



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

AREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE MEDICINA HUMANA

TITULO

**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE LA ANTICONCEPCIÓN
EN LAS MUJERES EN PERIODO DE LACTANCIA ATENDIDAS EN EL
CENTRO DE SALUD NRO. 1 DE LA CIUDAD DE LOJA.**

TESIS DE GRADO PREVIA A LA
OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
MÉDICO GENERAL

AUTOR:

JUAN PABLO CUENCA ROMERO

DIRECTOR:

1859
DR. EDUARDO SAMANIEGO CÁRDENAS

LOJA - ECUADOR

2015



CERTIFICACION

Loja, 11 de noviembre del 2015

Dr. Eduardo Samaniego Cárdenas

DOCENTE DEL AREA DE LA SALUD HUMANA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

CERTIFICA:

Que en calidad de director de la tesis de grado titulada: **“CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE LA ANTICONCEPCIÓN EN LAS MUJERES EN PERIODO DE LACTANCIA ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD N° 1 DE LA CIUDAD DE LOJA”**, de autoría del señor: Juan Pablo Cuenca Romero; ha sido dirigida, prolijamente revisada tanto en su forma como en su contenido, de conformidad con los requerimientos institucionales y aprobada, por lo que autorizo su publicación y difusión.

Atentamente;

Dr. Eduardo Samaniego Cárdenas

Director de Tesis

AUTORIA

Yo, **Juan Pablo Cuenca Romero**, declaro ser autor del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional- Biblioteca Virtual.

Autor: Juan Pablo Cuenca Romero

Firma:

Cédula de Identidad: 0705388205

Fecha: 11 de noviembre del 2015

**CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS POR PARTE DEL AUTOR, PARA LA
CONSULTA, REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL, Y PUBLICACIÓN
ELECTRÓNICA DEL TEXTO COMPLETO.**

Yo, Juan Pablo Cuenca Romero, declaro ser autor de la tesis titulada: **“Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la anticoncepción en las mujeres en periodo de lactancia atendidas en el Centro de Salud N° 1 de la ciudad de Loja”**, cumpliendo con el requisito que me permite obtener el título de Médico General; autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja, difunda con fines estrictamente académicos la producción intelectual de esta casa de estudios superiores.

Los usuarios puedan consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y del exterior, con los cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja no se hace responsable por el plagio o copia injustificada de la presente tesis que sea realizada por un tercero. Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los veintiocho días del mes de Octubre del dos mil quince, firma el autor.

Firma:.....

AUTOR: Juan Pablo Cuenca Romero.

Cédula: 0705388205

Dirección: Barrio Celi Román, calles Benjamín Ruiz y Benjamín Pereira

Correo Electrónico: jpablo-edge@hotmail.com

Teléfono Celular: 0988864706

DATOS COMPLEMENTARIOS

Director de Tesis: Dr. Eduardo Samaniego Cárdenas Mg. Sc.

Tribunal de Grado: Dr. Miguel Antonio Marín Gómez. Mg. Sc. (Presidente)

Dr. Richard Orlando Jiménez. Mg. Sc.

Dr. Juan Cuenca Apolo. Mg. Sc.

DEDICATORIA

A mis padres Juan y Laura por su apoyo incondicional, amor y paciencia; por sus consejos y enseñanzas que me ayudaron a cumplir con mis metas y salir adelante a pesar de las adversidades.

A mis hermanas María y Katherine que siempre estuvieron presentes, que me apoyaron y colaboraron en mi formación profesional.

A mis familiares, amigos, maestros que colaboraron de alguna manera en esta etapa de mi vida.

A mi hermosa Evelyn mi amor eterno que con su amor y voz de aliento siempre me supo dar más que un motivo para luchar y cumplir mis sueños.

A mi hijo adorado Jeremy, mi motor y mi alegría que me inspira para ser cada día mejor.

Juan Pablo

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Nacional de Loja y la Carrera de Medicina Humana, a sus docentes y directivos por la enseñanza ética y científica que me permitieron formarme como un profesional capacitado para el servicio a la comunidad.

Al director de tesis Dr. Eduardo Samaniego por dirigir y ayudar acertadamente en la realización de este trabajo investigativo.

Al Centro de Salud N°1 de la Ciudad de Loja, a su directora y demás integrantes quienes colaboraron de manera importante en la recolección de datos.

A mis padres, hermanas, mi esposa, mi hijo y demás familiares y amigos por su constante apoyo, cariño y paciencia.

1. TITULO

“CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE LA ANTICONCEPCIÓN EN LAS MUJERES EN PERIODO DE LACTANCIA ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD N° 1 DE LA CIUDAD DE LOJA”

2. RESUMEN

El presente estudio tiene como objetivo evaluar el nivel de conocimiento sobre anticoncepción en las mujeres en periodo de lactancia, que fueron atendidas en el Centro de Salud N°1 de la ciudad de Loja durante el periodo abril-septiembre del 2014; así como también determinar actitudes y prácticas relacionadas con los métodos anticonceptivos. Por esta razón, se realizó un estudio de tipo descriptivo y de corte transversal; el universo y muestra fueron 72 mujeres; para la realización del presente trabajo fue necesario realizar una entrevista indicando los motivos y la información necesaria que se solicitó, también se elaboró una encuesta para la obtención de los datos. Del total de la muestra el 69,44% tienen instrucción secundaria y el 23,61% instrucción superior, en cuanto al conocimiento sobre las desventajas y beneficios de los métodos anticonceptivos el 44,44% tuvieron calificación muy bueno y el 43,063% calificación bueno, y que guarda relación con el nivel de instrucción ya que a un nivel más alto de educación mayor es el conocimiento. Los anticonceptivos orales son los más usados con un 27,78%, los implantes lo usan el 25% y un 26,39% no utilizan métodos anticonceptivos. El 31,94% han tenido en alguna ocasión dificultades para el acceso al uso y/o conocimiento de métodos anticonceptivos, la causa más frecuente fue la timidez de acudir a los centros de salud. En cuanto a las actitudes, la gran mayoría están de acuerdo con el uso de métodos anticonceptivos para la planificación familiar.

Palabras clave: métodos anticonceptivos, conocimientos, mujeres en periodo de lactancia.

SUMMARY

The present study aims to evaluate the level of knowledge about contraception in women who breastfeed, who were treated at the Health Center No. 1 in the city of Loja during the period April - September 2014; as well as determining attitudes and practices related to the contraceptive methods. For this reason, a descriptive study was performed and cross-sectional; the universe and sample were 72 women; For the realization of the present work it was necessary to carry out an interview stating the reasons and the necessary information that is requested, also prepared a survey to obtain data.. Of the total sample the 69.44 % have received secondary education and the 23.61 % higher education, with regard to knowledge on the disadvantages and benefits of contraceptive methods, the 44.44 % had very good rating and the 43.063 % rating good, and that is related to the level of instruction as to a higher level of education is knowledge. Oral contraceptives are most commonly used with a 27.78 %, implants used the 25% and a 26.39 % not using contraception. The 31.94 % have had at any occasion difficulties to access to the use and/or knowledge of contraceptive methods, the most frequent cause is the timidity of to go to health centers. With regard to attitudes, the vast majority are in agreement with the use of contraceptive methods for family planning.

Key Words: contraceptive methods, knowledge, women who breastfeed.

3. INTRODUCCION

La tarea de planificación familiar sigue inconclusa. A pesar de los grandes avances de las últimas décadas, más de 120 millones de mujeres a nivel mundial quieren evitar el embarazo, pero ni ellas ni sus parejas están utilizando anticoncepción. Hay muchas razones por las que no se ha resuelto esa necesidad: los servicios y los insumos todavía no se encuentran disponibles en todos lados, o las opciones son limitadas. El miedo a la desaprobación social o a la oposición de la pareja plantea barreras formidables. El temor a efectos secundarios e inquietudes relacionadas con la salud frenan a mucha gente; otros no conocen las opciones anticonceptivas y su utilización. Millones más están utilizando la planificación familiar para evitar el embarazo pero fracasan por una serie de razones. Puede que no hayan recibido instrucciones claras acerca de cómo utilizar el método de manera apropiada, que no hayan conseguido el método más adecuado a sus necesidades, que no estuvieran suficientemente preparadas para los efectos secundarios, o que se hubieran terminado los suministros. (OMS, Planificación Familiar, 2011)

En el país los embarazos no deseados se ubican alrededor del 37% de promedio general; esto significa que de cada 100 nacimientos, 37 fueron no planificados. La cifra es mucho más preocupante cuando se incorporan variables como acceso a la educación y quintiles de pobreza.

Es posible que en la actualidad y en nuestro medio las mujeres, en gran porcentaje no dan lactancia materna exclusiva a sus hijos ya sea por razones de trabajo, de estudio, por desconocimiento o por diversas razones más, lo cual representa un riesgo para un embarazo no. Es probable que exista un desconocimiento en gran parte de las mujeres sobre el uso correcto de los métodos anticonceptivos, en especial las condiciones que se deben cumplir para que éste sea efectivo. Así como también es probable que desconozcan algunos métodos anticonceptivos que se pueden utilizar confiablemente

mientras dan de lactar y que estos no alteran de ninguna manera la producción o calidad de la leche materna.

En la presente investigación se ha planteado el siguiente problema, como: ¿Cuáles son los conocimientos, las actitudes y las prácticas sobre la anticoncepción en las mujeres en periodo de lactancia atendidas en el Centro de Salud N° 1 de la ciudad de Loja en el período abril-septiembre del 2014?; y que como objetivos se ha propuesto saber cuál es la relación entre el conocimiento sobre métodos anticonceptivos y el nivel de instrucción de las mujeres en periodo de lactancia; además cuales son los métodos anticonceptivos más utilizados; así como también conocer si han existido problemas o situaciones que hayan impedido el acceso al uso y/o conocimiento de métodos anticonceptivos; y saber cuáles son las actitudes de las mujeres sobre el uso de los métodos anticonceptivos.

Para la presente investigación se realizó un estudio descriptivo y de corte transversal; para obtener la información fue necesario realizar encuestas a las pacientes en periodo de lactancia que acudieron al servicio de ginecología del Centro de Salud N°1. Los resultados fueron los siguientes; el 69,44% de las pacientes tienen instrucción secundaria y el 23,61% instrucción superior, en cuanto al conocimiento sobre los métodos anticonceptivos el 44,44% tuvieron calificación muy bueno y el 43,063% calificación bueno. Los anticonceptivos orales son los más usados con un 27,78%, los implantes el 25% y un 26,39% no utilizan métodos anticonceptivos. El 31,94% han tenido en alguna ocasión dificultades para el acceso al uso y/o conocimiento de métodos anticonceptivos, la causa más frecuente fue la timidez de acudir a los centros de salud; y en cuanto a las actitudes, la gran mayoría están de acuerdo con el uso de métodos anticonceptivos para la planificación familiar.

4. REVISION DE LITERATURA

CAPITULO I

1. SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

1.1. Definición:

La OMS (2002) define a la salud sexual como “un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; la cual no es meramente ausencia de enfermedad, disfunción o malestar. La salud sexual requiere un acercamiento positivo y respetuoso hacia la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de obtener placer y experiencias sexuales seguras, libres de coacción, discriminación y violencia. Para que la salud sexual se logre y se mantenga, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y satisfechos”. (Navarro, Trillo, Luque, & Seoane, 2014)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido la salud reproductiva como “el estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad durante el proceso de reproducción”. (Rigol, 2014)

En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información sobre planificación familiar, así como acceso a métodos anticonceptivos seguros, eficaces, asequibles y aceptables; además el derecho a recibir servicios adecuados de atención a la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos. (Rigol, 2014)

1.2. Componentes de la salud sexual y reproductiva:

Los componentes de la salud sexual y reproductiva son los siguientes:

- ❖ Servicios de información, asesoramiento, educación y comunicación en materia de anticoncepción y salud reproductiva.
- ❖ Educación y servicios de atención prenatal, partos sin riesgo y posparto.
- ❖ Cuidados de salud para los recién nacidos.
- ❖ Acceso a métodos anticonceptivos seguros y modernos.
- ❖ Información y tratamiento para las infecciones de transmisión sexual.
- ❖ Prevención y tratamiento apropiado de la infertilidad.
- ❖ Información, educación y asesoramiento sobre sexualidad, salud reproductiva y maternidad y paternidad responsable.
- ❖ Su ámbito de actuación tiene que hacer especial énfasis en la población juvenil.
- ❖ Garantizar la participación de las mujeres en la toma de decisiones en los servicios de salud sexual y reproductiva.
- ❖ Procurar servicios de prevención y atención en materia de violencia de género.

1.3. Derechos Sexuales y reproductivos:

Los derechos sexuales y reproductivos son parte de los derechos humanos y su finalidad está centrada en que todas las personas puedan vivir libres de discriminación, riesgos, amenazas, coerciones y violencia en el campo de la sexualidad y reproducción.

En cuanto a los derechos sexuales y reproductivos en el Ecuador a continuación se presenta la recopilación de los preceptos constitucionales relacionados con los derechos sexuales y reproductivos y otros derechos con los que se relacionan, a continuación se mencionan los principales:

- ❖ Derecho a la salud que incluye el derecho a la salud reproductiva.
- ❖ Derecho a tener o no hijos, a decidir el número e intervalo de los mismos que incluye el derecho a la autonomía reproductiva.
- ❖ Derecho a la igualdad y a la no discriminación que incluye el derecho a la no discriminación en la esfera de la vida y salud sexual y salud reproductiva y a la opción sexual.
- ❖ Derecho a ser informadas e informados sobre sus derechos y responsabilidades en materia de sexualidad y reproducción y acerca de los beneficios, riesgos y efectividad de los métodos de regulación de la fecundidad y sobre las implicaciones de un embarazo para cada caso particular. (MSP C. N., 2007)

El Ecuador, durante la última década ha realizado importantes avances en materia de derechos sexuales y reproductivos, los mismos que constan en diferentes cuerpos legales como: la Constitución, códigos, leyes, etc. y ha ratificado los acuerdos internacionales que se han relacionado con el tema, sin embargo los ajustes que la sociedad en su conjunto debió realizar para poner en práctica lo escrito en los preceptos legales, se han efectuado de una manera dispar y a un ritmo lento, de ahí que en los próximos años los esfuerzos deberán encaminarse a que el enfoque de derechos sea transversal en todas las acciones de las instituciones y de la sociedad civil, de manera que en la vida cotidiana las mujeres y hombres del país, ejerzan y gocen de estos derechos. En algunos aspectos será necesario armonizar la legislación nacional y los acuerdos internacionales y ampliar los derechos sexuales de grupos poblacionales tradicionalmente discriminados, la erradicación de la explotación sexual, el tráfico de personas, el turismo sexual y la pornografía infantil, así como para el ejercicio más seguro del derecho a la reproducción. (MSP C. N., 2007)

CAPITULO II

1. ANTICONCEPCION Y PLANIFICACION FAMILIAR

1.1. Anticoncepción:

La anticoncepción existe desde los tiempos más remotos debido a la alta tasa de mortalidad por aborto. En las sociedades primitivas se crearon medidas para prevenir el embarazo, como el coito pre pubescente, la lactancia prolongada, el matrimonio tardío y el coito interrumpido. (Rigol, 2014)

Durante todo el desarrollo de las diferentes eras, estos métodos fueron cambiando hasta la era moderna, lo cual evidencia que desde el comienzo de la historia se ha reconocido la necesidad de la población de prevenir la natalidad no sólo para evitar las muertes provocadas por el aborto, sino para el control de la natalidad entre la población. (Rigol, 2014)

La anticoncepción es la prevención del embarazo mediante la utilización de una variedad de recursos físicos, bioquímicos, quirúrgicos o fisiológicos, que interfieren con el proceso de fecundación y concepción. Toda persona o pareja que tiene relaciones sexuales y deliberadamente evite el embarazo, independientemente del método, está practicando la anticoncepción. (Botero, Henao, & Júbiz, 2015)

Las técnicas anticonceptivas modernas buscan interrumpir el proceso de embarazo por diferentes vías: afectando el óvulo, el espermatozoide, la unión del óvulo con el espermatozoide y la implantación. Asimismo, las técnicas anticonceptivas modernas tienen dos puntos de acción fundamentales:

- ❖ La inhibición de la ovulación es el mecanismo principal de acción de los anticonceptivos hormonales que actúan sobre el hipotálamo y la hipófisis para inhibir la función gonadotrópica.

