UNIVERSIDAD NACIONAL DELOJA

ÁREA DE SALUD HUMANA

CARRERA DE MEDICINA HUMANA

"EFECTOS COLATERALES DE LOS ANTICONCEPTIVOS ORALES E INYECTABLES UTILIZADOS POR LAS SERVIDORAS DEL GOBIERNOPROVINCIAL DE LOJA".

TESIS PREVIO LA OBTENCION DE TITULO DE MEDICO GENERAL

AUTORA

Diana EsthefaniaQuizhpePuglla

DIRECTOR

Dr. Colón Ortega

LOJA-ECUADOR

2013

SERIE 17 DERECHOS RESERVADOS

CERTIFICACION

Dr. COLON ORTEGA

DOCENTE DE LA CARRERA DE MEDICINA HUMANA DEL AREA DE LA SALUD HUMANA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA Y DIRECTOR DE TESIS.

Certifico:

Haber dirigido y revisado en su totalidad la presente tesis titulada: “EFECTOS COLATERALES DE LOS ANTICONCEPTIVOS ORALES E INYECTABLES UTILIZADOS POR LAS SERVIDORAS DEL GOBIERNO PROVINCIAL DE LOJA”, realizado por la aspirante DIANA ESTHEFANIA QUIZHPE PUGLLA, previo a optar el título de grado de Medico General, el mismo que cumple con los requisitos establecidos en las normas generales de graduación, por lo tanto autorizo su presentación.

Loja, 25 de Octubre 2013

DR. COLON ORTEGA G.

DIRECTOR DE TESIS

AUTORIA

Yo, Diana Esthefania Quizhpe Puglla, declaro ser; la autora 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.

Diana Esthefania Quizhpe Puglla

_____

1104510357

Loja, 25 de Octubre del 2013

CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo **Diana Esthefania Quizhpe Puglla**, declaro ser autor de la tesis titulada **"EFECTOS COLATERALES DE LOS ANTICONCEPTIVOS ORALES E INYECTABLES UTILIZADOS POR LAS SERVIDORAS DEL GOBIERNO PROVINCIAL DE LOJA"** como requisito para optar al grado de Médico General; autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional:

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

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización en la ciudad de Loja, al primer día del mes de Noviembre del dos mil trece, firma el autor.

Firma:

Autor: DIANA ESTHEFANIA QUIZHPE PUGLLA

Cédula: 1104510357

Dirección: 24 de Mayo y Rocafuerte

Correo electrónico: dianatefy_0512@hotmail.es

Teléfono: 2540172 - 2545373 **Celular:** 0982221681

DATOS COMPLEMENTARIOS

Directora de Tesis: Colon Ortega G.

Tribunal de Grado:	Eduardo Samaniego	**(PRESIDENTE)**
	Leonardo Cartuche	**(MIEMBRO)**
	Juan Cuenca	**(MIEMBRO)**

DEDICATORIA

Sobre todo a Dios por poner a mi Madre, familia y amigos en el camino de mi vida.

Con mucho amor y abnegación dedico el presente trabajo a mi Madre mi mayor fuente de motivación, quien gracias a su amor, dedicación y constancia ha sacrificado gran parte de su vida en educarme y enseñarme valores que han permanecido en la persona que soy, por educarme con constancia y respeto, por dedicar su tiempo para guiarme y aconsejarme en el proceso de mi vida, agradezco inmensamente a Dios por la gran Madre que me brindo. Gracias Mamita.

Dedico además este trabajo a mi familia, amigos y personas que se involucraron en el apoyo de la realización de mi tesis.

Diana Esthefania Quizhpe Puglla

AGRADECIMIENTO

A Dios por darme la vida, entendimiento, comprensión y fuerzas para llegar al progreso espiritual y personal.

Expreso mi más sincero agradecimiento a la Universidad Nacional de Loja, al Área de Salud Humana, en donde me forme y con orgullo pertenezco, a sus directivos, autoridades y catedráticos universitarios que día a día impartieron sus conocimientos, contribuyendo a la formación de profesionales dedicados a brindar el apoyo oportuno a la sociedad.

Mi agradecimiento al Dr. Colon Ortega Director de mi Tesis quien con amable dedicación, responsabilidad, voluntad y sabios consejos supo guiarme para la realización del presente trabajo de investigación.

A los Directivos y Personal Laboral del Gobierno Provincial de Loja quienes con gran voluntad y dedicación, permitieron la realización del presente trabajo.

Agradezco ami familia, en especial a mi Tío, Tías y Primo/as, amigos y personas que se involucraron en el apoyo de la realización de mi tesis, en especial Verónica, Yanina, Byron y Paul.

