Movilizaciones	2	24
	Impresión	0,25	6,5
Intervenciones del programa educativo	Materiales		
	Trípticos	0,08	10,4
	Encuestas	0,03	6
	Bolígrafos	0,25	3
	Refrigerio	60	60
	Invitaciones	2	2
	Marcadores	0,3	1,2
	Humanos		
	Investigador		
	Asesora de Tesis		
Colaborador			
Usuarías			
Correcciones del informe de tesis	Impresiones	0.25	5
Empastado de tesis	4 tesis empastadas	8	32
Sustentación de tesis	Dispositivas	5	5
	Infocus	25	25
	Refrigerio	1,5	45
		Subtotal	
	Imprevistos	30	30
TOTAL			515,1

ANEXO N° 3
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MACHALA
UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA
SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

DIRIGIDO: A las usuarias que acuden al Subcentro de salud Venezuela..

OBJETIVO: Determinar los factores que influyen en la aceptación o rechazo de los métodos anticonceptivos.

INSTRUCTIVO: Dígnese a contestar las siguientes preguntas, respondiendo con sinceridad, encierre la respuesta que usted considere correcta.

1. ¿Cuántos años tiene?

- 14-17 ()
- 18-21 ()
- 22-25 ()
- 26-30 ()

2. ¿En qué trabaja?

- Quehaceres domésticos ()
- Comerciantes ()
- Empleadas públicas ()
- Otros ()

3. ¿Cuál es su nivel de escolaridad?

- Primaria ()
- Secundaria ()
- Superior ()

4. ¿Cuál es su pertenencia Étnica?

- Mestiza ()
- Indígena ()
- Blanca ()

- Afro-Ecuatoriana ()

5. ¿Tiene una vida sexual activa?

SI () NO () A VECES ()

6. ¿Con qué frecuencia se presentan los dolores de cabeza?

Regular.....

Intenso.....

7. ¿Qué características presenta el ciclo menstrual?

Ausencia

Abundancia

8. En tu opinión ¿Quién crees que debería dar mayor información acerca de métodos anticonceptivos y sexualidad?

_____ Padres

_____ Profesores

_____ Medios de comunicación

_____ Profesionales de la salud

_____ Amigos-as

_____ Jóvenes con preparación en el tema

_____ Otros

¿Cuáles? _____

¿Por qué? _____

9. En el Subcentro Venezuela has recibido información sobre métodos anticonceptivos.

Si ()

No ()

10. De las siguientes opciones ¿Cuál de estos tipos de métodos anticonceptivos usted utiliza?

_____ Condón

_____ Vasectomía

_____ Píldora anticonceptiva

_____ Píldora de emergencia

_____ Parche anticonceptivo

_____ Implante anticonceptivo

_____ Inyecciones Anticonceptivos

_____ Dispositivos intrauterinos

_____ Espermicidas

_____ Ligadura

_____ Todos

_____ Ninguno

11. De las siguientes afirmaciones sobre métodos anticonceptivos ¿Cuál de ellas según tu conocimiento son correctas?

_____ Previenen de embarazos no deseados

_____ Aumentan el riesgo de contraer cáncer

_____ Ayudan a la planificación familiar

_____ Protegen de enfermedades transmisión sexual

_____ Los anticonceptivos hormonales tienden a engordar

12. La información recibida sobre métodos anticonceptivos te ha hecho reflexionar sobre las consecuencias a las que te enfrentarías al no utilizarlos.

Si ()

No ()

¿Por qué?

ANEXO N° 4
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MACHALA
UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA
SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

TEST DE CONOCIMIENTO

DIRIGIDA: A las usuarias que asisten al subcentro de salud Venezuela

INSTRUCTIVO: Dígnese usted a responder las siguientes preguntas marcando con una x la respuesta que usted considere correcta, se le pide de favor que sea sincera en contestar.