- ❖ La prevención de la liberación de los espermatozoides, que es la base de los métodos masculinos de barrera; incluye la técnica antigua y aun ampliamente utilizada del coito interrumpido, así como el método simple y ampliamente defendido en la actualidad que es el uso del condón, el que ayuda a evitar las enfermedades de transmisión sexual. (Rigol, 2014)

Decidir libre y responsablemente el número de hijos, su frecuencia y el momento oportuno para tenerlos, es la base fundamental de los derechos sexuales y reproductivos aceptados internacionalmente, que rigen para todos los individuos sin exclusión de género, edad, grupo de población, estado marital, parejas o personas. (Botero, Henao, & Júbiz, 2015)

1.2. Planificación Familiar:

La planificación familiar permite a las personas tener el número de hijos que desean y determinar el intervalo entre embarazos. Se logra mediante la aplicación de métodos anticonceptivos y el tratamiento de la esterilidad. (OMS, 2015)

Es la decisión libre y voluntaria de hombres y mujeres de determinar cuándo y cuantos hijos tener. Para poder ejercer este derecho tanto hombres como mujeres utilizan métodos anticonceptivos para evitar embarazos no deseados o planificar cuando tenerlos. (APROFE, 2013)

El asesoramiento en planificación familiar implica una acción proactiva para poner a disposición del usuario externo la mejor información disponible, con un lenguaje adecuado a su comprensión y su situación, de una manera asertiva. Además consiste en brindar con calidad y respeto todas las herramientas necesarias para que la usuario pueda elegir el método anticonceptivo más apropiado. Representa una estrategia fundamental que requiere del proveedor una adecuada capacitación para lograr una anticoncepción eficaz y duradera. (MSP, Norma y Protocolo de Planificación Familiar, 2010)

La Planificación Familiar se compone de tres momentos:

- ❖ El primer momento identifica a las y los usuarias/os que buscan un embarazo y que planifican su familia para la consecución de este objetivo entendido como Control Preconcepcional.
- ❖ El segundo momento comprende a las y los usuarias/os que ejercen su derecho a la sexualidad y no quieren un embarazo por lo que planifican su familia para la consecución de este objetivo entendido como Asesoramiento y uso de métodos de Anticoncepción.
- ❖ El tercer momento está dirigido hacia las y los usuarios/as que buscan un embarazo, mas no lo consiguen con facilidad por lo que planifican su familia para la consecución de este objetivo entendido como Asesoramiento y Manejo en Infertilidad. (MSP, Norma y Protocolo de Planificación Familiar, 2010)

1.3. Beneficios de la planificación familiar:

La promoción de la planificación familiar resulta esencial para lograr el bienestar y la autonomía de las mujeres y, al mismo tiempo, apoyar la salud y el desarrollo de las comunidades; dentro de los principales beneficios se mencionan los siguientes:

- ❖ Prevención de los riesgos para la salud relacionados con el embarazo en las mujeres; la planificación familiar permite espaciar los embarazos y puede posponerlos en las jóvenes que tienen mayor riesgo de morir por causa de la procreación prematura, lo cual disminuye la mortalidad materna. Evita los embarazos no deseados, incluidos los de mujeres de más edad, para quienes los riesgos ligados al embarazo son mayores. Permite además que las mujeres decidan el número de hijos que desean tener. Se ha comprobado que las mujeres que tienen más de cuatro hijos se enfrentan con un riesgo mayor de muerte materna.

- ❖ Reducción de la mortalidad infantil; la planificación familiar puede evitar los embarazos muy cercanos entre sí y en un momento inoportuno, que contribuyen a causar algunas de las tasas de mortalidad infantil más elevadas del mundo.
- ❖ Prevención de la infección por el VIH y el SIDA; la planificación familiar disminuye el riesgo de que las mujeres infectadas por el VIH se embaracen sin desearlo, lo que da como resultado una disminución del número de hijos infectados y huérfanos. Además, los condones masculinos y femeninos brindan una protección doble: contra el embarazo no deseado y contra las infecciones de transmisión sexual, en especial la causada por el VIH.
- ❖ Poder de decisión y una mejor educación; la planificación familiar permite que las personas tomen decisiones bien fundamentadas con relación a su salud sexual y reproductiva. Brinda además la oportunidad de que las mujeres mejoren su educación y puedan participar más en la vida pública, en especial bajo la forma de empleo remunerado en empresas que no sean de carácter familiar. Tener una familia pequeña propicia que los padres dediquen más tiempo a cada hijo. Los niños que tienen pocos hermanos tienden a permanecer más años en la escuela que los que tienen muchos.
- ❖ Disminución del embarazo de adolescentes; las adolescentes que se embarazan tienen más probabilidades de dar a luz un niño de pretérmino o con peso bajo al nacer. Los hijos de las adolescentes presentan tasas más elevadas de mortalidad neonatal. Muchas adolescentes que se embarazan tienen que dejar la escuela, lo cual tiene consecuencias a largo plazo para ellas personalmente, para sus familias y para la comunidad.
- ❖ Menor crecimiento de la población; la planificación familiar es la clave para aminorar el crecimiento insostenible de la población y los efectos negativos que este acarrea sobre la economía, el medio ambiente y los esfuerzos nacionales y regionales por alcanzar el desarrollo. (OMS, Organización Mundial de la Salud, 2015)

CAPITULO III

1. CRITERIOS MÉDICOS DE ELEGIBILIDAD PARA EL USO DE ANTICONCEPTIVOS

Desde 1996 la Organización Mundial de la Salud (OMS) publica de forma regular los criterios de elegibilidad médica para el uso de métodos anticonceptivos. Estas recomendaciones están basadas en la mejor evidencia científica disponible complementada por la opinión de expertos. (Berek, 2012)

Todos los métodos actuales de anticoncepción pueden asignarse de una a cuatro categorías de uso idóneo en mujeres con más de 60 características, las categorías son:

- ❖ No hay restricción para el uso de método anticonceptivo
- ❖ Las ventajas de utilizar el método generalmente sobrepasan los riesgos teóricos o probados.
- ❖ Los riesgos teóricos o probados usualmente sobrepasan las ventajas del uso del método.
- ❖ El uso del método representa un riesgo inaceptable para la salud. (Berek, 2012)

Los criterios médicos de elegibilidad tratan el uso de anticonceptivos en personas con condiciones médicas específicas. Además, la provisión de anticonceptivos a las personas con necesidades especiales requiere una mayor consideración. Las decisiones sobre una anticoncepción apropiada deben tener en cuenta la naturaleza de la discapacidad, los deseos expresos de la persona y la naturaleza del método. (OMS, Criterios médicos de elegibilidad para el uso de métodos anticonceptivos, 2009)

Categoría	Con criterio clínico	Con criterio clínico limitado
1	Use el método en cualquier circunstancia	Sí
2	En general, use el método	(Use el método)
3	El uso del método generalmente no se recomienda a menos que otros métodos más adecuados no estén disponibles o no sean aceptados	No (Use el método)
4	No se debe usar el método	

Tomado de: Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos, OMS, 2009, pág.12.

Por ejemplo, la utilización de algunos métodos de barrera puede ser difícil para personas con destreza manual reducida; los AOC pueden no ser el método preferido para algunas mujeres con mala circulación o extremidades inmóviles, aún en la ausencia de mutaciones trombogénicas conocidas, debido a un mayor riesgo de TVP; y otros métodos serán preferibles para personas con discapacidades intelectuales o de salud mental que tienen dificultad para recordar la toma diaria de medicamentos. En el caso de mujeres que tienen dificultad con la higiene íntima durante la menstruación, también deberá considerarse el impacto del método de anticoncepción en los ciclos menstruales. (OMS, Criterios médicos de elegibilidad para el uso de métodos anticonceptivos, 2009)

Cada persona debe elegir su método anticonceptivo de acuerdo a su propia situación de vida (estilo de vida, vida sexual, número de hijos que desea tener, número de parejas, valores, situación socioeconómica, etc.); las características del método anticonceptivo que sean aceptables para ella y las condiciones de salud que se puedan ver afectadas por el uso del método (presión alta, hábito de fumar, enfermedades cardiovasculares, infecciones del tracto reproductivo, etc.) (Diaz & Schiappacasse, 2011)

1.1. Factores dependientes del método:

Fundamentalmente debemos valorar en el método aspectos tales como:

- ❖ **Eficacia:** la capacidad de un método anticonceptivo para evitar una gestación. Se mide habitualmente con el Índice de Pearl, que se define como el número de embarazos que presentarían teóricamente 100 mujeres que utilizaran el mismo método anticonceptivo durante un año. Se denomina eficacia teórica a la que se obtiene con el uso perfecto de cualquier método anticonceptivo, y efectividad o eficacia real a la que se obtiene en condiciones normales de uso, por la población general y en condiciones de posibles fallos de uso (el índice de fallos es del 3 al 8%, llegando a ser de hasta un 20% en adolescentes o pacientes de bajo nivel sociocultural).
- ❖ **Seguridad:** viene condicionada por la capacidad del método de no producir efectos indeseados sobre la salud de la persona que lo utiliza.
- ❖ **Posibles efectos beneficiosos añadidos no contraceptivos:** por ejemplo, el uso de algunos anticonceptivos en el caso de acné y/o hirsutismo.
- ❖ **Facilidad o complejidad de uso:** es muy importante asegurarse de que la paciente comprende adecuadamente el uso del anticonceptivo. Si es muy complejo, disminuye su efectividad y supone una limitación a su uso.
- ❖ **Reversibilidad:** es la recuperación de la capacidad reproductiva al interrumpir un método anticonceptivo.
- ❖ **Precio:** de hecho, no muchos anticonceptivos hormonales están financiados, cuando han demostrado ser fármacos de tremenda utilidad, no sólo como contraceptivos sino como terapias efectivas en distintas patologías. Las políticas sanitarias deberían ir encaminadas a facilitar el acceso a los distintos métodos.

- ❖ **Relación con el coito:** junto con la frecuencia de las relaciones sexuales, la elección del método anticonceptivo influye para que tenga una relación inmediata o lejana con el coito. (Soriano, Rodenas, & Moreno, 2010)

1.2. Factores dependientes de la mujer/pareja:

- ❖ **Edad y paridad:** se debe conocer por embarazos previos y deseo de embarazos posteriores.
- ❖ **Actividad sexual:** es importante el número de compañeros sexuales, ya que ante una situación donde exista riesgo de infecciones de transmisión sexual (ITS) será adecuado recomendar doble método, siendo uno el preservativo.
- ❖ **Percepción individual de riesgos:** debemos intentar dejar espacio para aclarar dudas, explicar posibles efectos secundarios y los efectos beneficiosos de cada método, desmontando mitos y falsas creencias al respecto (por ejemplo, “me dejaran estéril”).
- ❖ **Patología médica acompañante:** algunas patologías pueden contraindicar un método (por ejemplo, trombofilia) y el uso de algunos anticonceptivos hormonales puede ser beneficioso en algunas situaciones (por ejemplo, hipermenorrea, endometriosis, etc.).
- ❖ **Hábitos tóxicos:** las mujeres con abuso de alcohol y/u otras sustancias psicoactivas precisarán métodos independientes del control de la paciente y además métodos de barrera para prevenir ITS.
- ❖ **Aceptación:** en función de las experiencias previas, de las capacidades personales y de los condicionantes culturales y religiosos, determinadas pacientes pueden rechazar los métodos que les proponemos. (Soriano, Rodenas, & Moreno, 2010)

CAPITULO IV

1. CLASIFICACION DE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS

Existen muchos tipos de clasificaciones de los métodos anticonceptivos en base a sus diferentes características y funciones; se puede clasificar de acuerdo a la función que prestan con su utilización, se los puede dividir en dos grandes grupos: los métodos hormonales y no hormonales.

1.1. Métodos anticonceptivos no hormonales:

- ❖ **Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad de la mujer:** Son métodos anticonceptivos basados en la abstención del coito vaginal en los momentos fértiles de la mujer. Los métodos naturales requieren el conocimiento por parte de la mujer de sus días fértiles, y que tanto la usuaria del método como la pareja tengan la convicción y la voluntad de abstenerse del coito vaginal durante esos días; de los cuales se mencionan: Método del ritmo o calendario, método de la temperatura, método de Billings, método sintotérmico, coito interrumpido.
- ❖ **Métodos de barrera y químicos:** Los métodos de barrera son aquellos métodos que por un mecanismo físico evitan la fecundación, al impedir el acceso de los espermatozoides al útero. Son métodos de barrera los preservativos de uso masculino, los preservativos de uso femenino y el diafragma. Los preservativos femenino y masculino, además, protegen contra las infecciones de transmisión sexual. Los métodos químicos son sustancias surfactantes que se introducen profundamente en la vagina, en la zona próxima al cuello uterino, y que actúan por contacto sobre la superficie del espermatozoide. Las más utilizadas son nonoxinol-9 y cloruro de benzalconio.