A todos y cada uno de los que de una u otra manera intervinieron y colaboraron para la realización de esta investigación.

Diana Esthefania Quizhpe Puglla.

1. TITULO

TITULO

“EFECTOS COLATERALES DE LOS ANTICONCEPTIVOS ORALES E INYECTABLES UTILIZADOS POR LAS SERVIDORAS DEL GOBIERNO PROVINCIAL DE LOJA”

2. RESUMEN

RESUMEN

El objeto del presente estudio radica en conocer los efectos colaterales de los anticonceptivos orales e inyectables presentados por las usuarias del Gobierno Provincial de Loja, con el fin de determinar la población femenina que actualmente utiliza métodos anticonceptivos y establecer que tipos de anticonceptivos utiliza cada una de ellas.

Se realizaron 82 encuestas a las servidoras en su respectiva área de trabajo, con la presencia del médico responsable de la entidad, quienes accedieron bajo su responsabilidad, la información obtenida fue indispensable para el estudio propuesto.

Se encontró que las servidoras del GPL utilizan métodos anticonceptivos en su mayoría 51%, de las cuales el 36% que utilizan anticonceptivos inyectables presentaron efectos colaterales como ausencia de sangrado 38%, aumento de peso 24%, alteraciones del humor 19%, cefalea 14%, aumento de sangrado 5%; y el 33% que utilizaron anticonceptivos orales presentaron cefalea 38%, aumento de peso 33%, alteraciones del humor 21%, ausencia y aumento de sangrado 4% cada uno.

Con la información encontrada se recomendó a las unidades de salud y al servicio médico del GPL que se promueva y difunda información sobre la utilización de anticonceptivos y sus posibles efectos colaterales; promoviendo con la entrega de un tríptico informativo.

PALABRAS CLAVE:

Anticonceptivos orales, inyectables, efectos colaterales.

SUMMARY

The purpose of this study was to determine the side effects of oral and injectable contraceptives submitted by users Loja Provincial Government, in order to determine the female populations currently use contraception and to establish what types of contraceptives used each of them.

82 surveys were conducted to the servants in their respective area of work, with the presence of the physician responsible for the organization, who agreed under its responsibility, the information obtained was essential for the proposed study.

It was found that the servants of GPL using contraception most 51 % , of which 36% presented using injectable side effects such as absence of bleeding 38 % , 24 % weight gain , mood disturbances 19 % , headache 14 % , increased bleeding 5% and 33% who used oral contraceptives had headache 38 % , 33 % weight gain , mood disturbances 21 %, no bleeding and increased 4% each .

With the information found taking delivery of a triptych and talks to promote the necessary information on the use of hormonal contraceptives and their possible side effects.

KEYWORDS:

Oral contraceptives, injectables, side effects.

3. INTRODUCCION

INTRODUCCION

Ecuador incrementó las consultas preventivas en temas de salud sexual y reproductiva en 19,28%, pasando de 1' 061.735 consultas en el 2011 a 1'266.611 en el 2012, según datos de la Dirección de Información Seguimiento y Control de Gestión del Ministerio de Salud (MSP); además las atenciones en cuanto a planificación familiar en el grupo de mujeres en edad fértil aumentó en 10,48%.

Actualmente en Ecuador el Ministerio de Salud Pública (MSP), trabaja para seguir garantizado el derecho a una planificación familiar adecuada. Se han implementado programas intersectoriales que incluyen el trabajo de los Ministerios de Educación, Inclusión Económica y Social que articulados por el Ministerio Coordinador de Desarrollo Social; estudian políticas integrales de salud sexual y reproductiva. Buscando fortalecer el acceso a servicios médicos de calidad, información científica no cargada de percepciones personales o morales, asesoría en métodos de planificación familiar y acceso a medicamentos.

Los anticonceptivos orales son los más utilizados en la actualidad, se calcula que más de 55 millones de mujeres lo utilizan en este momento. Numerosas investigaciones en el ámbito nacional han reportado que la inadecuada consejería en planificación familiar, dejan de lado el verdadero mecanismos de acción de los anticonceptivos y sus posibles efectos colaterales; generando conceptos erróneos que limitan la planificación familiar siendo el principal factor de su abandono.

Los efectos colaterales constituyen una gran preocupación para las mujeres de nuestra localidad; quejas frecuente como el dolor cabeza, aumento de peso irregularidades menstruales, estrés y malestar son presentadas por usuarias de métodos hormonales (píldoras e inyectables). Uno de los efectos indeseables más expuestos por el uso de los progestágenos de depósito es la rotura del patrón normal del sangrado menstrual, con episodios de sangrado vaginal y amenorrea que involucra su abandono, el manejo inadecuado que podría

disminuir su efecto, además producen ausentismo laboral, académico y pérdidas económicas.