1. **¿Ud. Conoce que es el sexo seguro?**
 - Uso del preservativo
 - Tener más de una pareja sexual
 - Abstinencia
 - Masturbación
2. **¿Qué son los Métodos Anticonceptivos?**
 - Es un proceso que evita el contagio de una enfermedad venérea
 - Impide significativamente las posibilidades de una fecundación
 - Proceso que impide la concepción mediante fármacos
3. **Uno de los métodos hormonales son las píldoras anticonceptivas ¿Sabe usted si al utilizar este método existe protección contra las Infecciones de Transmisión sexual (ITS)?**
 - Si
 - No
 - Desconoce
4. **¿Según su criterio cuál es el método que considera más efectivo?**
 - Preservativo
 - Inyecciones
 - Píldoras
 - Ritmo
 - Ninguno
5. **¿Para qué utiliza los métodos anticonceptivos?**
 - Prevenir infecciones de transmisión sexual
 - Prevenir embarazos
 - Todas las anteriores
6. **El método que te ayuda a evitar un embarazo no deseado es**
 - Preservativo
 - Píldoras

7. El dispositivo intrauterino es conocido como:

- Condón femenino
- T de cobre
- Píldoras

8. ¿Cuál de los siguientes no es un método de barrera?

- Método de barrera
- Método químico
- Método de retroalimentación
- Método de abstinencia periódica

9. El diafragma es un anticonceptivo de tipo:

- Químico
- Barrera

- Abstinencia
- Esterilización

10. ¿Cuál de los siguientes métodos necesita ser recetado por un médico?

- El preservativo
- Los espermicidas
- La píldora

ANEXO N° 5

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MACHALA UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD CARRERA DE ENFERMERÍA

POSTEST

DIRIGIDA: A las usuarias que acuden al subcentro de salud Venezuela

INSTRUCTIVO: dígnese usted a responder las siguientes preguntas, se le pide de favor que sea sincera en contestar.

CONTENIDO

1. ¿Qué son los Métodos Anticonceptivos?

.....
.....

2. ¿Cuáles son los métodos de planificación familiar?

.....
.....

3. ¿Cuál es el método indicado para usted?

.....
.....

4. ¿Cuáles son las complicaciones de no planificar?

.....
.....

5. ¿Cuáles son los efectos secundarios de los métodos anticonceptivos?

.....
.....

ANEXO N° 7
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MACHALA
UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA
SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

EVALUACIÓN DEL PROCESO:

1.- ¿Los temas expuestos fueron de interés y llenaron sus expectativas?

Si () No ()

2.- ¿La expositora fue clara en su intervención?

Si () No ()

3.- ¿Cómo le pareció la calidad del material educativo y la ayuda audiovisual utilizada en la charla educativa?

Bueno () Regular () Malo ()

4.- La calidad del ambiente físico dónde se realizó la charla fue:

Adecuado () Inadecuado ()

5.- ¿El trato que recibió antes, durante, y después de la charla por parte de la expositora fue?

Bueno () Regular () Malo ()

ANEXO N° 8
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MACHALA
UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA
SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA
PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

RESPONSABLE: EGRESADA JENNY MERCHAN

GRUPO BENEFICIARIO: USUARIAS

JUSTIFICACIÓN:

El presente trabajo nos muestra una problemática que es el uso de anticonceptivos el mismo que está dado por causa de no tener un buen conocimiento de Métodos Anticonceptivos, ya que es muy importante para personas que inician una vida sexual a muy temprana edad. Uno de los objetivos del plan educativo es identificar el nivel de conocimiento de los Métodos Anticonceptivos sobre la actitud de su uso en las usuarias que acuden al subcentro de salud Venezuela según sexo, religión, grado de instrucción, para ver cuánto saben sobre el tema y evitar las consecuencias, otro objetivo valorar el conocimiento frente al uso de los Métodos Anticonceptivos, sobre todo en las usuarias adolescentes que son las de mayor población sujeto a estudio, es importante considerar también que en los adolescentes encontramos 60% de abortos esto muestra que es muy grave a tan temprana edad, para que no pueda suceder esto tenemos que educar a los adolescentes haciéndolos saber que tan importante es estar preparados para ser padres y tener una responsabilidad que cumplir también hacerles conocer todos los Métodos Anticonceptivos que existen.