- ❖ **Dispositivos intrauterinos:** El dispositivo intrauterino (DIU) es un método anticonceptivo eficaz, duradero, fácil de usar, desvinculado del coito y reversible. Se trata de una pequeña estructura flexible, de plástico, que se ubica dentro de la cavidad uterina. Es utilizado en la actualidad por más de 160 millones de mujeres en todo el mundo. Sin embargo, durante muchos años la utilización del DIU se vio restringida debido a la preocupación por posibles complicaciones asociadas a su uso. En las últimas décadas, se le incorporaron numerosas modificaciones con el objetivo de aumentar su eficacia anticonceptiva, prolongar su vida útil y reducir los efectos adversos y el riesgo de expulsión. Las investigaciones más recientes demostraron la seguridad y la eficacia de este método. Actualmente hay 2 tipos en uso: Dispositivo intrauterino (DIU) medicado con cobre y dispositivo intrauterino medicado con progestágeno (levonorgestrel).
- ❖ **Método de la lactancia:** Es el método que usa la amenorrea (ausencia de menstruación) asociada a la lactancia exclusiva para evitar un nuevo embarazo. Actúa mediante la anovulación producida por la inhibición del eje hormonal femenino ejercida por los niveles altos de prolactina. Una vez que la mujer suspende la lactancia exclusiva o casi exclusiva, disminuyen los niveles de prolactina necesarios para mantener inhibido el eje hormonal, por lo cual se reinician los ciclos.
- ❖ **Esterilización voluntaria definitiva:** Método anticonceptivo permanente que se realiza a través de una muy pequeña operación. Es recomendado para las personas que no deseen tener hijos, o que tengan y no desean tener más, ya que en general no es reversible. Generalmente se conoce a la anticoncepción quirúrgica por los nombres de las dos operaciones: ligadura de trompas o tubaría en las mujeres y vasectomía en los varones. (AMADA & Ministerio de la Salud de la Nación, 2012)

1.2. Métodos anticonceptivos hormonales:

Estos métodos impiden la concepción mediante acciones sobre el eje hipotálamo-hipófiso-gonadal, o por acción local inhibiendo el ascenso de espermatozoides. Existen distintas maneras de clasificarlos:

- ❖ Según su composición se clasifican en: Anticonceptivos hormonales combinados: compuestos por hormonas que derivan de los estrógenos y de la progesterona (progestágenos); anticonceptivos hormonales sólo de progestágenos: compuestos por un derivado de la progesterona o progestágeno, similar a la hormona producida naturalmente por la mujer.
- ❖ Según su mecanismo anticonceptivo se clasifican en: Anovulatorios: inhiben la ovulación incidiendo sobre el eje de regulación hormonal del ciclo; No Anovulatorios: actúan produciendo cambios en el moco cervical.
- ❖ Según su vía de administración se clasifican en: Orales, inyectables, dérmicos, subdérmicos, vaginales, intrauterinos. (AMADA & Ministerio de la Salud de la Nación, 2012)

CAPITULO V

1. METODOS ANTICONCEPTIVOS NO HORMONALES

Los métodos de anticoncepción no hormonal incluyen una variedad de métodos cuya característica común es la de carecer de efectos sistémicos. Algunos de ellos, como la esterilización femenina y los dispositivos intrauterinos, son usados por gran número de mujeres en todo el mundo, siendo los métodos de mayor prevalencia de uso en ciertos países. Su eficacia anticonceptiva varía siendo muy efectivos los de uso prolongado como la anticoncepción quirúrgica voluntaria y los dispositivos intrauterinos con cobre y menos efectivos los que dependen de la conducta de los usuarios y usuarias, como los métodos de barrera y de abstinencia periódica. Existen métodos anticonceptivos no hormonales reversibles y permanentes: los reversibles son los dispositivos intrauterinos y métodos de barrera y los permanentes la anticoncepción quirúrgica masculina y femenina. (MINSAL, ICMER, & APROFA, 2012)

1.1 MÉTODOS BASADOS EN EL CONOCIMIENTO DE LA FERTILIDAD DE LA MUJER

Método del Ritmo o calendario: Se basa en la predicción de los ciclos futuros, con el conocimiento del registro de los ciclos pasados. Se requiere conocer la duración de, por lo menos, seis ciclos consecutivos para poder predecir razonablemente la duración de los próximos tres ciclos. Se han ideado infinidad de fórmulas, una de ellas es restar 18 días al ciclo más corto para obtener el primer día fértil y 11 días al ciclo más largo para obtener el último día fértil. (Botero, Henao, & Júbiz, 2015)

Ejemplo: si los últimos seis ciclos fueron de 28, 26, 28, 30, 27 y 29 días. $26-18=8, 30-11=19$. La abstinencia debe observarse desde el día 8 hasta el día 18 del ciclo inclusive, denominándose éste como el período inseguro; el período seguro

está comprendido entre los días 1 a 7 del ciclo y desde el día 19 hasta el 7 del siguiente ciclo menstrual. Puede tener aplicación para mujeres con períodos regulares; está contraindicado en aquellas pacientes cuyo ciclo más largo excede en 10 días al ciclo más corto, en el post-parto y post-aborto. (Botero, Henao, & Júbiz, 2015)

Método de la Temperatura: La progesterona producida por el cuerpo lúteo a continuación de la ovulación tiene una acción termógena, o sea que hace subir la temperatura basal del cuerpo en 0.2° a 0.5° centígrados, permaneciendo elevada hasta el comienzo de la menstruación; se dibuja así una curva bifásica, con un nivel más bajo antes y un nivel más elevado después de la ovulación. El cambio de temperatura ocurre repentinamente en el 83% de los ciclos, lentamente durante varios días en el 15% y en forma de pasos en el 2%. (Botero, Henao, & Júbiz, 2015)

Método de Billings: A mediados del Siglo XIX Puchet y Smith, observaron los cambios cíclicos del moco cervical. Más tarde Sims informa que el moco cervical, según su estado, podría bloquear o facilitar la migración de los espermatozoides. En 1933 Seguy y Simoner, relacionan los cambios del moco cervical con el aumento de estrógenos en la orina que precede a la ovulación. La adopción de estos hallazgos como método anticonceptivo, se debe principalmente a John y Evelyn Billings. (Botero, Henao, & Júbiz, 2015)

Con el método del moco, la mujer intenta predecir el periodo fecundo evaluado las características del moco cervical con sus dedos. Bajo la influencia del estrógeno, el moco aumenta en cantidad y se vuelve progresivamente más viscoso y elástico hasta que se alcanza el día de la ovulación. Después, el moco se vuelve más escaso y seco bajo la influencia de la progesterona, hasta la siguiente menstruación. Las relaciones sexuales pueden permitirse durante los “días secos”, justo después de la menstruación y hasta que el moco sea

detectado. De ahí en adelante la pareja debe abstenerse hasta el cuarto día posterior al día pico. (Berek, 2012)

Método sintotérmico: Consiste en la combinación del registro de la temperatura basal con el reconocimiento de los cambios del moco cervical; con su correcta aplicación es posible lograr una mayor eficacia. (Botero, Henao, & Júbiz, 2015)

En este método se combinan los cambios del moco cervical, los cambios de la temperatura basal y ciertas medidas para calcular el momento de la ovulación. Este método es más difícil de aprender y aplicar, y no resulta más confiable. (Cunningham, Leveno, Bloom, Hauth, Rouse, & Spong, 2011)

Método de Coito Interrumpido: El coito interrumpido es la extracción del pene de la vagina antes de la eyaculación. El coito interrumpido sigue siendo un método muy importante de control de la fecundidad en el tercer mundo. Este método tiene ventajas manifiestas disponibilidad inmediata y ningún costo. En teoría debe disminuir el riesgo de ETS, aunque no se ha estudiado este aspecto. El estudio de Oxford indica una tasa de fracasos de 6.7 por 100 mujeres al año con este método. El pene debe estar totalmente fuera de la vagina a la vez que apartado de los genitales externos, puesto que ha ocurrido embarazo por eyaculación sobre los genitales externos de la mujer sin penetración. (Berek, 2012)

1.2. METODOS DE BARRERA Y QUIMICOS

Preservativo masculino: Este producto disponible desde hace mucho tiempo es un anticonceptivo bastante eficaz y su tasa de fallas en parejas es hasta de 3 a 4 por 100 parejas al año. (Berek, 2012)

Llamado también membrana profiláctica o goma. Es una funda de látex que se adapta al pene erecto y actúa como barrera para impedir el derrame de los espermatozoides en la vagina. (Botero, Henao, & Júbiz, 2015)

La eficacia anticonceptiva del preservativo masculino mejora con un reservorio en la punta y, quizá, con la adición de un lubricante espermicida. La eficacia anticonceptiva también se optimiza al añadir un espermicida intravaginal. Estos espermicidas, al igual que los lubricantes, deben ser a base de agua. Los productos a base de aceite destruyen los preservativos y los diafragmas de látex. (Berek, 2012)

Ventajas del uso del preservativo masculino:

- Ofrece protección contra las enfermedades de transmisión sexual, incluyendo el SIDA.
- No produce efectos secundarios.
- Puede usarse adecuadamente sin supervisión médica.
- Es relativamente económico.
- Puede llevarse con facilidad. (Botero, Henao, & Júbiz, 2015)

Preservativo femenino: Son dispositivos de barrera diseñados para proteger el cuello uterino, la vagina, parte de la vulva y el periné; presentan un excelente potencial para prevenir la ITS, son menos discretos que el capuchón y el diafragma. (Botero, Henao, & Júbiz, 2015)

Es una cubierta de poliuretano con un anillo flexible, también de poliuretano, en cada extremo. El anillo abierto permanece fuera de la vagina y el cerrado se ajusta bajo de la sínfisis como si fuera un diafragma. El preservativo femenino se puede utilizar con lubricantes hidrosolubles y liposolubles. Los preservativos masculinos no deberían utilizarse de manera concomitante porque su inserción simultánea puede causar fricción y lleva a su desplazamiento, desgarro y desalojo. Después de su uso, debe rotarse el anillo externo del preservativo femenino para sellarlo y asegurar que no se escape el semen.

El preservativo femenino constituye un producto aceptable para el 60% de las mujeres y 80% de los varones. Sin embargo, la tasa de embarazos es mayor que con el preservativo masculino. Los estudios in vitro han demostrado que el preservativo es impermeable al VIH, al citomegalovirus y al virus de la hepatitis B. (Cunningham, Leveno , Bloom, Hauth, Rouse, & Spong, 2011)

Indicaciones del preservativo masculino y femenino:

- a) Relaciones sexuales esporádicas o poco frecuentes al mes.
- b) Dudas de la monogamia de la pareja.
- c) Más de una pareja sexual.
- d) El usuario/a o su pareja tienen una infección que puede transmitirse por relaciones sexuales (VIH y SIDA, Hepatitis B y C).
- e) Como apoyo a otros métodos anticonceptivos.
- f) Como apoyo durante las primeras 20 - 30 eyaculaciones posteriores a la realización de vasectomía. (MSP, Norma y Protocolo de Planificación Familiar, 2010)

Diafragma: Es una cúpula circular de látex de diámetro variable reforzada con un resorte de metal circunferencial cubierto de látex. Es efectivo si se combina con una jalea o crema espermicida. El espermicida se aplica en el domo y siguiendo su borde. A continuación, el diafragma se coloca en la vagina de manera que su concavidad se oriente hacia el cuello uterino, los fondos de saco vaginales y la pared vaginal anterior del resto de la vagina y el pene. Si se coloca correctamente, un borde se aloja en la profundidad del saco vaginal posterior y el otro por detrás de la superficie interna de la sínfisis e inmediatamente debajo de la uretra. Cuando el diafragma es demasiado pequeño, se sale de su sitio, en tanto que si es demasiado grande, molesta al colocarlo. (Cunningham, Leveno , Bloom, Hauth, Rouse, & Spong, 2011)

El diafragma no debe extraerse cuando menos 6 horas después del coito. El uso del diafragma reduce la frecuencia de enfermedades de transmisión sexual más que el preservativo. Por el contrario, con el diafragma aumenta ligeramente la tasa de infecciones urinarias supuestamente a causa de irritación uretral por el anillo debajo de la sínfisis. (Cunningham, Leveno , Bloom, Hauth, Rouse, & Spong, 2011)

Contraindicaciones en el uso del diafragma:

- Prolapso uterino.
- Cistocele o rectocele grande.
- Retroversión del útero.
- Infecciones recurrentes del tracto urinario.
- Alergia al látex o al espermicida. (Botero, Henao, & Júbiz, 2015)

Capuchón cervical: Este dispositivo flexible, con forma de copa y elaborado a base de hule natural, se coloca alrededor de la base del cuello uterino. La propia mujer se lo puede introducir y dejarlo colocado hasta 48 horas. Se debe utilizar combinado con un espermicida. Si se sitúa correctamente, su eficacia es similar a la del diafragma. El capuchón cervical es relativamente costoso y, por lo general, la colocación incorrecta hace que sea menos efectivo que el diafragma con espermicida. (Cunningham, Leveno , Bloom, Hauth, Rouse, & Spong, 2011)

Espermicidas vaginales: Los espermicidas vaginales son una combinación del producto espermicida químico, ya sea nonoxinol-9 u octoxinol-9, con una base de crema, jalea, espuma de aerosol, comprimido espumante, película o supositorio. Los espermicidas son detergentes no iónicos con actividad superficial que inmovilizan a los espermatozoides. En el coito simulado bajo condiciones de laboratorio, las espumas de aerosol experimentaron dispersión rápida por toda la vagina y ofrecieron la mejor protección. Las jaleas y los supositorios que se funden con el calor del cuerpo produjeron mala distribución. Por si solos, los espermicidas

parecen considerablemente menos eficaces que los condones o el diafragma con espermicida. El nonoxinol-9 no se absorbe por la mucosa de la vagina humana, y en diversos grandes estudios no se ha observado un riesgo mayor de aborto, defectos del nacimiento o peso bajo al nacer en las usuarias de espermicidas que en las otras mujeres. (Berek, 2012)

El nonoxinol-9 es tóxico para los lactobacilos que colonizan normalmente la vagina. Las mujeres que emplean espermicidas con regularidad experimentan incremento de la colonización por la bacteria *Escherichia coli*, y pueden estar predispuestas a la bacteriuria de *E. coli* después del coito. (Berek, 2012)

Los espermicidas se deben depositar en el fondo de la vagina en contacto con el cuello uterino poco antes del coito. Su eficacia máxima dura menos de 1 hora. En casos de repetir el coito debe introducir una nueva dosis. Es importante evitar las duchas vaginales por lo menos 6 horas después del coito. Las tasas elevadas de embarazo se atribuyen principalmente a una aplicación deficiente y no a la falla del método. (Berek, 2012)

Esponjas vaginales: Están hechas a base de poliuretano, poseen una depresión cóncava en uno de sus extremos, que se adapta al cuello, y una ranura que facilita su extracción; se asocian a un espermicida, generalmente el nonoxinol 9 o al cloruro de benzalconio. Brindan una protección para el embarazo por 24 horas desde su inserción. (Botero, Henao, & Júbiz, 2015)

La esponja se humedece en agua corriente y se comprime suavemente para crear una ligera espuma. A continuación, se coloca con la orquedad directamente sobre el cuello. La esponja se puede insertar hasta 24 horas antes del coito y mientras esté colocada provee anticoncepción, independientemente de la frecuencia coital. El embarazo se previene principalmente por acción del espermicida nonoxinol-9 y, en menor grado, por la cobertura del cuello uterino y la

absorción del semen. (Cunningham, Leveno , Bloom, Hauth, Rouse, & Spong, 2011)

1.3.DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS

Ya desde los escritos de Hipócrates se mencionan los dispositivos intrauterinos como elementos de anticoncepción. En 1909, Richter describe por primera vez el uso de un anillo de seda natural como dispositivo intrauterino con fines anticonceptivos en seres humanos. En 1919 Ernest Grafenberg presenta al cuerpo médico un dispositivo, primero hecho con hilo de seda y más tarde con alambre de plata. En 1934 investigadores japoneses, entre ellos Ishihama y Ota, emplearon por primera vez material plástico asociado a bario en la fabricación de dispositivos intrauterinos. En 1959 Margulies en Nueva York presenta el primer dispositivo plástico lineal; en 1960 Lippes, de la Escuela de Medicina de la Universidad de Búffalo, desarrolló un nuevo dispositivo en forma de una doble S conocido como el Asa o Loop de Lippes que no se usa desde hace varios años. En 1963 Jaime Zipper adiciona cobre a un dispositivo en forma de T ideado por Tatum, y se inicia la segunda generación de dispositivos llamados dispositivos bioactivos, apareciendo la T de cobre, el 7 de cobre o Gravigard, el dispositivo en T que libera progesterona y el Multiload. A mediados de 1988, el Consejo de Población y la Administración de Drogas y Alimentos de Estados Unidos (FDA), autorizaron la comercialización de un dispositivo de cobre más avanzado, el T380A, con especificaciones precisas para su utilización. (Botero, Henao, & Júbiz, 2015)

Mecanismo de acción: Los dispositivos intrauterinos producen formación de una "espuma biológica" dentro de la cavidad uterina que contiene bandas de fibrina, células fagocíticas y enzimas proteolíticas. Los DIU de cobre descargan continuamente una pequeña cantidad del metal, con lo que se produce una reacción inflamatoria de mayor magnitud aún. Todos los DIU estimulan la formación de prostaglandinas dentro del útero, lo que es compatible tanto con la contracción del músculo liso como con la inflamación producida. El ambiente

intrauterino alterado interfiere con el paso de los espermatozoides a través de la cavidad de este órgano, con lo que se impide la fecundación del óvulo. (Berek, 2012)