Considerando que el Gobierno Provincial de Loja es una institución pública, y cuenta con una importante cantidad de personal femenino en quienes se puede observar, cuántas mujeres utilizan métodos anticonceptivos, que tipo de método manejan, y por ende establecer si han presentado molestias o síntomas adversos al anticonceptivo; se decide realizar un estudio que permita: "CONOCER LOS EFECTOS COLATERALES DE LOS ANTICONCEPTIVOS ORALES E INYECTABLES UTILIZADOS POR LAS SERVIDORAS DEL GOBIERNO PRONVICIAL DE LOJA".

Con el fin de dar cumplimiento al tema de investigación, se planteó como objetivo general, conocer los efectos colaterales de los anticonceptivos orales e inyectables utilizados por las servidoras del Gobierno Provincial de Loja; como objetivos específicos, determinar la frecuencia de servidoras que utilizan métodos anticonceptivos. Además identificar los métodos anticonceptivos más utilizados por las servidoras y elaborar un tríptico sobre los efectos colaterales con la finalidad que no sean la causa de abandono del método anticonceptivo e incentive a llevar un control adecuado.

4. REVISION DE LITERATURA

REVISION DE LITERATURA

SEXUALIDAD Y SOCIEDAD

En el momento que la sociedad escucha la palabra sexo lamentablemente reduce el término a genitalidad, puesto que desde mucho antes la sexualidad ha sido enfocada solamente a una ley biológica. La sexualidad es más de lo que percibimos en primer momento. La sexualidad empieza desde que nacemos pero se manifiesta en si con los cambios físicos del cuerpo y en los cambios de la manera de pensar de cada ser humano, es por estas razones que la sociedad presenta prejuicios acerca de la sexualidad.

LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Cuando hablamos de Salud Sexual y Salud Reproductiva decimos que es algo que trasciende lo biológico y se adentran en el campo de la antropología, sociología, la psicología, la medicina y el derecho, entre otras disciplinas. De ahí que inicialmente la salud ha cambiado su significado ha ido adquiriendo nuevas connotaciones como Planificación Familiar; Salud Reproductiva; Salud Sexual y hoy dicen Procreación Responsable; etc.

Hoy día se define la salud reproductiva como los derechos sexuales y reproductivos que expresan el derecho que tienen las parejas a disfrutar de una sexualidad pro creativa, plena, segura, y libres del temor a un embarazo no deseado o de contraer una enfermedad, a reproducirse y regular su fecundidad, y a que el embarazo, parto y puerperio transcurran en forma segura y sin complicaciones con resultados positivos en términos de supervivencia y bienestar para los padres y sus hijos.

Existen factores culturales y de género que impiden a la mujer adoptar decisiones en cuanto al sexo, planificación familiar, uso de métodos anticonceptivos y prevenir enfermedades de transmisión sexual y SIDA.

“La OMS centra su concepto en dos pilares; El respeto a los derechos de la familia a decidir el Nº de hijos que quieren tener, cuándo y cómo; y el deber del Estado de proveerles servicios de bienestar, buena calidad antes durante y después del proceso reproductivo”.

El ser humano, como los primates superiores tiene una fecundidad limitada, un período de gestación prolongado y una etapa más prolongada aún de maduración fuera del ámbito materno, o sea que el aparato de reproducción comienza con la mujer, el embarazo, el parto y los cuidados del niño. La ginecología que se ocupa de todo este proceso de reproducción debe cambiar y agregar a su atención la humanización y modificar su práctica complementando los cuidados con otras disciplinas para brindar una mejor calidad de atención a las mujeres. Pero también surge un problema con este nuevo conocimiento científico de la reproducción tal vez se halla mal instrumentado o utilizado, influyendo en fomentar o limitar y aún reemplazar la reproducción nos estamos refiriendo al desarrollo en los avances sobre tratamientos de esterilidad, de la anticoncepción y la fertilidad artificial.

ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA DE LOS ÓRGANOS SEXUALES DE LA REPRODUCCIÓN FEMENINOS.

ANATOMÍA.

Los órganos genitales femeninos comprenden:

ÓRGANOS EXTERNOS.

- **Monte del pubis o monte de Venus.**

El monte del pubis es una eminencia redondeada que se encuentra por delante de la sínfisis del pubis. Está formada por tejido adiposo recubierto de piel con vello pubiano.

- **Labios mayores.**

Los labios mayores son dos grandes pliegues de piel que contienen en su interior tejido adiposo subcutáneo y que se dirigen hacia abajo y hacia atrás desde el monte del pubis. Después de la pubertad, sus superficies externas quedan revestidas de piel pigmentada que contiene glándulas sebáceas y sudoríparas y recubiertas por vello. El orificio entre los labios mayores se llama hendidura vulvar.