Con estos antecedentes podemos expresar que la adolescencia es una edad tan compleja y trascendental requiere también una atención consecuente, padres, educadores y médicos deben conocer las peculiaridades de esta etapa de la vida y cómo orientar al joven a afrontar exitosamente los problemas que se presenten. Con la finalidad de encausar la sexualidad en la adolescencia, nuevas prohibiciones han resultado ineficaces, es decir, es mucho más juicioso preparar a los adolescentes para que hagan uso racional de la amplia libertad de que disfrutaban y no confiar en prohibiciones impuestas sin razonar, que hoy entrarían en contradicción con los principios que rigen el desarrollo de la personalidad. Sin preparación integral, ignorantes de los riesgos de una conducta desordenada, sin tener vínculos establecidos en el seno de la familia, los adolescentes pueden responder incontroladamente a sus impulsos, por eso es responsabilidad de los adultos, de la familia, de la escuela, y del personal de salud, tomar las iniciativas y ayudar a orientar a las nuevas generaciones.

OBJETIVOS

General:

- Proporcionar información clara y precisa sobre los servicios con que cuenta el programa, especialmente educar sobre los métodos de planificación familiar.

Específicos:

- Incentivar a las usuarias para que conozcan y se beneficien de todos servicios que ofrece el programa.
- Proporcionar conocimientos sobre los métodos de planificación familiar de manera interactiva e ilustrativa.

CONTENIDO

1. EDUCATIVO

1. MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

- Concepto
- Factores de riesgo
- Presentación del método

2. ADOLESCENCIA

- Concepto
- Etapas
- Problemas relacionados a su sexualidad

3. EMBARAZO NO DESEADO

- Concepto
- Estadísticas del embarazo en adolescentes
- Factores de riesgo
- Complicaciones
- Consecuencias

4. PLANIFICACIÓN FAMILIAR

- Definición
- Importancia
- Principios y fundamentos

5. TIPOS DE MÉTODOS

- Barrera
- Químico
- Diu

6. BUEN USO DE LOS MÉTODOS

- Uso del preservativo
- Uso de píldoras
- Uso de la ampolla
- Como cuidar el DIU

2. METODOLOGÍA

- Técnicas de exposición
- Procedimiento de prevención
- Charla educativa

3. DEMOSTRACIÓN

- Uso correcto del condón.

4. ESTRATEGIAS

- Se coordinó con las autoridades del colegio; para fijar día, hora, lugar donde se llevó a cabo la intervención.
- Se colocó un aviso en la entrada del subcentro informando sobre la charla educativa a realizar.
- Se entregó invitaciones a las usuarias para que asistan al programa educativo.
- Entrego material educativo a los y las adolescentes.

5. EDUCACIÓN

Exposición oral y audiovisual de los temas de interés

6. RECURSOS HUMANOS:

- Adolescentes.
- Autoridades del subcentro
- Personal del colegio
- Autora: Jenny Merchán

7. RECURSOS MATERIALES:

- Lápiz
- Papel periódico.
- Cinta adhesiva
- Encuestas
- Infocus

- Computadora
- Pemdrive
- Trípticos
- Cámara.
- Transporte
- Refrigerio
- Invitaciones
- Copias

8. RECURSOS ECONÓMICOS:

Charla educativa	10.00
Movilización	20.00
Refrigerio	25.00
Copias	15.00
Imprevistos	20.00
TOTAL	90.00

9. EVALUACIÓN:

La fase de intervención fue evaluada por medio de los siguientes criterios y utilizando los indicadores de:

- **Proceso:** Calidad de la intervención referente a la aplicación de la encuesta y la charla educativa.
- **Producto:** Cumplimiento de las actividades y de los objetivos propuestas.
Cobertura.
- **Impacto:** - Se valoró la satisfacción de la intervención por parte de los estudiantes, mediante un post test y el registro de asistencia.