El DIU liberador de levonorgestrel produce cambios en el moco cervical haciéndolo impenetrable por los espermatozoides y cambios a nivel de las glándulas endometriales, especialmente de sus receptores de progesterona, suprime o frena el endometrio y dificulta la migración espermática. (Botero, Henao, & Júbiz, 2015)

Momento de inserción del dispositivo intrauterino:

- a) La usuaria puede colocarse el dispositivo intrauterino idealmente durante los días de sangrado menstrual como signo de certeza de ausencia de embarazo.
- b) Si se perdió esta oportunidad de inicio, lo puede hacer en cualquier momento, siempre y cuando esté:
 - ❖ Dentro de los 7 primeros días de haber iniciado su menstruación.
 - ❖ Después de los 7 primeros días de haber iniciado la menstruación, luego de aplicar la lista de verificación de ausencia de embarazo. Adicionar condón durante 7 días.
 - ❖ Inmediatamente del puerperio post aborto,
 - ❖ Luego de las 4 semanas posparto o post cesárea si no está embarazada
 - ❖ Inmediatamente del retiro de un DIU previo.
 - ❖ Inmediatamente de la toma de AOE.
- c) Si la usuaria aún no menstrúa luego de evento obstétrico o ginecológico, puede colocarse cualquier día luego de aplicar la lista de verificación de ausencia de embarazo e indicar el uso de condón por 7 días como respaldo.
- d) Puede iniciar el DIU en cualquier momento si ha estado utilizando otro método anticonceptivo en forma adecuada y si existe suficiente certeza de

que no existe embarazo. (MSP, Norma y Protocolo de Planificación Familiar, 2010)

Indicaciones:

- ❖ Anticoncepción a largo plazo, duradera, muy efectiva, el DIU dura 10 años:
- ❖ Mujeres que han tenido hijos.
- ❖ En mujeres que no han tenido hijos.
- ❖ Mujeres en puerperio postparto mayor de 4 semanas, con lactancia exclusiva o parcial
- ❖ Mujeres post aborto inmediato sin infección.
- ❖ Mujeres de cualquier edad, incluyendo adolescentes y mujeres de más de 35 años.
- ❖ Mujeres que fuman.
- ❖ Mujeres que padezcan de cualquier enfermedad sistémica que no afecten la coagulación.
- ❖ Anticoncepción intrauterina de emergencia.
- ❖ Indicaciones particulares para el DIU hormonal: menorragia idiopática, Hiperplasia endometrial sin atipias, y miomatosis uterina. (MSP, Norma y Protocolo de Planificación Familiar, 2010)

Contraindicaciones:

- ❖ Embarazo
- ❖ Sepsis puerperal pos evento obstétrico
- ❖ SIDA
- ❖ EPI actual
- ❖ Sangrado genital de etiología desconocida
- ❖ Cáncer cervical o Cáncer de endometrio en espera de tratamiento.
- ❖ Anomalías uterinas y tumoraciones uterinas que distorsionan la cavidad uterina.

- ❖ Enfermedad trofoblástica benigna o maligna. (***MSP, Norma y Protocolo de Planificación Familiar, 2010***)

Efectos secundarios:

- Sangrado.
- Dolor.
- Leucorrea.
- Expulsión.
- Embarazo.
- EIP.
- Infertilidad posterior al retiro.
- Complicaciones: inmediata (perforación) y mediata (EIP). (Rigol, 2014)

Técnica de inserción del DIU:

La inserción del DIU no requiere de un equipo clínico costoso: una consulta con una mesa ginecológica que permita un examen previo al proceder. Antes de la inserción se debe realizar una historia clínica que permita excluir la presencia de contraindicaciones médicas, y evaluar la posición y caracteres del útero y los anejos por el tacto bimanual. (Rigol, 2014)

Se colocará un espéculo y se expone el cuello uterino, y tomadas las medidas de asepsia y antisepsia se procederá a aplicar el DIU. Existen 2 técnicas principales de inserción:

- Técnica del empuje en los casos de asa de Lippes.
- Técnica de retirada para la T de cobre y el Multiload. (Rigol, 2014)

Antes de la inserción hay algunos elementos que deben tenerse en cuenta:

- No antecedentes de EIP.

- Inexistencia de período de amenorrea.
- Inexistencia de leucorrea.
- No deben haber lesiones benignas del cuello (cervicitis).
- Se deben realizar complementarios: eritrosedimentación, exudado vaginal, cultivo y prueba citológica orgánica. (Rigol, 2014)

Los dispositivos de cobre T380A y en T de levonorgestrel producen tasas notablemente bajas de embarazo menores de 0.2 por 100 mujeres al año. En un estudio comparativo, los embarazos totales durante un periodo de siete años fueron solo de 1.1% en las usuarias de la T de levonorgestrel y de 1.4% en las que emplearon el dispositivo de cobre T380A. (Berek, 2012)

1.4. MÉTODO DE LACTANCIA MATERNA

La ovulación queda suprimida durante la lactancia. La succión del lactante sobre los pezones y las areolas las mamas maternas eleva las concentraciones de prolactina y reduce la descarga de hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) desde el hipotálamo, con lo que disminuye la descarga de hormona luteinizante (LH) y, como consecuencia, se inhibe la maduración folicular. La duración de esta supresión es variable, y se ve influida por la frecuencia y la duración del amamantamiento, el tiempo transcurrido desde el último parto y, probablemente, el estado nutricional de la madre. Incluso con el amamantamiento continuado, la ovulación reaparece pero es poco probable antes de los seis primeros meses, sobre todo si la mujer es amenorreica y está amamantando por completo a su hijo y este último no recibe alimentos complementarios. Si se quiere retrasar el embarazo, deberá emplearse otro método anticonceptivo a partir del sexto mes después del parto, momento en que reaparece la menstruación, o tan pronto como se inicia la administración de alimentos complementarios. (Berek, 2012)

La OMS define el Método Lactancia Amenorrea como un método anticonceptivo relacionado con la lactancia mientras que no haya sangrado menstrual. (MSP, Norma y Protocolo de Planificación Familiar, 2010)

Es un método de planificación familiar temporal, basado en la lactancia exclusiva en el que la mujer debe cumplir obligatoriamente con 3 condiciones:

- Lactancia materna a libre demanda, de día y de noche, sin uso de fórmulas o sucedáneos de leche materna
- Amenorrea
- Recién nacido/a menor de 6 meses. (MSP, Norma y Protocolo de Planificación Familiar, 2010)

Casi nunca se aconsejan los anticonceptivos orales combinados durante la lactancia, porque reducen la cantidad de leche producida por algunas mujeres. Se pueden emplear métodos hormonales sin estrógenos. Entre ellos están anticonceptivos constituidos solo por un progestágeno: Norplant y DepoProvera, ninguno de los cuales disminuye la producción de leche. Los métodos de barrera, los espermicidas y los dispositivos intrauterinos son también buenas opciones para las madres que amamantan a sus hijos. (Berek, 2012)

Efectos benéficos:

- Es fácil de usar
- De eficacia inmediata
- No interfiere con el coito
- No tiene efectos colaterales
- No requiere supervisión médica
- Reafirma el vínculo entre madre e hijo, proporciona los requerimientos nutricionales para el niño

- Hay menor incidencia de carcinoma de mama. (Botero, Henao, & Júbiz, 2015)

Para que este método sea eficaz se deben tener en cuenta las siguientes condiciones:

- Lactancia materna exclusiva a libre demanda, no dar otro tipo de alimento al niño, y amamantar cada vez que él lo desee durante el día y la noche.
- Se debe permanecer en amenorrea hasta los seis meses.
- Si hay menstruación, debe utilizarse otro método de planificación y continuar la lactancia: DIU, preservativo, Píldora de progestágeno sólo, inyectable de progestágeno sólo, método quirúrgico.
- Si el niño tiene más de 6 meses, se debe utilizar un método alternativo de planificación. (Botero, Henao, & Júbiz, 2015)

Indicaciones:

- a) Deseo de no usar o contraindicación para métodos hormonales o de barrera.
- b) Contraindicación de anticoncepción de índole moral, familiar y/o religiosa.
- c) Condición médica grave que impida utilizar otro método anticonceptivo.
- d) Lactancia materna a libre demanda, de día y de noche, sin uso de fórmulas o sucedáneos de leche materna.
- e) Amenorrea y recién nacido menor de 6 meses. (MSP, Norma y Protocolo de Planificación Familiar, 2010)

Contraindicaciones:

- a) Mujeres con contraindicación de lactancia
- b) Mujeres con VIH y SIDA
- c) Retorno a ciclos menstruales regulares o irregulares

- d) Lactancia materna no exclusiva o con el uso de sucedáneos de leche materna
- e) Recién nacidos con condiciones que dificulten la correcta lactancia y succión (prematuros, bajo peso, malformaciones orofaciales)
- f) Mujeres que durante la lactancia estén utilizando medicamentos como: reserpina, ergotamina, antimetabolitos, ciclosporina, bromocriptina, corticoides, drogas radioactivas, litio, anticoagulantes, antidepresivos, ansiolíticos (MSP, Norma y Protocolo de Planificación Familiar, 2010)

1.5. ESTERILIZACIÓN QUIRÚRGICA

La anticoncepción quirúrgica voluntaria o esterilización voluntaria es un procedimiento anticonceptivo altamente popular y bien establecido, que se ofrece a la pareja que no desea más hijos y es una protección más eficaz contra el embarazo. (Rigol, 2014)

Ofrece más ventajas sobre los otros métodos anticonceptivos, ya que es un proceder que se realiza una sola vez, elimina casi completamente el riesgo de embarazo no deseado y las secuelas del aborto inducido. (Rigol, 2014)

Antes de aplicarlo, se deben explicar las características del método a la pareja, sus ventajas, que el acto sexual no será afectado y la poca probabilidad de revertir la operación. (Rigol, 2014)

Indicaciones:

- a) Médicas:** Se indica a aquellos pacientes con enfermedades crónicas sistémicas que incluyen:
 - Enfermedades crónicas cardíacas.
 - Enfermedades crónicas pulmonares.
 - Enfermedades renales.

- Retraso mental y afecciones psiquiátricas severas.
- Otras.
- b) Obstétricas:** Las indicaciones varían desde una historia de complicaciones obstétricas hasta la alta paridad obstétrica, así como los casos de cesáreas reiteradas.
- c) Genéticas:** En este grupo se hallan las enfermedades hereditarias tales como:
 - Corea de Huntington.
 - Enfermedad Tay-Sady.
 - Hemofilia.
 - Mongolismo.
 - Síndrome de Marfan.
- d) Sociales:** En pacientes que ya no deseen tener hijos. (Rigol, 2014)

ESTERILIZACIÓN FEMENINA: La histerectomía ya no se considera para la esterilización, porque la morbilidad y la mortalidad son demasiado elevadas en comparación con la esterilización tubárica. En Estados Unidos son frecuentes cuatro procedimientos:

- Esterilización tubárica en el momento de laparotomía por operación cesárea u otra operación abdominal
- Minilaparotomía posparto poco después del parto vaginal.
- Minilaparotomía de intervalo.
- Laparoscopia. (Berek, 2012)

La esterilización tubárica en el momento de la operación cesárea no añade ningún riesgo, salvo el de prolongación ligera del tiempo operatorio. Sin embargo, el nacimiento por operación cesárea tiene más riesgos que el parto por vía vaginal, por lo que la esterilización planeada no debe influir en la decisión de efectuar operación cesárea. La esterilización no tiene mayores probabilidades de

fracasar si se efectúa durante la operación cesárea que en otras ocasiones. (Berek, 2012)

En el periodo posparto inmediato el útero está aumentado de tamaño y las trompas de Falopio se encuentran en la parte media del abdomen, por lo que son fácilmente accesibles a través de una incisión subumbilical pequeña de 3 a 4 cm de longitud. (Berek, 2012)

Minilaparotomía de intervalo; Uchida fue el primero en describir este procedimiento. En el estado no grávido, el útero y las trompas se encuentran en la profundidad de la pelvis. Se efectúa una pequeña incisión suprapúbica transversal, y se elevan a continuación útero y trompas justo por debajo de la incisión mediante una sonda elevadora del útero colocada dentro de la cavidad uterina a través de la vagina. La minilaparotomía de intervalo suele efectuarse como procedimiento quirúrgico ambulatorio, y se puede lograr con facilidad bajo anestesia local y sedación consciente. (Berek, 2012)

Indicaciones:

- Paridad satisfecha: Será decisión personal, libre y espontánea de la mujer. El médico valorará las razones que ocasionan la toma de esa decisión y dará una explicación amplia y detallada del procedimiento, advirtiendo especialmente su carácter de método permanente. (Botero, Henao, & Júbiz, 2015)
- Riesgo reproductivo: Multiparidad, enfermedad crónica sistémica, edad mayor de 35 años, causas genéticas. (Botero, Henao, & Júbiz, 2015)

Contraindicaciones: No existen contraindicaciones; algunos estados patológicos hacen que el procedimiento sea diferido mientras se realiza un tratamiento o se elige la técnica más indicada. La enfermedad inflamatoria pélvica, la peritonitis, la anemia aguda, la insuficiencia cardíaca no controlada, la

hipertensión arterial y el embarazo, son algunas de las entidades que obligan a diferir el procedimiento. (Botero, Henao, & Júbiz, 2015)

Técnicas quirúrgicas para la minilaparotomía o esterilización cesárea:

En el procedimiento clásico de Pomeroy, se reseca un asa de la trompa después de ligar su base con material de sutura absorbible sencillo. Una modificación del procedimiento es la resección de la porción media de la trompa después de ligar el segmento con dos puntos separados de material absorbible. (Berek, 2012)

En el método de Irving se reseca la parte media de la trompa, y el muñón proximal de cada una de ellas se vuelve en sentido retrógrado y se sepulta en una pequeña herida por transfixión de la pared uterina, sitio en el que se sutura, con lo que se produce un asa ciega. Con el método de Uchida se inyecta una solución salina de adrenalina (1:1000) per debajo de la mucosa de la porción media de la trompa, lo que separa a la mucosa de la trompa subyacente. La mucosa se abre a lo largo del borde antimesentérico de la trompa, y se reseca el segmento tubario bajo tracción de modo que el muñón proximal ligado se retraiga per debajo de la mucosa al soltarlo. A continuación la mucosa se cierra con puntos, y se sepulta el muñón proximal separándolo del distal. (Berek, 2012)

Laparoscopia: La técnica estándar de laparoscopia consiste en insuflar el abdomen con un gas (dióxido de carbono u óxido nitroso) a través de una aguja especial insertada en el borde inferior del ombligo. A continuación se inserta un trocar puntiagudo con su funda a través de la pared abdominal en la misma localización, se retira el trocar y se inserta el laparoscopio en la cavidad abdominal a través de la vaina del trocar para visualizar los órganos pélvicos. Se inserta un segundo trocar de menor tamaño en la región suprapúbica para permitir la inserción de pinzas sujetadoras especiales. De manera alternativa, se emplea la laparoscopia operatorio que tiene una funda para los instrumentos; por tanto, el

procedimiento se puede efectuar a través de una sola incisión pequeña. La esterilización laparoscópica suele efectuarse en el hospital bajo anestesia general, pero se puede efectuar también bajo anestesia local con sedación consciente. (Berek, 2012)