- **Labios menores.**

Los labios menores son dos delicados pliegues de piel que no contienen tejido adiposo subcutáneo ni están cubiertos por vello pero que poseen glándulas sebáceas y sudoríparas. Los labios menores se encuentran entre los labios mayores y rodean el vestíbulo de la vagina. En mujeres jóvenes sin hijos, habitualmente los labios menores están cubiertos por los labios mayores. En mujeres que han tenido hijos, los labios menores pueden protruir a través de los labios mayores.

- **Clítoris**

El clítoris es un pequeño órgano cilíndrico compuesto por tejido eréctil que se agranda al rellenarse con sangre durante la excitación sexual. Tiene 2 - 3 cm. de longitud y está localizado entre los extremos anteriores de los labios menores.

Consiste en: dos pilares, dos cuerpos cavernosos y un glande y se mantiene en su lugar por la acción de varios ligamentos. El glande del clítoris es la parte expuesta del mismo y es muy sensitivo igual que sucede con el glande del pene. La porción de los labios menores que rodea al clítoris recibe el nombre de prepucio del clítoris.

- **Vagina**

La vagina es el órgano femenino de la copulación, el lugar por el que sale el líquido menstrual al exterior y el extremo inferior del canal del parto. Se trata de un tubo músculo membranoso que se encuentra por detrás de la vejiga urinaria y por delante del recto.

ÓRGANOS INTERNOS.

Útero o matriz.

El útero es un órgano muscular hueco con forma de pera que constituye parte del camino que siguen los espermatozoides depositados en la vagina hasta alcanzar las trompas de Falopio. Tiene unos 7-8 cm. de longitud, 5 - 7 cm. de ancho y 2 - 3 cm. de espesor ya que sus paredes son gruesas. Su tamaño es mayor después de embarazos recientes y más pequeño cuando los niveles hormonales son bajos como sucede en la menopausia.

Está situado entre la vejiga de la orina por delante y el recto por detrás y consiste en dos porciones: los 2/3 superiores constituyen el cuerpo y el 1/3 inferior, el cuello o cérvix que protruye al interior de la parte superior de la vagina y en donde se encuentra el orificio uterino por el que se comunica el interior del útero con la vagina. La porción superior redondeada del cuerpo se llama fondo del útero y a los extremos del mismo o cuernos del útero se unen las trompas de Falopio, cuyas cavidades quedan así comunicadas con el interior del útero. Varios ligamentos mantienen al útero en posición.

La pared del cuerpo del útero tiene tres capas:

1. Una capa externa serosa o perimetrio
2. Una capa media muscular (constituida por músculo liso) o miometrio.
3. Una capa interna mucosa (con un epitelio simple columnar ciliado) o endometrio, en donde se implanta el huevo fecundado y es la capa uterina que se expulsa, casi en su totalidad, durante la menstruación.

Trompas De Falopio.

Las trompas de Falopio son 2 conductos de 10 - 12 cm. de longitud y 1 cm. De diámetro que se unen a los cuernos del útero por cada lado. Están diseñadas para recibir los ovocitos que salen de los ovarios y en su interior se produce el encuentro de los espermatozoides con el óvulo y la fecundación.

Con propósitos descriptivos, se divide cada trompa en cuatro partes:

1. El infundíbulo que es el extremo más externo y en donde se encuentra el orificio abdominal de la trompa, que comunica con la cavidad peritoneal.
2. La ampolla que es la parte más ancha y larga de la trompa y la que recibe al ovocito desde el infundíbulo. Es el lugar en donde tiene lugar la fertilización del ovocito por el espermatozoide
3. El istmo que es una porción corta, estrecha y de paredes gruesas. Se une con el intersticio.
4. El intersticio de 1 cm, que es la que se introduce en los cuernos uterinos y se abre en la cavidad y por donde el ovocito es introducido en el útero.

Ovarios.

Los ovarios son 2 cuerpos ovalados en forma de almendra, de aproximadamente 3 cm. De longitud, 1 cm. de ancho y 1 cm. de espesor. Se localiza uno a cada lado del útero y se mantienen en posición por varios ligamentos. Los ovarios constituyen las gónadas femeninas y tienen el mismo origen embriológico que los testículos o gónadas masculinas.

En los ovarios se forman los gametos femeninos u óvulos, que pueden ser fecundados por los espermatozoides a nivel de las trompas de Falopio, y se producen y secretan a la sangre una serie de hormonas como la progesterona, los estrógenos, la inhibina y la relaxina.