ANEXO N° 8
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MACHALA
UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA
SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

AGENDA DE CAPACITACIÓN SOBRE LA UTILIZACIÓN DE
LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

LUGAR: SALA DE ESPERA DEL SUBCENTRO DE SALUD VENEZUELA

FECHA: NOVIEMBRE 2013.

1. Saludo y Bienvenida a las asistentes, por la responsable del programa de intervención.
2. Presentación del expositor.
3. Aplicación del PRE Test de evaluación a las presentes.
4. Exposición de los temas.
5. Entrega de trípticos.
6. Aplicación del POST Test de evaluación a los presentes.
7. Levantamiento de firmas de las asistentes a la charla.
8. Refrigerio.
9. Agradecimiento a las presentes y colaboradoras del programa.
10. Evaluación de las actividades planificadas

ANEXO N° 9

CRONOGRAMA DE CHARLAS

TEMA	TÉCNICA	RECURSOS		TIEMPO	RESPONSABLE	FECHA
		HUMANOS	MATERIALES			
<p>MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS</p> <p>Concepto</p> <p>Factores de riesgo</p> <p>Presentación del método</p> <p>MUJER EN EDAD FERTIL</p> <p>Concepto</p> <p>Etapas</p> <p>Problemas relacionados a su sexualidad</p>	<p>Oral, audiovisual y escrita</p>	<p>Autora</p> <p>Estudiantes</p>	<p>Lápiz</p> <p>Papel periódico.</p> <p>Cinta adhesiva</p> <p>Encuestas</p> <p>Infocus</p> <p>Computadora</p> <p>Pem drive</p> <p>Trípticos</p> <p>Cámara.</p> <p>Transporte</p> <p>Refrigerio</p> <p>Invitaciones</p> <p>Copias</p>	<p>20 min</p>	<p>Autora: Jenny Merchán</p>	<p>Noviembre del 2013</p>

TEMA	TÉCNICA	RECURSOS		TIEMPO	RESPONSABLE	FECHA
		HUMANOS	MATERIALES			
<p>EMBARAZO EN ADOLESCENTES</p> <p>Concepto</p> <p>Estadísticas del embarazo en adolescentes</p> <p>Factores de riesgo</p> <p>Complicaciones</p> <p>Consecuencias</p> <p>PLANIFICACIÓN FAMILIAR</p> <p>Definición</p> <p>Importancia</p> <p>Principios y fundamentos</p>	<p>Oral, audiovisual y escrita</p>	<p>Autora</p> <p>Estudiantes</p>	<p>Lápiz</p> <p>Papel periódico.</p> <p>Cinta adhesiva</p> <p>Encuestas</p> <p>Infocus</p> <p>Computadora</p> <p>Pem drive</p> <p>Trípticos</p> <p>Cámara.</p> <p>Transporte</p> <p>Refrigerio</p> <p>Invitaciones</p> <p>Copias</p>	<p>20 min</p>	<p>Autora: Jenny Merchán</p>	<p>Noviembre del 2013</p>

TEMA	TÉCNICA	RECURSOS		TIEMPO	RESPONSABLE	FECHA
		HUMANOS	MATERIALES			
TIPOS DE MÉTODOS Barrera Químico Diu BUEN USO DE LOS MÉTODOS Uso del preservativo Uso de píldoras Uso de la ampolla Como cuidar el DIU	Oral, audiovisual y escrita	Autora Estudiantes	Lápiz Papel periódico. Cinta adhesiva Encuestas Infocus Computadora Pem drive Trípticos Cámara. Transporte Refrigerio Invitaciones Copias	20 min	Autora: Jenny Merchán	Noviembre del 2013

ANEXO N° 10
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MACHALA
UNIDAD ACADEMIA DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA
SALUD

INTERVENCIÓN EN EL SUBCENTRO DE SALUD VENEZUELA







APLICACIÓN DE ENCUESTAS





FINAL DE LA INTERVENCIÓN EN EL SUBCENTRO DE SALUD VENEZUELA