La esterilización se logra por cualquiera de tres técnicas: coagulación eléctrica bipolar, aplicación de una banda de caucho de Silastic pequeña (anillo de Falope) o aplicación de una grapa plástica y metálica (grapa de Hulka) a través de cada trompa. (Berek, 2012)

Complicaciones:

La anticoncepción quirúrgica femenina se asocia con las complicaciones similares de cualquier otro procedimiento ginecológico de pequeña manipulación; pero con la dificultad que requiere abrir la capa del peritoneo. No obstante, la mayor parte de las complicaciones son de carácter leve. (Rigol, 2014)

La laparoscopia se relaciona con algunas complicaciones específicas. La inducción de neumoperitoneo rara vez produce accidentes cardiopulmonares potencialmente fatales. Sin embargo, la "punción a ciegas" del abdomen puede causar daño o hemorragia visceral (excepcional). El uso de la electrocoagulación está relacionado con el riesgo de quemaduras intestinales y sangramiento del mesosálpinx. (Rigol, 2014)

En casi todo el mundo, el riesgo de muerte por anticoncepción quirúrgica es mucho menor que el riesgo de parto, y casi siempre se vincula con la anestesia, por lo que se debe disponer o tener fácil acceso a los servicios de emergencia. (Rigol, 2014)

Reversión: La anticoncepción tubárica, procedimiento en principio irreversible, es sin embargo potencialmente factible de reversión, pero las posibilidades de un embarazo intrauterino posterior a la restitución son extremadamente variables. La

solicitan menos del 1% de las mujeres en países en desarrollo y entre el 1% y el 4% de las pacientes en las naciones desarrolladas. (Gómez, 2012)

Si bien los procedimientos menos destructivos tienden a hacer la operación mucho más reversible, el oviducto tiene funciones numerosas y complejas; así, el restablecimiento de su anatomía no implica que necesariamente se restituyan sus acciones. (Gómez, 2012)

El éxito de la reversión depende de varios factores:

- ❖ La longitud de la trompa para realizar anastomosis.
- ❖ El tipo de procedimiento utilizado en la esterilización (anillos o ganchos producen poco daño).
- ❖ La localización de la anastomosis en la trompa.
- ❖ La edad de la paciente (luego de los 40 años su realización es controvertida).
- ❖ Presencia de otro tipo de patología.
- ❖ La experiencia quirúrgica del médico tratante. (Gómez, 2012)

ESTERILIZACIÓN MASCULINA: La vasectomía, que es la resección de una parte del conducto deferente, se efectúa con facilidad bajo anestesia local en el consultorio. No disminuye el rendimiento sexual.

Mecanismo de acción: Consiste en interrumpir el paso de los espermatozoides a través del conducto deferente, para ello se han de aislar y ocluir dichos conductos, para lograrlo pueden emplearse diferentes técnicas quirúrgicas y habitualmente se realiza bajo anestesia local. (Quesada, Delgado, & Sánchez, 2013)

La técnica básica consiste en palpar el conducto deferente a través del escroto, sujetarlo con los dedos o con pinzas atraumáticas, efectuar una pequeña incisión sobre el mismo, y tirar de un asa del conducto hacia la incisión. Se reseca un

pequeño segmento y a continuación se emplea el electrodo de aguja para coagular la luz de ambos extremos. Las técnicas mejoradas incluyen vasectomía sin escarpelo, en la cual se emplea el extremo puntiagudo de unas pinzas para puncionar la piel sobre el conducto deferente. Esta pequeña variación reduce las posibilidades de hemorragia y evita la necesidad de suturar la incisión. Otra variación es la vasectomía de extremo abierto en la cual solo se coagula el extremo abdominal del conducto deferente seccionado en tanto que el extremo testicular se deja abierto. Se cree que esto impide la epididimitis congestiva. (Berek, 2012)

La vasectomía no produce esterilización inmediata, es necesario esperar la ausencia de espermatozoides en el eyaculado, antes de que el hombre o su pareja puedan dejar de utilizar una anticoncepción alterna; un examen de semen debe ser recomendado después de 3 meses o de al menos 20 eyaculaciones. (Botero, Henao, & Júbiz, 2015)

Complicaciones:

La correcta técnica operatoria y su fácil realización hacen que disminuyan las complicaciones. Las más frecuentes son:

- Hematoma.
- Granuloma espermático.
- Mala cicatrización de la herida.
- Rara vez epididimitis.

Cuando la pareja decide que la familia ha alcanzado el tamaño deseado, la anticoncepción quirúrgica ofrece la solución más satisfactoria para el control de la fertilidad. (Rigol, 2014)

2. METODOS ANTICONCEPTIVOS HORMONALES

Los esteroides sexuales se definieron originalmente por su actividad biológica. Se caracterizan por su afinidad hacia receptores específicos de estrógenos, progesterona o andrógenos, lo mismo que por sus efectos biológicos sobre diferentes aparatos y sistemas. Los esteroides se absorben con rapidez en el intestino, pero pasan directamente hacia el hígado por la circulación portal, sitio en el que se metabolizan e inactivan también con rapidez. Por tanto, se requieren grandes dosis de esteroides cuando se administran por vía oral. La añadidura del grupo etinil al carbono 17 de la molécula del esteroide impide la degradación por la enzima hepática deshidrogenasa de los 17-hidroxiesteroides. (Berek, 2012)

2.1. Anticonceptivos orales combinados:

Se puede inhibir la ovulación mediante estrógenos orales o sólo progestágenos orales, pero en estos casos se requerirán grandes dosis. Se manifiesta sinergia farmacológica cuando se combinan ambos tipos de hormonas, y se suprime la ovulación a una dosis mucho más baja de cada agente. Los AOC combinados suprimen las concentraciones de FSH y LH basales. Los anticonceptivos orales disminuyen la capacidad de la hipófisis para sintetizar gonadotropinas cuando la estimula la hormona hipotalámica liberadora de gonadotropina (GnRH). Los folículos ováricos no maduran, se produce poco estradiol, y no ocurre la descarga rápida de LH de la mitad del ciclo. No sobreviene la ovulación, no se forma cuerpo lúteo y no se produce progesterona. (Berek, 2012)

Mecanismos de acción:

- a) Inhibición de la ovulación por efecto sobre el eje hipotálamo-hipofisiario, con disminución de la producción de FSH y LH que consecuentemente dejan de estimular la producción de hormonas naturales estradiol y progesterona lo que explica los demás mecanismos de acción.

- b) Aumento de viscosidad del moco cervical con alteración de los mecanismos de transporte y capacitación del espermatozoide.
- c) Cambios estructurales y enzimáticos del endometrio y endosálpinx que inhiben aún más la implantación del huevo fecundado. (Botero, Henao, & Júbiz, 2015)

Cuando se emplean de manera sostenida, los AOC combinados tienen tasas de embarazo de solo 2 a 3 por 1000 mujeres por año. (Berek, 2012)

Contraindicaciones:

Absolutas:

- Enfermedades cardiovasculares.
- Enfermedades cerebrovasculares.
- Neoplasia reproductiva.
- Neoplasia del hígado.
- Enfermedades hepáticas.

Relativas:

- Hipertensión arterial.
- Diabetes.
- Edad mayor de 35 años.
- Hábito de fumar.
- Obesidad.

Efectos secundarios:

- Hemorragia o manchado recurrente.
- Sangrado menstrual disminuido.
- Amenorrea.

- Náuseas.
- Vómitos.
- Ganancia de peso (Rigol, 2014)

Efectos benéficos: La prevención del embarazo es el más importante, incluyendo el embarazo ectópico.

- a) **Cáncer del ovario:** El uso de AOC disminuye el riesgo de cáncer de ovario en aproximadamente el 40%; a mayor tiempo de uso de AOC, es mayor el efecto protector, el cual persiste por lo menos 10 años después de dejar de usarlos.
- b) **Cáncer de Endometrio:** los AOC disminuyen el riesgo de cáncer de endometrio en el 50%, a mayor tiempo de uso es mayor el efecto de protección y ésta parece continuar por más de 15 años después de suspenderlos.
- c) **Desórdenes relacionados con la menstruación:** Los ciclos son regulares con escasa pérdida de sangre y menor riesgo de anemia, disminución del dolor ovulatorio y menstrual e igualmente mejoría de la tensión premenstrual.
- d) **Quistes de ovario:** Los AOC monofásicos por su efecto anovulatorio inhiben con gran frecuencia la formación de quistes ováricos funcionales incluyendo foliculares tealuteínicos y de la granulosa hasta en el 70%.
- e) **Enfermedad pélvica inflamatoria:** La incidencia de enfermedad pélvica inflamatoria sintomática es más baja en usuarias de AOC que en no usuarias o usuarias de otros métodos, a excepción de los métodos de barrera. Los AOC no protegen contra las enfermedades de transmisión sexual, incluyendo el VIH. (Botero, Henao, & Júbiz, 2015)

Efectos adversos: Son infrecuentes en las mujeres jóvenes y sanas.

- a) **Enfermedad del sistema circulatorio:** El infarto del miocardio, los accidentes cerebrovasculares y el tromboembolismo venoso, como consecuencia de

ingestión de AOC en mujeres jóvenes sin factores de riesgo y no fumadoras, son infrecuentes. Una mayor edad, antecedentes cardiovasculares, la diabetes y el fumar incrementan el riesgo.

- b) Accidente cerebrovascular trombótico: Es raro en mujeres jóvenes, se incrementa 1.5 veces en usuarias de AOC de dosis bajas comparadas con no usuarias y aumenta en tres veces si hay antecedentes de hipertensión.
- c) Accidente cerebro vascular hemorrágico: En mujeres menores de 35 años que no fuman y que no son hipertensas no hay aumento de riesgo si consumen AOC. Para las fumadoras mayores de 35 años el riesgo se duplica y para las hipertensas fumadoras es 10 veces mayor.
- d) Tromboembolismo venoso: Es raro en mujeres jóvenes no embarazadas y en edad reproductiva. Su incidencia aumenta con el consumo de AOC de 3 a 6 veces, siendo un poco mayor cuando se usan preparados que contienen desogestrel o gestodeno. La edad, la obesidad, cirugía reciente y algunas tromboembolias dan una predisposición mayor.
- e) Carcinogénesis Mama: Se han llevado a cabo numerosos estudios sobre la relación de AOC y el cáncer de mama y al reunidos sugieren lo siguiente: usuarias anteriores >10 años de no usarlos no están en mayor riesgo de desarrollar cáncer de mama. Usuarias actuales y recientes < 10 años desde su discontinuación tienen un incremento pequeño en el riesgo de desarrollar cáncer de mama., de menor tamaño, localizados y de mejor pronóstico. Los efectos de los AOC son idénticos en mujeres con y sin historia familiar de cáncer de mama.
- f) Cérvix: El uso prolongado de AOC podría ser un cofactor que aumente el riesgo de carcinoma cervical en mujeres que han tenido infección persistente con papiloma virus humano.
- g) Metabolismo de los carbohidratos: Pueden ocurrir cambios mínimos en la insulina plasmática y en la tolerancia a la glucosa en las usuarias de AOC, posiblemente por efecto del progestágeno, pero no hay evidencia en el aumento de diabetes clínica. Complicaciones severas de la diabetes como

neuropatía, retinopatía, neuropatía e hipertensión, contraindican el uso de AOC.

- h) Aumento de peso: Un kilo aproximado durante el primer año, como acción del progestágeno, siendo menor con preparados de dormadinona y drospirinona por su efecto antimineralocorticoide y antiandrogénico.
- i) Hipertensión: Hay un pequeño grupo de mujeres con un factor de riesgo que incluye las que tuvieron hipertensión durante el embarazo y aquellas con historia familiar de hipertensión. Aumento de presión diastólica de 105 o sistólica superior a 160 durante el consumo de AOC en una usuaria normal, requiere cambio de método y estudio de hipertensión.
- j) Cambios en la libido: Pueden presentarse cambios en la libido, bien por el contenido hormonal o por la actitud al desaparecer el temor de una gestación. Es difícil evaluar los cambios de la libido y determinar la influencia relativa de los factores sociales, psicológicos y endocrinos en la actividad sexual humana. En general la mayoría de los informes indican aumento en la actividad coital de las mujeres que los toman.
- k) Cambios en la lactancia Los anticonceptivos orales ocasionan una reducción en el volumen de la leche materna y un cambio moderado en sus componentes. (Botero, Henao, & Júbiz, 2015)

Interacción con otros medicamentos: Los medicamentos inductores de las enzimas hepáticas podrían reducir la eficacia de los métodos anticonceptivos hormonales: rifampicina, penicilinas, cloranfenicol, cefalosporinas, metronidazol, sulfonamidas, nitrofurantoina y anticonvulsivos (fenobarbital, rimidona, carbamacepina, fenitoína), antimicóticos (griseofulvina, fluconazol), reducen la eficacia de los AOC. (Botero, Henao, & Júbiz, 2015)

Los anticonceptivos orales pueden aumentar la acción de los siguientes medicamentos: troleandomicina, TAO, fenitoína, antidepresivos tricíclicos, agentes

betabloqueadores, ansiolíticos, benzodiazepinas, preparaciones de teofilina. (Botero, Henao, & Júbiz, 2015)

Pueden aumentar la acción o riesgo de toxicidad de: anticoagulantes (warfarina, coumadin, heparina); agentes antidiuréticos, insulina e hipoglicemiantes orales, agentes hipertensivos. (Botero, Henao, & Júbiz, 2015)

Elección de los anticonceptivos orales:

Para la paciente promedio, el preparado de primera elección para finalidades anticonceptivas es el AO combinado que contiene 0.030 a 0.035 mg de estrógeno.

- Al principio son frecuentes hemorragia por supresión y manchado de la ropa interior, que mejoran por lo general con el paso del tiempo. Si persiste el problema se puede cambiar de una versión multifásica a una monofásica con la misma concentración de estrógeno.
- Si la hemorragia sigue siendo un problema, deberes intentarse un incremento temporal en la concentración del estrógeno: 20 mcg de etinelestradiol todos los días durante siete días mientras se prosigue con el anticonceptivo oral

Los efectos adversos como náuseas, hipersensibilidad mamaria cambio de humor y aumento de peso, son menos frecuentes con las formulaciones actuales que con los comprimidos previos y suelen resolverse después de los primeros ciclos.