FISIOLOGÍA DEL APARATO REPRODUCTOR FEMENINO.

Ovogénesis.

Es la formación de los gametos femeninos u ovocitos que son células sexuales especializadas producidas por los ovarios, que transmiten la información genética entre generaciones. A diferencia de la espermatogénesis que se inicia en la pubertad en los varones, la ovogénesis se inicia mucho antes del nacimiento en las mujeres. El ovario fetal contiene muchas células germinales que se dividen por mitosis y se convierten en otro tipo de células mayores, las ovogonias, que también se dividen por mitosis y finalmente, dan lugar a los ovocitos primarios.

Tanto las ovogonias como los ovocitos primarios tienen 46 cromosomas. La división de las ovogonias termina antes del nacimiento, de modo que si son destruidas en esta fase no pueden ser renovadas. Los ovocitos primarios permanecen en un estado de desarrollo estacionario desde su formación antes del nacimiento, hasta inmediatamente antes de la pubertad y están rodeados por una sencilla capa de células. En conjunto, el ovocito primario y la capa de células que lo acompañan constituyen el folículo primordial.

Los folículos primordiales maduran a folículos primarios que, a su vez, dan lugar a los folículos secundarios. Por último, el desarrollo del folículo secundario da lugar al folículo maduro o de Graaf en el interior del cual el ovocito primario se convierte en ovocito secundario que es el que será expulsado durante la ovulación a lo largo de la vida reproductora de la mujer, de un modo cíclico e intermitente.

Aunque la célula germinal femenina es conocida popularmente como óvulo después de la ovulación, estrictamente hablando es un ovocito secundario y contiene 23 cromosomas, es decir, la mitad de la dotación genética de una célula humana.

El ovocito secundario solo se convertirá en óvulo maduro en el momento de la fecundación, cuando se produzca la penetración del espermatozoide dentro del ovocito. A continuación y como consecuencia, se formará una nueva célula, el

zigoto o huevo que tendrá 46 cromosomas, 23 procedentes del óvulo maduro y 23 procedentes del espermatozoide.

Ciclo Sexual Femenino.

En la especie humana la liberación de ovocitos por los ovarios, es cíclica e intermitente, lo que queda reflejado en los cambios cíclicos que se producen, como consecuencia, en la estructura y la función de todo el sistema reproductor de la mujer. Tales cambios dependen de 2 ciclos interrelacionados, el ciclo ovárico y el ciclo uterino o menstrual los cuales, en conjunto, duran aproximadamente 28 días en la mujer, aunque se producen variaciones. El ciclo menstrual está controlado por el ciclo ovárico a través de las hormonas ováricas: los estrógenos y la progesterona.

- **Ciclo Ovárico.**

  Los ovarios tienen la doble función de producir gametos (ovocitos) y de secretar hormonas sexuales femeninas. El ovario produce 2 tipos principales de hormonas esteroides, los estrógenos y la progesterona. Al comienzo de cada ciclo ovárico, que se considera coincidente con el primer día de la menstruación, empiezan a aumentar de tamaño varios folículos primordiales por la influencia de una hormona secretada por la adenohipófisis, la hormona folículoestimulante (FSH).

  Los folículos primordiales maduran a folículos primarios y después a folículos secundarios. Normalmente uno de éstos continúa desarrollándose mientras los demás sufren regresión. El número de folículos que se desarrollan está determinado por los niveles de FSH de la sangre circulante. Se distinguen 3 fases en el ciclo ovárico:

<u>1ª fase) fase folicular</u>: del día 1 al día 14 del ciclo. Durante el desarrollo folicular, el folículo secundario aumenta de tamaño y llega a ser el folículo De Graaf o folículo maduro listo para descargar el óvulo (el ovocito secundario). Durante esta primera fase del ciclo ovárico, el folículo en

desarrollo sintetiza y secreta el estrógeno 17-beta estradiol, y los niveles plasmáticos de esta hormona aumentan progresivamente hasta alcanzar un valor máximo 2 días antes de la ovulación, aproximadamente. El 17-beta estradiol es el responsable del desarrollo del endometrio en la fase proliferativa del ciclo uterino.

2ª fase) ovulación: el folículo descarga el óvulo (ovocito secundario), es lo que se llama ovulación. Todo el proceso hasta aquí, dura unos 14-16 días contados a partir del 1º día de la menstruación. El ovocito se libera y es atraído por las prolongaciones o fimbrias de la trompa de Falopio para ser introducido en el interior de la trompa y ser transportado hacia el útero.

Los niveles altos de estrógenos hacen que las células de la adenohipófisis se vuelvan más sensibles a la acción de la hormona liberadora de gonadotropinas (GnRH) secretada por el hipotálamo en forma de pulsos (cada 90 minutos, aproximadamente). Antes del día 14 del ciclo, las células de la adenohipófisis responden a los pulsos de la GnRH y liberan las hormonas folículoestimulante (FSH) y luteinizante (LH).

La LH causa la ruptura del folículo maduro y la expulsión del ovocito secundario y del líquido folicular, es decir, la ovulación. Como la ovulación se produce unas 9 horas después del pico plasmático de LH, si se detecta la elevación de LH en plasma, por un análisis de laboratorio, se puede predecir la ovulación con un día de antelación. Después de la ovulación la temperatura corporal aumenta de medio grado a un grado centígrado y se mantiene así hasta el final del ciclo, lo que se debe a la progesterona que es secretada por el cuerpo lúteo (ver la fase luteínica).

3ª fase) fase luteínica: del día 15 al día 28 del ciclo. Después de la ovulación, las células restantes del folículo forman una estructura que se llama cuerpo lúteo o cuerpo amarillo bajo la influencia de la LH. El cuerpo lúteo entonces sintetiza y secreta dos hormonas: el estrógeno 17-beta estradiol y la progesterona que inducen la fase secretora del ciclo uterino, es decir, preparan el endometrio para la implantación del óvulo fecundado.

En caso de embarazo, el endometrio requiere el soporte hormonal del 17 beta estradiol y de la progesterona para permanecer en la fase secretora, de modo que el cuerpo lúteo se transforma en cuerpo lúteo gestacional y persiste hasta el tercer mes de embarazo conservando su función secretora de hormonas. Si no hay fecundación, el cuerpo lúteo degenera hacia el final del ciclo uterino y se atrofia, quedando una cicatriz, y deja de secretar estrógenos y progesterona, con lo que bajan mucho los niveles de estas hormonas en sangre y, como consecuencia, las capas superficiales del endometrio del útero se desprenden y son expulsadas al exterior por la vagina, es la menstruación.

- **Ciclo Uterino o Menstrual.**

Durante el ciclo uterino las capas superficiales del endometrio experimentan cambios estructurales periódicos que pueden dividirse también en 3 fases:

1ª fase) fase menstrual: del día 1 al día 4 del ciclo. Durante esta fase se expulsan al exterior por la vagina, las capas superficiales del endometrio del útero, es lo que se llama menstruación, provocada por la disminución de los niveles plasmáticos de estrógenos y progesterona debido a la atrofia del cuerpo lúteo en el ovario, que entonces deja de secretar estas hormonas. El flujo menstrual está compuesto por unos 50-150 ml de sangre, líquido intersticial, moco y células epiteliales desprendidas del endometrio, y pasa de la cavidad uterina al exterior a través de la vagina.

2ª fase) fase proliferativa: del día 5 al día 14 del ciclo. Coincide con la fase folicular del ciclo ovárico. Se caracteriza porque las células endometriales se multiplican y reparan la destrucción que tuvo lugar en la menstruación anterior. La hormona responsable de esta fase es el estrógeno 17-beta estradiol, secretado por las células del folículo ovárico en desarrollo.

3ª fase) fase secretora: del día 15 al día 28 del ciclo. Coincide con la fase luteínica del ciclo ovárico. Las glándulas del endometrio se hacen más complejas en su estructura y comienzan a secretar un líquido espeso rico

en azúcares, aminoácidos y glicoproteínas. En esta fase el endometrio se prepara para la implantación del óvulo fecundado. Las hormonas responsables de esta fase son la progesterona y el estrógeno 17-beta estradiol secretadas por el cuerpo lúteo en el ovario.

PLANIFICACIÓN FAMILIAR.

Es el conjunto de prácticas -que pueden ser utilizadas por una mujer, un hombre o una pareja de potenciales progenitores- orientadas básicamente al control de la reproducción que puede derivarse de las relaciones sexuales. Este control o planificación puede tener como objetivo engendrar o no descendientes y, en su caso, decidir sobre el número de hijos, el momento y las circunstancias -sociales, económicas y personales- en las que se desea tenerlos.

También se incluye dentro de la planificación familiar la educación de la sexualidad, la prevención y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual, el asesoramiento antes de la concepción y durante el embarazo, así como el tratamiento de la infertilidad, mediante técnicas de reproducción asistida como la fecundación in vitro.