- Si persisten los síntomas, deberá hacerse la prueba con las formulaciones muy eficaces que tienen las dosis más bajas: 35 mcg de etinilestradiol con 0.5 mcg de noretindrona, o 20mcg de etinilestradiol con 1.0 mcg de acetato de noretindrona,

- En las pacientes que experimentan hipersensibilidad mamaria persistente, podría cambiarse el tipo de AO a uno que tenga más actividad progestágena, como 30 mcg de etinilestradiol con 250 mcg de levonorgestrel. Los AO con potencia progestágena elevada producen menos síntomas mamarios
- Las náuseas se relacionan por lo general con el componente estrogénico, y en general podría ser beneficiosa cambiar al preparado de 20 mcg de etinilestradiol. (Berek, 2012)

Inicio del anticonceptivo oral combinado:

- a) La usuaria puede iniciar la toma del anticonceptivo oral combinado dentro de los 5 días de haber iniciado la menstruación, idealmente el primer día.
- b) Si se perdió esta oportunidad de inicio, lo puede hacer:
 - ❖ Después de los 5 primeros días de haber iniciado la menstruación, luego de descartar embarazo actual. Adicionar condón durante 7 días.
 - ❖ Inmediatamente del posaborto.
 - ❖ Inmediatamente del retiro de un DIU.
 - ❖ Inmediatamente de la administración de Anticoncepción de Emergencia
 - ❖ (a las 24 horas)
 - ❖ A los 21 días luego del parto, si no está dando de lactar.
 - ❖ A las seis semanas luego del postparto, si la lactancia es parcial.
 - ❖ A los seis meses luego del pos parto, si la lactancia es exclusiva.
- c) Si la usuaria aún no menstrúa, puede comenzar cualquier día luego de descartar ausencia de embarazo e indicar el uso de condón por 7 días como respaldo.
- d) Si no cumple estos criterios se debe sugerir otro método anticonceptivo apropiado para el caso. (MSP, Norma y Protocolo de Planificación Familiar, 2010)

2.2. Anticonceptivos orales solo de progestágeno:

La llamada minipíldora es un anticonceptivo a base de progestágeno que se ingiere diariamente. A diferencia de los AOC no inhibe de manera confiable la ovulación. Su eficacia depende básicamente de las alteraciones que origina en el moco cervical y sus efectos en el endometrio. Puesto que los cambios del moco no duran más de 24 horas, la minipíldora se debe tomar a la misma hora todos los días para aumentar su eficacia. Este método no goza de mucha popularidad por dos razones: la frecuencia de hemorragias irregulares es mucho mayor y el índice de embarazos también es más elevada que con los AOC. (Berek, 2012)

Mecanismo de Acción: Su efecto anticonceptivo funciona de dos maneras: las hormonas alcanzan un nivel sanguíneo que, sin impedir el crecimiento ovular, bloquean el pico de LH preovulatorio, lo que inhibe la ruptura folicular y liberación del óvulo. Además el moco cervical se mantiene viscoso y escaso durante todo el ciclo, lo que dificulta el ascenso de los espermatozoides al útero. (Ministerio de Salud Pública, 2013)

Beneficios: Los anticonceptivos a base de progestágenos tienen escasos efectos en el metabolismo de los carbohidratos y la coagulación, y no producen ni exacerban la hipertensión. Pueden ser ideales para algunas mujeres con aumento del riesgo de complicaciones cardiovasculares. Además, la minipíldora también constituye con frecuencia una alternativa excelente en aquellas que están amamantando. Combinada con la lactancia, su eficacia es prácticamente de 100% hasta por 6 meses y no deteriora la producción de leche. (Berek, 2012)

Desventajas: Estos anticonceptivos deben tomarse a la misma hora diariamente. Si el anticonceptivo a base de progestágeno se ingiere con una diferencia incluso de 4 horas, será necesario utilizar algún otro método de respaldo durante las siguientes 48 horas. Como ocurre con la falla de otros anticonceptivos hormonales y el embarazo, hay un incremento relativo en el

número de los embarazos ectópicos. Asimismo, en las mujeres que utilizan este método son más frecuentes los quistes ováricos funcionales, aunque no suelen requerir tratamiento. Otra desventaja es la hemorragia uterina irregular, que se manifiesta en forma de amenorrea, metrorragia o menorragia. (Berek, 2012)

Contraindicaciones: Los anticonceptivos a base de progestágenos se contraindican en mujeres con hemorragia uterina inexplicable, cáncer mamario conocido, tumores hepáticos benignos o malignos, embarazo o enfermedad hepática aguda. (Berek, 2012)

Inicio del anticonceptivo oral que solo contiene progestina:

- a) La usuaria puede iniciar la toma del Anticonceptivo sólo de Progestágeno a las 6 semanas posparto o antes si el riesgo de embarazo es alto y no existen otras alternativas anticonceptivas aceptables o disponibles.
- b) Si la usuaria no ha presentado ciclos menstruales puede iniciar la toma del anticonceptivo de progestina sola en cualquier momento sin requerir un método de respaldo.
- c) Si la usuaria ya presenta ciclos menstruales indique que inicie la toma del anticonceptivo de progestina sola dentro de los 5 primeros días del ciclo.
- d) En mujeres con pérdida de embarazo o aborto puede iniciar el anticonceptivo de progestina sola inmediatamente. (MSP, Norma y Protocolo de Planificación Familiar, 2010)

2.3. Anticonceptivo oral de emergencia:

Muchas mujeres solicitan un método anticonceptivo después de haber tenido una relación sexual deseada sin protección y, en algunos casos, luego de haber sido víctima de alguna agresión sexual. (Cunningham, Leveno , Bloom, Hauth, Rouse, & Spong, 2011)

Pueden utilizar las mujeres en los 5 días siguientes a una relación sexual sin protección anticonceptiva con el fin de evitar un embarazo no planificado. Debe usarse exclusivamente como método de emergencia y no como una forma regular de anticoncepción. La anticoncepción de emergencia está aprobada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF), y la Food and Drug Administration (FDA). (MSP, Norma y Protocolo de Planificación Familiar, 2010)

Indicaciones:

- a) Relación sexual sin uso de un método anticonceptivo,
- b) Uso incorrecto o accidental de un método anticonceptivo:
 - ❖ Ruptura, filtración, deslizamiento o retención del condón masculino o femenino.
 - ❖ Desplazamiento o retiro temprano del condón masculino, femenino o diafragma.
 - ❖ Expulsión total o parcial del dispositivo intrauterino.
 - ❖ Relaciones en el período fértil
 - ❖ Olvido de una o varias tabletas anticonceptivas
- c) En caso de violencia sexual, si la mujer no está usando un método anticonceptivo.
- d) Exposición a sustancia teratógena confirmada. (MSP, Norma y Protocolo de Planificación Familiar, 2010)

Combinaciones de estrógeno-progestágeno: Se conocen como método de Yuzpe. Se administran un mínimo de 100 mcg de etinilestradiol y 0.5 mg de levonorgestrel. Estos esquemas son más eficaces mientras más temprano se tomen a continuación de un coito sin protección. La primera dosis se ingiere realmente en las 72 horas siguientes, pero puede darse hasta 120 horas después. La dosis inicial es seguida 12 horas ulteriores por una segunda. Los esquemas de anticoncepción hormonal de urgencia son altamente eficaces y disminuyen el

riesgo de embarazo por hasta 94%. (Cunningham, Leveno , Bloom, Hauth, Rouse, & Spong, 2011)

Náusea y vómito son los mayores problemas por un estrógeno de dosis alta y otros esquemas. Por este motivo, se puede prescribir un antiemético oral al menos 1 hora antes de cada dosis. El tratamiento oral previo con 50 mg de medicina o con 10 mg de metoclopramida disminuye eficazmente la náusea. Si una mujer vomita en las 2 horas siguientes a una dosis, ésta debe repetirse. (Cunningham, Leveno , Bloom, Hauth, Rouse, & Spong, 2011)

Preparación con progestágenos solos: Este producto que solo contiene progestágenos incluye dos tabletas, cada una de las cuales contiene 0.75 mg de levonorgestrel. De forma óptima, la primera dosis en las primeras 72 horas posteriores al coito sin protección, pero puede administrarse hasta 120 horas después, la segunda dosis se toma luego de 12 horas, aunque mostraron que un intervalo de 24 horas entre las dosis también era eficaz. De manera alternativa, se puede utilizar una sola dosis de 1.5 mg de levonorgestrel. (Cunningham, Leveno , Bloom, Hauth, Rouse, & Spong, 2011)

La tasa de embarazos con el plan B es de 1.1% y se compara favorablemente con la de 3.2% de un grupo similar de mujeres tratadas con el esquema de Yuzpe. El mecanismo principal es la inhibición o retraso de la ovulación. Otros mecanismos comprenden alteraciones en el endometrio, la penetración de los espermatozoides y la motilidad tubaria. Los embarazos establecidos no se dañan. (Cunningham, Leveno , Bloom, Hauth, Rouse, & Spong, 2011)

2.4. Anticonceptivos hormonales inyectables:

Inyectables de progestágenos: Tanto el acetato de medroxiprogesterona de depósito intramuscular 150 mg cada tres meses, como el enantato de noretisterona 200 mg cada dos meses, son anticonceptivos progestacionales

inyectables que se han utilizado con eficacia en todo el mundo durante años. La medroxiprogesterona de depósito se inyecta en el músculo deltoides o el glúteo mayor, sin masaje, para asegurar que el fármaco se libere lentamente. De manera alternativa, se dispone de una versión subcutánea, la cual se inyecta en el tejido subcutáneo de la cara anterior del muslo o el abdomen cada tres meses. Esta preparación subcutánea contiene 104 mg de DMPA, que se absorbe más lentamente que la presentación intramuscular. Así incluso con 33% menos fármaco activo por dosis, mantiene concentraciones séricas de progestágeno suficientes para suprimir la ovulación durante tres meses. (Cunningham, Leveno , Bloom, Hauth, Rouse, & Spong, 2011)

Sus mecanismos de acción son múltiples e incluyen inhibición de la ovulación, aumento de la viscosidad del moco cervicouterino y creación de un endometrio desfavorable para la implantación del ovocito. La inyección inicial debería aplicarse en los primeros cinco días de la menstruación. Las concentraciones séricas terapéuticas de MPA suficientes para ejercer un efecto anticonceptivo constante se observan en 24 horas. Por tanto, no se requiere método anticonceptivo de respaldo si se inicia en los cinco primeros días de la menstruación. La DMPA constituye un método eficaz, con tasas de embarazo 0,3% cuando se utiliza de manera perfecta. Las tasas de falla con la utilización habitual, sin embargo, se aproximan al 7% a los 12 meses. (Cunningham, Leveno , Bloom, Hauth, Rouse, & Spong, 2011)

Beneficios: Los progestágenos inyectados ofrecen la conveniencia de un esquema de dosificación trimestral. Su eficacia anticonceptiva es similar o mejor a la de los AOC y tampoco afectan la lactancia. Asimismo es menos probable que exista anemia ferropriva en quienes los usan durante mucho tiempo debido a la amenorrea, la cual aparece después de cinco años en 80% de mujeres. (Cunningham, Leveno , Bloom, Hauth, Rouse, & Spong, 2011)

Desventajas: La desventaja principal de los progestágenos de liberación lenta es la hemorragia menstrual irregular y la anovulación prolongada una vez que son suspendidos, con lo que se retrasa la fertilidad. Aunque el uso de DMPA no afecta el riesgo global de cáncer mamario, hay un pequeño aumento en las usuarias recientes o actuales. Al parecer, el cáncer cervical y el hepático no se elevan, en tanto que el riesgo de cáncer ovárico y endometrial disminuye. (Cunningham, Leveno , Bloom, Hauth, Rouse, & Spong, 2011)

En general se atribuye un incremento de peso cuando se utiliza DMPA, aunque no es todos los estudios se ha encontrado ese efecto. Asimismo, algunas usuarias manifiestan hipersensibilidad mamaria y depresión, pero tampoco se ha demostrado que exista alguna relación causal con la última. (Cunningham, Leveno , Bloom, Hauth, Rouse, & Spong, 2011)

En pacientes que utilizan este fármaco a largo plazo, la reducción de la densidad mineral ósea es un problema potencial. Es algo alentador que la pérdida parezca ser reversible después de discontinuar el tratamiento, pero aun no es completa después de 18 a 24 meses. (Cunningham, Leveno , Bloom, Hauth, Rouse, & Spong, 2011)

No se ha demostrado que la utilización de DMPA incremente el riesgo de tromboembolias, apoplejías o enfermedad cardiovascular. Sin embargo, se considera una contraindicación para su uso el antecedente de tromboembolia. Otras contraindicaciones de la DMPA incluyen embarazo, hemorragia vaginal no diagnosticada, cáncer mamario, apoplejía o hepatopatía notable. (Cunningham, Leveno , Bloom, Hauth, Rouse, & Spong, 2011)

Inyectables combinados: Son preparados inyectables a base de estrógeno y progestágeno sintético, para aplicación mensual intramuscular. Por su contenido de estrógeno inducen un patrón de sangrado regular y ofrecen gran seguridad anticonceptiva. (Botero, Henao, & Júbiz, 2015)

Igual al de los anticonceptivos orales combinados actúan a nivel de hipófisis e hipotálamo interfiere la producción de la hormona folículo estimulante FSH. y la hormona luteinizante LH. A nivel del ovario inhiben la maduración folicular y la ovulación. Alteran la motilidad uterina y tubárica dificultando el transporte del óvulo y del espermatozoide. A nivel del endometrio alteran la producción del glucógeno en las glándulas endometriales lo que dificulta la implantación del blastocisto. Cambios en el moco cervical que interfieren la producción del ácido psiálico y hacen el moco más espeso, lo que dificulta la penetración del espermatozoide. (Botero, Henao, & Júbiz, 2015)

Constituyen la primera opción para mujeres menores de 20 años sin antecedente de gestación. Constituyen la segunda opción para mujeres mayores de veinte años con o sin antecedentes de gestación que no son tributarias o no aceptan el dispositivo intrauterino, o la oclusión tubárica bilateral. Mujeres que estén lactando desde el sexto mes o más del postparto. Mujeres en el postparto inmediato que no deseen lactar. Mujeres en el post-aborto. (Botero, Henao, & Júbiz, 2015)

Beneficios: Frente a los inyectables bimensuales o trimestrales ofrecen menor dosis de progestágeno, mejor control del patrón de sangrado, más rápido retorno a la fertilidad, menor duración de los efectos secundarios, igual eficacia con mayor aceptabilidad. (Botero, Henao, & Júbiz, 2015)

Desventajas: Mayor número de inyecciones por año de uso, la presencia del estrógeno limita sus indicaciones, uso restringido en el postparto cuando se desea lactar, posee los efectos secundarios que ofrecen los estrógenos. (Botero, Henao, & Júbiz, 2015)

Efectos colaterales: En un número limitado de usuarias se presenta sangrado irregular especialmente los tres primeros meses (amenorrea o sangrado prolongado). Todos los efectos colaterales son similares a los presentados con los

anticonceptivos orales combinados, incluyendo mastalgia, cefalea, cambios en el peso de algunas usuarias. (Botero, Henao, & Júbiz, 2015)

Inicio del anticonceptivo inyectable combinado:

La usuaria puede iniciar la aplicación del anticonceptivo inyectable combinado idealmente el primer día de la menstruación.

Si se perdió esta oportunidad de inicio, lo puede hacer en cualquier momento, siempre y cuando esté:

- ❖ Dentro de los 7 primeros días de haber iniciado su menstruación.
- ❖ Después de los 7 primeros días de haber iniciado la menstruación, luego de descartar ausencia de embarazo. Adicionar condón durante 7 días.
- ❖ Inmediatamente del posaborto.
- ❖ Inmediatamente del retiro de un DIU.
- ❖ Inmediatamente de la toma de Anticoncepción de Emergencia (a las 24 horas)
- ❖ A los 21 días luego del parto, si no está en lactancia.
- ❖ A las seis semanas luego del parto, si la lactancia es parcial
- ❖ A los seis meses luego del parto, si la lactancia es exclusiva.

Si no cumple estos criterios se debe sugerir otro método anticonceptivo apropiado para el caso.