Para comenzar las relaciones sexuales completas, no se pueden establecer una edad, porque todo depende de las circunstancias personales de cada uno. En cambio, sí puede determinarse claramente el comienzo del uso de los métodos anticonceptivos para evitar un posible embarazo: desde el primer momento en el que se mantengan relaciones sexuales con penetración. La forma de evitar el embarazo mediante el uso de métodos o productos que interfieren en los mecanismos que lo hacen posible. Conviene recordar que si se mantienen relaciones sexuales con cierta regularidad y no se usa ningún método anticonceptivo, la probabilidad de embarazo es altísima. Es muy importante conocer bien todos los métodos anticonceptivos existentes para poder elegir el que más se adecue a cada caso. La elección de uno u otro dependerá de múltiples factores, como son la frecuencia de las relaciones, la edad, las preferencias personales, etc.

ELECCIÓN DEL MÉTODO ANTICONCEPTIVO.

Ningún método anticonceptivo puede considerarse mejor que otro ni es totalmente seguro. Cada método tiene sus indicaciones y deberá buscarse aquel que sea más idóneo para cada circunstancia y permita una mejor salud sexual. La eficacia teórica de cada método aumenta considerablemente si se usa correctamente.

Factores que deben considerarse en la elección del método anticonceptivo.

- Estado de salud general
- Frecuencia de las relaciones sexuales
- Número de parejas sexuales
- Si se desea tener hijos (deben descartarse los métodos irreversibles)
- Eficacia de cada método en la prevención del embarazo
- Efectos secundarios
- Facilidad y comodidad de uso del método elegido

Efectividad con uso adecuado de los métodos anticonceptivos

Un 100% de efectividad expresa que hay cero (0) embarazos por cada 100 mujeres al año, 99 a 99,9% expresa que se producen menos de 1 embarazo por cada 100 mujeres al año y así sucesivamente:

- **100%** - Vasectomía, ligadura de trompas de Falopio.
- **99 a 99,9%**- Lactancia materna, esterilización femenina, dispositivo intrauterino (DIU), anillo vaginal, píldora anticonceptiva parche anticonceptivo, implante hormonal, inyección hormonal.
- **98%** - Condón masculino.
- **95%** -Condón femenino.
- **94%** - Diafragma.

- **91%** - Esponja anticonceptiva.
- **86%** - Capuchón cervical.

El resto de métodos anticonceptivos suele tener una efectividad inferior a los descritos.

La toma de decisiones sobre los métodos anticonceptivos pueden influir a todo lo largo de la vida.

Para realizar una elección de un método anticonceptivo adecuado, es necesario conocer tu aparato reproductor y cuáles son los diversos métodos disponibles.

METODOS ANTICONCEPTIVOS

Se refiere a cualquier acción, instrumento o medicación dirigida a evitar la concepción de un embarazo. Existen métodos temporales y permanentes.

Los métodos anticonceptivos son eficaces e inocuos para la mayoría de las mujeres cuyo fin es evitar un embarazo no deseado y es efectivo el uso de ellos cuando se lo realiza bajo control de un profesional que educa y supervise su empleo.

Los métodos disponibles actualmente:

- **METODOS NATURALES**: No utilizan ningún elemento externo a la pareja.

  Billings (método del moco cervical)
  Coito interruptus
  Temperatura basal
  Sintotérmico

- **METODOS DE BARRERA**: Impiden el paso de los espermatozoides al útero.

  Condón masculino o femenino
  Diafragma

- **METODOS HORMONALES.**

  PÍLDORAS
  Anticonceptivos orales compuestos
  Minipíldola

  INYECCIONES
  Mensuales
  Trimestrales

  SUBDERMICO

  ANILLO VAGINAL

- **METODOS INTRAUTERINOS.**

  Dispositivo intrauterino (DIU) T de cobre
  Dispositivo intrauterino (DIU) hormonal

- **METODOS QUIRURGICOS.**

  Ligadura de trompas (mujer) y vasectomia (hombre).

ANTICONCEPTIVOS HORMONALES

Los métodos hormonales y químicos son medicamentos anticonceptivos que impiden que el proceso de concepción pueda tener lugar. El modo de actuación es distinto según el método.

- **Anticonceptivo subdérmico**

Implante hormonal compuesto por una varilla del tamaño de una cerilla que se coloca bajo la piel del brazo de la mujer, ofreciendo protección anticonceptiva entre 3 y 5 años. Sin embargo, el médico puede retirarlo en cualquier momento y la mujer recuperará la fertilidad en un tiempo mínimo. Eficacia del 99%.

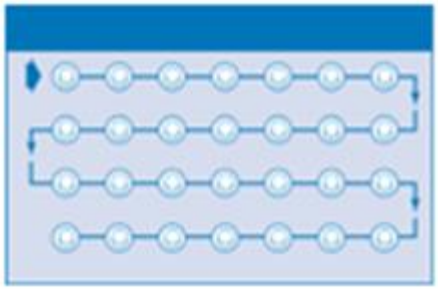
- **Anillo vaginal.**

Único de administración vaginal mensual. Es un anillo transparente, suave y flexible que se coloca por la misma usuaria por vía vaginal, liberando diariamente dosis bajas de hormonas. No tiene interferencias con antibióticos, ni a nivel digestivo; su eficacia no se ve alterada por vómitos o diarreas. Eficacia del 99,7%.