Se encuentran disponibles en las siguientes presentaciones: Valerato de estradiol 5mg + Enantato de Noretisterona 50 mg y Enantato de estradiol 10 mg + Acetofénido de dihidroxiprogesterona 150 mg (MSP, Norma y Protocolo de Planificación Familiar, 2010)

2.5.Implantes subdérmicos:

Son cápsulas de silastic que tienen incorporado un progestágeno de liberación lenta y constante para alcanzar el efecto anticonceptivo deseado. El sitio preferido para su aplicación es la parte interna e inferior del brazo no dominante, pero también se puede aplicar en el abdomen o en la región glútea. (Botero, Henao, & Júbiz, 2015)

Inicio de anticoncepción con implantes subdérmicos:

- a) Su colocación se puede hacer en cualquier momento durante la menstruación y si la usuaria aun no menstrua, puede colocarse cualquier día, siempre y cuando el embarazo sea razonablemente descartado. Uso de preservativo por 7 días como respaldo.
- b) Si no cumple estos criterios se debe sugerir otro método anticonceptivo apropiado para el caso. (MSP, Norma y Protocolo de Planificación Familiar, 2010)

Implantes de levonorgestrel: El sistema Norplant consiste en un conjunto de 6 cápsulas de silástico de 3,4 cm por 2,4 mm y que contienen 36 mg de levonorgestrel. Se liberan 30 ng de hormona diariamente y esta liberación continua y constante de la hormona hace que no haya fluctuaciones hormonales plasmáticas. Tiene una duración de 5 años y se implanta en el antebrazo y de forma subdérmica. (Rigol, 2014)

Dentro de las 24 horas de la inserción se logra un nivel de protección suficiente para prevenir el embarazo. Se considera altamente eficaz como anticonceptivo, con tasa de deficiencia generalmente menor que 1 % al final de 1 año. (Rigol, 2014)

Algunos de los efectos secundarios que ese presentan son: Alteraciones menstruales, efectos metabólicos (obesidad), durante la lactancia: infección local, efectos secundarios leves, efectos psicológicos. (Rigol, 2014)

Implante de etonogestrel: Se cuenta con un sistema conformado por un implante de un solo cilindro con 68 mg de etonogestrel y una cubierta de copolímero de acetato de etilvinílico. El implante se coloca en la cara medial del brazo a 6 a 8 cm de distancia en relación con el codo, en el surco del bíceps, en los primeros cinco días de la menstruación. Se puede utilizar como anticoncepción durante tres años y después sustituirse en el mismo sitio o en el brazo contralateral. (Cunningham, Leveno , Bloom, Hauth, Rouse, & Spong, 2011)

Se libera progestágeno continuamente para suprimir la ovulación, como acción anticonceptiva principal, si bien se agregan a su eficacia el engrosamiento del moco cervicouterino y la atrofia del endometrio. El retorno de la ovulación después del retiro del implante es rápido. Se trata de un método altamente eficaz. (Cunningham, Leveno , Bloom, Hauth, Rouse, & Spong, 2011)

Este implante no es radiopaco y se le puede identificar cuando está mal colocado por medio de ecografía. (Cunningham, Leveno , Bloom, Hauth, Rouse, & Spong, 2011)

El aumento de peso no es un efecto adverso notorio o un motivo frecuente de discontinuación del implante. El implante no afecta de modo significativo la densidad mineral ósea, el perfil de lípidos o las enzimas hepáticas. El efecto adverso comunicado de manera más habitual que llevo a su retiro fue la hemorragia prolongada y frecuente. Las contraindicaciones son las mismas que las de DMPA. (Cunningham, Leveno , Bloom, Hauth, Rouse, & Spong, 2011)

CAPITULO VI

1. EFICACIA DEL USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS

Tasas de embarazo no deseados en el primer año de uso (%)		
Método de planificación familiar	Uso sistemático y correcto	Como se usa comúnmente
Implantes	0,05	0,05
Vasectomía	0,1	0,15
DIU de levonorgestrel	0,2	0,2
Esterilización femenina	0,5	0,5
DIU de cobre	0,6	0,8
MELA (para 6 meses)	0,9	2
Inyectables mensuales	0,05	3
Inyectables de progestágeno solo	0,3	3
Anticonceptivos orales combinados	0,3	8
Píldoras de progestágeno solo	0,3	8
Condomes masculinos	2	15
Método de la ovulación	3	15
Diafragmas con espermicidas	6	16
Condomes femeninos	5	21
Otros métodos basados en el conocimiento de la fertilidad		25
Retiro	4	27
Espermicidas	18	29
Sin método	85	85

Tomado de: Planificación Familiar, OMS, 2011, pág. 318

El cuadro anterior muestra las tasas de embarazos imprevistos entre usuarias de diversos métodos de planificación familiar ocurridos en los primeros 12 meses (un año) de uso del método. Para cada método se reportan dos tasas: una se refiere a la tasa de embarazo, cuando el método se usa de manera correcta y consistente, la otra cuando el método se usa en forma común. La primera tasa refleja la más alta eficacia que un usuario puede esperar del método al usarlo correcta y consistentemente. Así, la eficacia de los métodos de planificación familiar puede dividirse en tres grupos:

- ❖ Muy eficaz: Implantes, vasectomía, DIU de levonorgestrel, esterilización femenina, DIU de cobre
- ❖ Eficaz: MELA, inyectables mensuales, inyectables de progestágeno solo, anticonceptivos orales.
- ❖ Moderadamente eficaz: El condón masculino y los métodos basados en el conocimiento de la propia fertilidad.
- ❖ No eficaz: Sin método (MSPAS-Guatemala, 2009)

Lista de verificación de ausencia de embarazo:

Existe suficiente certeza de que una mujer no está embarazada si:

- a) Su período menstrual comenzó dentro de los últimos 7 días.
- b) Dió a luz dentro de las últimas 4 semanas.
- c) Tuvo un aborto o pérdida en los últimos 7 días.
- d) Se ha abstenido de tener relaciones sexuales desde su última menstruación.
- e) Ha estado utilizando un método anticonceptivo confiable de manera consistente y correcta y su último período menstrual fue hace menos de 4 semanas. (MSP, Norma y Protocolo de Planificación Familiar, 2010)

5. MATERIALES Y METODOS

TIPO DE ESTUDIO:

El estudio de investigación realizado, fue de tipo descriptivo y de corte transversal.

ÁREA DE ESTUDIO

El estudio se realizó en el Centro de la Salud N° 1 de la ciudad de Loja, que pertenece al Ministerio de Salud Pública del Ecuador, en el área de consulta externa de Ginecología. El Centro de Salud está ubicado actualmente en la Avenida Cuxibamba, durante el periodo abril-septiembre del 2014.

UNIVERSO Y MUESTRA

El universo y muestra estuvo conformada por 72 mujeres en periodo de lactancia.

TECNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCION DE DATOS

Las técnicas que se utilizaron fueron las siguientes:

Entrevista: Por medio del dialogo se explicó el propósito del estudio y se especificó la información que se requiere para la presente investigación, así como también se solicitó el consentimiento informado (ver Anexo N°1).

Encuesta: Para la recolección de los datos se elaboró una y aplicó una encuesta (ver Anexo N°2) orientada a los objetivos planteados; para evaluar los conocimientos sobre desventajas y beneficios, y el uso de los métodos anticonceptivos se planteó preguntas con opciones de respuesta de opción múltiple y dicotómica; mientras que para valorar las actitudes se planteó

proposiciones sobre el uso de métodos anticonceptivos utilizando un escala de tipo Likert, la cual fue previamente validada antes de su aplicación.

El instrumento que se utilizó para la recolección de los datos fue el cuestionario con las preguntas planteadas previamente de acuerdo con los objetivos a estudiar de la presente investigación.

ESCALA DE EVALUACIÓN DE LA ENCUESTA:

- **Muy Bueno:** Selecciona de forma correcta 7 u 8 respuestas correctas de las preguntas planteadas para conocimientos.
- **Bueno:** Selecciona de forma correcta 6 o 5 respuestas correctas de las preguntas planteadas para conocimientos.
- **Regular:** Selecciona de forma correcta 4 o 3 respuestas correctas de las preguntas planteadas para conocimientos.
- **Malo:** Selecciona de forma correcta 2 o 1 respuestas correctas de las preguntas planteadas para conocimientos

ANÁLISIS DE LOS DATOS

Para el procesamiento de la información se utilizó una base de datos creada en el programa Microsoft Excel 2013, aquí se obtuvieron frecuencias, porcentajes y la representación en tablas que posteriormente fueron interpretadas y que sirvieron de apoyo para la construcción de las conclusiones y recomendaciones pertinentes.

6. RESULTADOS

TABLA N° 1

NIVEL DE INSTRUCCIÓN

Nivel	Frecuencia	%
Primaria	5	6,95
Secundaria	50	69,44
Superior	17	23,61
Total	72	100

Fuente: Encuestas aplicadas a pacientes en estudio.

Elaborado por: Juan Pablo Cuenca Romero.

Interpretación: El 69,44% tiene instrucción secundaria, el 23,61% corresponde a superior y por último el 6,95% restante a nivel primaria.

TABLA N° 2

CONOCIMIENTO SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Calificación	Frecuencia	%
Muy Bueno	32	44,44
Bueno	31	43,06
Regular	7	9,72
Malo	2	2,78
Total	72	100

Fuente: Encuestas aplicadas a pacientes en estudio.

Elaborado por: Juan Pablo Cuenca Romero.

Interpretación: Se observa que el 44,44% tuvieron calificación correspondiente a muy bueno, el 43,06% obtuvieron la calificación bueno, seguido del 9,72% con calificación regular y finalmente el 2,78% con calificación malo.

TABLA N° 3

ANTICONCEPTIVOS MÁS UTILIZADOS

Anticonceptivos	Frecuencia	%
Anticonceptivos Orales	20	27,78
Ninguno	19	26,39
Implantes	18	25,00
MELA	9	12,50
Método del ritmo	6	8,33
Total	72	100

Fuente: Encuestas aplicadas a pacientes en estudio.

Elaborado por: Juan Pablo Cuenca Romero.

Interpretación: El anticonceptivo más utilizado son los anticonceptivos orales con el 27,78%, luego los implantes con 25%, las pacientes que utilizan la lactancia materna exclusiva como método representan el 12,5%, el método del ritmo es utilizado por el 8,33% y finalmente el 26,39% no utiliza ningún método anticonceptivo.

TABLA N° 4

HAN TENIDO DIFICULTADES EN EL ACCESO AL USO Y/O CONOCIMIENTOS DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

	Frecuencia	%
Si	23	31,94
No	49	68,06
Total	72	100

Fuente: Encuestas aplicadas a pacientes en estudio.

Elaborado por: Juan Pablo Cuenca Romero.

Interpretación: El 31,94% si tuvo dificultades en el acceso al uso y/o conocimientos de métodos anticonceptivos y el 68,06% mencionaron que no tuvo ninguna dificultad.

TABLA N° 5

CAUSAS QUE HAYAN IMPEDIDO EL ACCESO AL USO Y/O CONOCIMIENTOS

Causas	Frecuencia	%
Timidez de acudir a los centros de salud	11	47,82
Falta recursos económicos	8	34,78
Falta de vías de acceso o de transporte	2	8,70
Desacuerdo con la pareja	2	8,70
Total	23	100

Fuente: Encuestas aplicadas a pacientes en estudio.

Elaborado por: Juan Pablo Cuenca Romero.

Interpretación: El 47,82% tuvo timidez de acudir a los centros de salud, el 34,78% mencionaron que fue por falta de recursos económicos, el 8,7% por falta de vías de acceso o de transporte y el 8,7% restante por desacuerdo con la pareja.

TABLA N° 6

LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS DA SEGURIDAD EN LAS RELACIONES SEXUALES EN LA PAREJA

	Frecuencia	%
Acuerdo	68	94,44
Indeciso	4	5,56
Desacuerdo	0	0,00
Total	72	100

Fuente: Encuestas aplicadas a pacientes en estudio.

Elaborado por: Juan Pablo Cuenca Romero.

Interpretación: El 94,44% menciona estar de acuerdo con que los métodos anticonceptivos dan seguridad en las relaciones sexuales en la pareja; mientras que el 5,56% no saben o están indecisos.

TABLA N° 7

LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS PROMUEVEN LA INFIDELIDAD EN LA PAREJA

	Frecuencia	%
Acuerdo	0	0,00
indeciso	8	11,11
Desacuerdo	64	88,89
Total	72	100

Fuente: Encuestas aplicadas a pacientes en estudio.

Elaborado por: Juan Pablo Cuenca Romero.

Interpretación: El 88,89% está en desacuerdo que los métodos anticonceptivos promueven la infidelidad en la pareja; mientras que el 11,11% no sabe o se encuentran indecisos.

TABLA N° 8

LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS SON FÁCILES DE USAR

	Frecuencia	%
Acuerdo	55	76,39
indeciso	9	12,50
Desacuerdo	8	11,11
Total	72	100

Fuente: Encuestas aplicadas a pacientes en estudio.

Elaborado por: Juan Pablo Cuenca Romero.

Interpretación: El 76,39% están de acuerdo que los métodos anticonceptivos son fáciles de usar; el 12,5% refieren no saber o estar indecisos; mientras que el 11,11% están en desacuerdo.

TABLA N° 9

LOS ANTICONCEPTIVOS SON LA MEJOR OPCIÓN PARA LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR

	Frecuencia	%
Acuerdo	68	94,44
Indeciso	4	5,56
Desacuerdo	0	0,00
Total	72	100

Fuente: Encuestas aplicadas a pacientes en estudio.

Elaborado por: Juan Pablo Cuenca Romero.

Interpretación: El, 94,44% están de acuerdo con que los anticonceptivos son la mejor opción para la planificación familiar; mientras que el 5,56% refieren no saber o estar indecisos.

TABLA N° 10

LAS ANTICONCEPTIVOS ORALES SON MÁS SEGUROS QUE EL MÉTODO DEL RITMO

	Frecuencia	%
Acuerdo	72	100
Indeciso	0	0,00
Desacuerdo	0	0,00
Total	72	100

Fuente: Encuestas aplicadas a pacientes en estudio.

Elaborado por: Juan Pablo Cuenca Romero.

Interpretación: El 100% manifestaron estar de acuerdo en que los anticonceptivos orales son más seguros que el método del ritmo.

7. DISCUSION

La secundaria es el nivel de instrucción con mayor porcentaje de 69,4% y el nivel superior con un 23,61%; en cuanto al conocimiento de métodos anticonceptivos en presente trabajo se planteó preguntas referentes a desventajas y beneficios de métodos anticonceptivos en el cual se obtuvo un gran porcentaje con la calificación de muy bueno (44,44%) y calificación bueno (43,06%) ; además el conocimiento fue mayor en las mujeres que tenían un nivel de educación superior; es decir que a mayor educación mayor son los conocimientos sobre los métodos anticonceptivos.

La encuesta ENDEMAIN en el año 2004 indican que en el Ecuador, casi la totalidad (97.3%) de las mujeres de 15 a 49 años de edad ha oído hablar o conoce de al menos un método anticonceptivo moderno, el conocimiento de métodos modernos es casi universal, lo mismo que con respecto al nivel de instrucción alcanzado, excepto el más bajo conocimiento de mujeres sin instrucción (83%), con una diferencia de alrededor de 16 puntos porcentuales con relación a mujeres con algún año aprobado en la Universidad.

En la Encuesta de Condiciones de Vida-Quinta Ronda, 2005-2006, en el Ecuador el 92,5% de mujeres conocen sobre los métodos anticonceptivos, y además el conocimiento de los métodos anticonceptivos son más extensos en las personas con estudios secundarios y superiores. (INEC & SENPLADES, 2007)

En un estudio realizado por Costales, F y Valle, J en el año 2013 en el Hospital Enrique Garcés el nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos en la población estudiada fue mayoritariamente deficiente (77,7%), además se encontró que las pacientes con mayor nivel de instrucción tuvieron mejores resultados que el resto de pacientes. (Costales & Valle, 2013)

Los anticonceptivos más utilizados por las pacientes en la presente investigación fueron los anticonceptivos orales con 27,78% de aceptación, luego los implantes con un 25%, y además un importante grupo de pacientes no utiliza ningún método anticonceptivo representando el 26,39%; cabe recalcar que las pacientes investigadas estaban en periodo de lactancia.

En una encuesta realizada por Centro Latinoamericano Salud y Mujer (CELSAM) en el año 2004 en mujeres entre 15 y 45 años de 14 países de América Latina incluido Ecuador, los tres métodos anticonceptivos usados con mayor frecuencia (uso actual o anterior) son los hormonales orales (45%); condón (25%); y dispositivo intrauterino (17%).

Según ENDEMAIN 2004 cerca de las tres cuartas partes (73%) de las mujeres ecuatorianas casadas o unidas estaba usando un método anticonceptivo en los 30 días previos a la entrevista, quedando tan solo poco más de la cuarta parte (27%) que no usa ningún anticonceptivo para regular su fecundidad. La esterilización femenina ocupa el primer lugar como preferencia de uso con el 24.2%, le sigue la píldora (13.3%), el DIU (10.1%).

En la Encuesta de Condiciones de Vida-Quinta Ronda, 2005-2006 en el Ecuador de acuerdo a la agrupación por tipo de método, se demostró que los métodos mayormente utilizados son los quirúrgicos, hormonales y naturales. Los de uso frecuente constituyeron la ligadura, la píldora, el ritmo y, como cuarta alternativa estuvo el DIU. (INEC & SENPLADES, 2007)

En la encuesta ENSANUT en año 2012 el 80,1% de las mujeres en edad fértil (15 a 49 años), los utilizan, siendo el método más utilizado la esterilización con 32,3%, luego los anticonceptivos orales con 11,2% también los anticonceptivos inyectables con 10,8%. (INEC & MSP, 2013)

En un estudio realizado por Vázquez y col. durante los meses de febrero a abril del 2012 en Toledo-España un 37,9% no utilizó ningún método anticonceptivo; el más utilizado fue el preservativo seguido de los anticonceptivos hormonales orales. (Vázquez, García, & Escalonilla, 2015)

En el estudio de (Costales & Valle, 2013) los anticonceptivos más usados fueron los métodos hormonales orales, seguido por el preservativo.

El 31,94% de las pacientes dijeron que en alguna vez habían sido impedidos el acceso al uso y/o conocimientos de los métodos anticonceptivos, en el cual la principal causa fue la timidez de acudir a los centros de salud y también mencionaron la falta de recursos económicos.

En la encuesta ENSANUT del año 2012 en el Ecuador las barreras para el conocimiento y la utilización de algún método anticonceptivo incluyen la falta de información, el difícil acceso a los métodos, así como el bajo nivel educacional de la población. (INEC & MSP, 2013)

8. CONCLUSIONES

1. El nivel de instrucción más frecuente fue la secundaria con un 69,44%, seguido por el nivel de educación superior con 23,61%, es decir que la mayoría de pacientes tienen o cursan en segundo nivel de instrucción académica. En cuanto a las preguntas que se hizo para evaluar el conocimiento sobre métodos anticonceptivos el 44,44% obtuvieron calificación correspondiente a muy bueno y el 43,06% tuvieron calificación bueno.
2. De los métodos anticonceptivos más utilizados por las pacientes tenemos que los anticonceptivos orales son los frecuentes con un 27,78%, luego los implantes con un 25%, y un 26,39% no utiliza métodos anticonceptivos para la planificación familiar.
3. El 68,06% no han tenido problemas o situaciones que les hayan impedido el acceso al uso y/o conocimientos de los métodos anticonceptivos y el 31,94% restante si tuvieron problemas en el acceso a los métodos anticonceptivos; dentro de las causas o problemas tenemos que el 69,56% tuvo timidez de acudir a los centros de salud y el 13,04% por falta de recursos económicos.
4. La mayoría de pacientes tuvieron una actitud positiva hacia los métodos anticonceptivos ya que estuvieron de acuerdo con el uso de métodos anticonceptivos como herramienta en la planificación familiar.

9. RECOMENDACIONES

- A las instituciones públicas de salud, para que capaciten personal y hagan promoción de calidad en el tema de salud sexual y reproductiva enfocado a los adolescentes para que puedan atraer la atención de este grupo de la sociedad y tener de esta manera una sociedad más capacitada.
- Al centro de salud que permita más apertura en la atención a los adolescentes con atención especializada y que puedan tener los beneficios necesarios para que puedan desarrollar una salud sexual con responsabilidad.
- A la Universidad Nacional de Loja formadora de profesionales altamente capacitados para que involucre a sus estudiantes de la Carrera de Medicina Humana en un enfoque más comunitario acudiendo a los colegios de la ciudad con charlas participativas sobre salud sexual y reproductiva.
- A la sociedad en general para que acuda a los centros de salud para que reciban información adecuada sobre el uso de métodos anticonceptivos y pueda realizar una planificación familiar de calidad que puedan elegir el método con el que más adecuado consideren; así como también que exija una atención adecuada y sobre todo que exijan los insumos necesarios para la planificación familiar.

10. BIBLIOGRAFÍA

- AMADA, & Ministerio de la Salud de la Nación. (2012). *Métodos Anticonceptivos. Guía para Profesionales de la Salud*. Buenos Aires.
- APROFE. (2013). *AROFE*. Recuperado el 10 de Septiembre de 2015, de <http://www.aprofe.org.ec/index.php/es/servicios/14-planificacion-familiar.html>
- Berek, J. (2012). *Berek y Novak Ginecología*. Barcelona: LW&W.
- Botero, J., Henao, G., & Júbiz, A. (2015). *Obstetricia y Ginecología*. Bogotá: CIB.
- CEPAR, C. d. (2005). *Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil*. Quito.
- Costales, F., & Valle, J. (2013). *Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Repositorio digital*. Recuperado el 13 de octubre de 2015, de Relación entre variables socio-económicas con conocimiento y preferencia sobre métodos anticonceptivos en mujeres postparto. Hospital Enrique Garcés 2013: <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/5886/T-PUCE-6044.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Cunningham, G., Leveno, K., Bloom, S., Hauth, J., Rouse, D., & Spong, C. (2011). *Williams Obstetricia*. México D.F.: Mc Graw-Hill.
- Díaz, S., & Schiappacasse, V. (2011). *¿QUÉ Y CUÁLES SON LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS?* Santiago de Chile: ICIMER.
- Gómez, L. (2012). *Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria*. Buenos Aires: OSECAC.
- INEC, & MSP. (2013). *ENSANUT-ECU 2011-2013 TOMO I*. Quito.

- INEC, & SENPLADES. (2007). *Encuesta de Condiciones De Vida 2005-2006 v.1.4, V Ronda*. Quito.
- Ministerio de Salud Pública, D. N. (2013). *GUÍAS EN SALUD SEXUAL, MANUAL DE ORIENTACIÓN ANTICONCEPTIVA*. Montevideo.
- MINSAL, ICMER, & APROFA. (2012). *NORMAS NACIONALES SOBRE REGULACIÓN DE LA FERTILIDAD*. Santiago de Chile.
- MSP. (2009). *Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación*. Quito.
- MSP. (2010). *Norma y Protocolo de Planificación Familiar*. Quito.
- MSP, C. N. (2007). *Política de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos*. Quito.
- MSPAS-Guatemala. (2009). *Guías Nacionales de Planificación Familiar*. Guatemala: USAID.
- Navarro, J., Trillo, C., Luque, M., & Seoane, J. (2014). *Anticoncepción y Salud Sexual en Atención Primaria*. Madrid: Merck Sharp & Dohme Corp.
- OMS. (2009). *Criterios médicos de elegibilidad para el uso de métodos anticonceptivos*. Luxembourg.
- OMS. (2011). *Planificación Familiar*. Estados Unidos.
- OMS. (mayo de 2015). OMS. Recuperado el 12 de septiembre de 2015, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/>
- OMS. (2015). *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado el 23 de Julio de 2015, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/>
- Quesada, M., Delgado, S., & Sánchez, C. (2013). *Protocolos SEGO/SEC*. Alicante: SEC.

Rigol, O. (2014). *Obstetricia y Ginecología*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.

Soriano, H., Rodenas, L., & Moreno, D. (2010). Criterios de Elegibilidad de Métodos Anticonceptivos. Nuevas Recomendaciones. *Revista Clínica de Medicina de Familia*.

Vázquez, M., García, R., & Escalonilla, B. (2015). *Dialnet*. Recuperado el 28 de septiembre de 2015, de Uso de anticonceptivos durante el puerperio y la lactancia materna: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5116042>

11. ANEXOS

ANEXO N°1

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

AREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE MEDICINA

TITULO

“CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE LA ANTICONCEPCIÓN EN LAS MUJERES EN PERIODO DE LACTANCIA ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD N° 1 DE LA CIUDAD DE LOJA”

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,.....con CI....., en pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente manifiesto que he sido debidamente informada y en consecuencia autorizo a que me sea realizada la presente encuesta, facultando al investigador hacer uso del presente para los fines pertinentes.

Atentamente,

.....

PACIENTE

Juan Pablo Cuenca Romero

INVESTIGADOR

ANEXO N°2

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

CARRERA DE MEDICINA HUMANA

Encuesta para la obtención de datos

DATOS GENERALES

Edad:.....

Estado civil:

Nivel de instrucción:

1. ¿Qué método anticonceptivo usa actualmente usted y/o su pareja para la planificación familiar?

- | | |
|---------------------------------------|-----|
| a. Método del ritmo | () |
| b. Coito interrumpido | () |
| c. Lactancia materna exclusiva | () |
| d. Anticonceptivos orales | () |
| e. Anticonceptivos inyectables | () |
| f. Implantes | () |
| g. Preservativo | () |
| h. Abstinencia | () |
| i. Ninguno | () |
| j. Otro, ¿cuál? | () |

2. En cuanto a las DESVENTAJAS de los métodos anticonceptivos, de las siguientes opciones escoja la respuesta correcta.

Lactancia materna exclusiva:

- a) Duración del efecto poco confiable
- b) No tiene desventajas
- c) Pérdida de peso

Preservativo:

- a) Aumento de peso
- b) Dolor menstrual
- c) De un solo uso

Anticonceptivos orales:

- a) Disminución de peso
- b) Abortivo
- c) Tomar diariamente

Implantes:

- a) No protege frente a enfermedades de transmisión sexual
- b) Produce esterilidad
- c) Eficacia mínima

3. En cuanto a los BENEFICIOS de los métodos anticonceptivos, de las siguientes opciones escoja la respuesta correcta (solo una respuesta).

Lactancia materna exclusiva:

- a) Disminuye cáncer de mama
- b) Duración prolongada
- c) Gran eficacia

Preservativo:

- a) Regula la menstruación
- b) Protege de las enfermedades de transmisión sexual
- c) Alivia dolores menstruales

Anticonceptivos orales:

- a) Disminución de peso
- b) Regula el ciclo menstrual
- c) Son los más seguros

Implantes:

- a) Alta eficacia
- b) Se coloca mensualmente
- c) Dura por 10 años

4. ¿Ha tenido alguna vez problemas o situaciones que le han impedido el acceso al uso y conocimientos de los métodos anticonceptivos?

SI ()

NO ()

En caso de que su respuesta sea SI, ¿cuáles son las causas o motivos?

- a) Falta de información por parte del personal médico ()
- b) Atención inadecuada en los centros de salud ()
- c) Timidez de acudir a los centros de salud ()
- d) Falta de recursos económicos ()
- e) Falta de vías de acceso o de transporte ()
- f) Religión o costumbres ancestrales ()
- g) Desacuerdo con la pareja ()
- h) Otros motivos, ¿cuáles?

5. Escoja la respuesta que considere conveniente si está de acuerdo, indeciso, o en desacuerdo con las siguientes proposiciones.

	PROPOSICIONES	ACUERDO	INDECISO	DESACUERDO
	Los métodos anticonceptivos da seguridad en las relaciones sexuales en la pareja			
	Los métodos anticonceptivos promueven la infidelidad en la pareja			
	Los métodos anticonceptivos son fáciles de usar			
	Los anticonceptivos son la mejor opción para la planificación familiar			
	Las anticonceptivos orales son más seguros que el método del ritmo			

Muchas gracias por su valiosa colaboración.

INDICE

PORTADA.....	i
CERTIFICACION	ii
AUTORIA.....	iii
CARTA DE AUTORIZACIÓN.....	iv
DEDICATORIA	v
AGRADECIMIENTO	vi
1. TITULO	1
2. RESUMEN	2
SUMMARY.....	3
3. INTRODUCCION	4
4. REVISION DE LITERATURA.....	6
CAPITULO I.....	6
1. SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	6
1.1. Definición:.....	6
1.2. Componentes de la salud sexual y reproductiva:	7
1.3. Derechos Sexuales y reproductivos:	7
CAPITULO II.....	9

1.	ANTICONCEPCION Y PLANIFICACION FAMILIAR	9
1.1.	Anticoncepción:	9
1.2.	Planificación Familiar:.....	10
1.3.	Beneficios de la planificación familiar:	11
CAPITULO III		13
1.	CRITERIOS MÉDICOS DE ELEGIBILIDAD PARA EL USO DE ANTICONCEPTIVOS	13
1.1.	Factores dependientes del método:.....	15
1.2.	Factores dependientes de la mujer/pareja:.....	16
CAPITULO IV.....		17
1.	CLASIFICACION DE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS	17
1.1.	Métodos anticonceptivos no hormonales:.....	17
1.2.	Métodos anticonceptivos hormonales:.....	19
CAPITULO V.....		20
1.	METODOS ANTICONCEPTIVOS NO HORMONALES	20
1.1	MÉTODOS BASADOS EN EL CONOCIMIENTO DE LA FERTILIDAD DE LA MUJER	20
	Método del Ritmo o calendario:.....	20
	Método de la Temperatura:	21

Método de Billings:	21
Método sintotérmico:	22
Método de Coito Interrumpido:	22
1.2. METODOS DE BARRERA Y QUIMICOS	22
Preservativo masculino:	22
Preservativo femenino:.....	23
Diafragma:.....	24
Capuchón cervical:.....	25
Espermicidas vaginales:.....	25
Esponjas vaginales:	26
1.3. DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS	27
1.4. MÉTODO DE LACTANCIA MATERNA	31
1.5. ESTERILIZACIÓN QUIRÚRGICA	34
ESTERILIZACIÓN FEMENINA:	35
ESTERILIZACIÓN MASCULINA:.....	39
2. METODOS ANTICONCEPTIVOS HORMONALES	41
2.1. Anticonceptivos orales combinados:.....	41
2.2. Anticonceptivos orales solo de progestágeno:.....	48

2.3. Anticonceptivo oral de emergencia:.....	49
2.4. Anticonceptivos hormonales inyectables:	51
Inyectables de progestágenos:.....	51
Inyectables combinados:	53
2.5. Implantes subdérmicos:.....	56
Implantes de levonorgestrel:	56
Implante de etonogestrel:.....	57
CAPITULO VI.....	58
1. EFICACIA DEL USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS.....	58
Lista de verificación de ausencia de embarazo:	59
5. MATERIALES Y METODOS.....	60
TIPO DE ESTUDIO:	60
ÁREA DE ESTUDIO	60
UNIVERSO Y MUESTRA	60
TECNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCION DE DATOS	60
ANÁLISIS DE LOS DATOS	61
6. RESULTADOS.....	62
7. DISCUSION	72

8.	CONCLUSIONES	75
9.	RECOMENDACIONES	76
10.	BIBLIOGRAFÍA.....	77
11.	ANEXOS	80
	INDICE.....	84