- **Anticonceptivos Orales.**

Actúan inhibiendo la ovulación por lo que son los anticonceptivos más eficaces. Es un método efectivo y reversible, existen distintos preparados para las distintas características de cada mujer. Especialmente en los primeros meses, algunas mujeres han tenido efectos secundarios, no peligrosos, tales como:malestar estomacal, sangrado entre reglas, o goteo, aumento de peso, dolor de cabeza, o cambios de humor. El método es seguro para casi todas las mujeres. Los efectos secundarios serios son muy raros. Puede ser usado por mujeres de cualquier edad, con o sin hijos y ayuda a prevenir algunos tipos de cáncer, anemia (niveles bajos de hierro en la sangre), cólicos y sangrados, y

otras condiciones médicas. Puede ser usado como un método de emergencia después de la relación sexual sin protección.



Anticonceptivos Orales solo de Progestágeno.- Una buena alternativa para madres que están dando de lactar, comenzando a las seis semanas después del parto. Muy efectivo durante la lactancia. Si es usado cuando no se está dando de lactar, el cambio en el patrón de sangrado es común, especialmente el goteo y el sangrado entre periodos. También se puede usar como un método de emergencia después de la relación sexual sin protección.

- Vía oral (minipíldora): Su efecto anticonceptivo se basa en la administración de dosis bajas de un progestágeno de tercera generación (75mcg Desogestrel) durante 28 días consecutivos. Por lo que no existen periodos de descanso entre los ciclos.

  Debido a que poseen menor eficacia que los AH combinados (Índice de Pearl=2), su uso se limita a:

- En mujeres con fertilidad disminuida.
- En caso de existir contraindicaciones para la toma de estrógenos.
- Puede estar indicado en la lactancia, ya que no la afecta.

El primer comprimido se tomará el primer día de la menstruación (también puede comenzar entre los días 2 y 5, en cuyo caso se aconseja un método anticonceptivo de barrera durante los 7 primeros días de tratamiento).

Posteriormente, se toma 1 comprimido al día de forma continua, a la misma hora independientemente de que se puedan producir sangrados.

Ventajas:

- La toma diaria, sin descansos, favorece la adherencia al tratamiento.
- Puede ser utilizado en mujeres con limitaciones para la toma de estrógenos.

Anticonceptivos Orales de Progestágeno y Estrógeno.- Los preparados combinados contienen una mezcla de dos hormonas diferentes: un estrógeno y un gestágeno. Estos preparados combinados impiden que el cerebro forme una determinada hormona denominada gonadotropina. La gonadotropina suele producir la ovulación. Si esta hormona no se produce, entonces tampoco tiene lugar la ovulación menstrual y con ello la fertilización de los óvulos necesarios. Por lo tanto, el embarazo no es posible. Su efecto se fundamenta principalmente en su componente a base de gestágenos.

El gestágeno tiene un efecto contraceptivo porque:

- Modifica la estructura del tejido endometrial, impidiendo que los óvulos fecundados puedan anidar ahí.
- Cambia la naturaleza de la mucosa del cuello uterino. De esta manera, dificulta e impide la entrada de esperma en el útero.
- Paraliza el transporte de los óvulos en las trompas de Falopio, lo cual de nuevo inhibe una posible fecundación.

El estrógeno tiene, además, otra manera de actuar protegiendo del embarazo. Se trata, sobre todo, de que impide la maduración de un óvulo y, con ello, la ovulación. Además, el estrógeno resulta imprescindible para la estabilidad del periodo, es decir, para una regularidad de la menstruación y evitar sangrados fuera del ciclo (metrorragias).

Entre los preparados combinados encontramos:

1. **Píldora monofásica (píldora combinada).**

Todos los comprimidos tienen la misma cantidad de Estrógenos y proprogestágenos. Se tomará un comprimido diario durante 21 días consecutivos, cada envase posterior se empezará después de un intervalo de7 días libre de toma de comprimidos.

Los ACO con dosis de 15mcg de Estrógenos; se han de tomar durante 24 días consecutivos y el intervalo libre de toma es de 4 días, durante el cual suele producirse una hemorragia por deprivación.

2. **Píldora bifásica.**

Son píldoras de administración por vía oral, de un preparado de estrógeno y progestágeno, a distinta dosis según los comprimidos. Los primeros siete comprimidos tienen una dosis determinada de estrógenos y un progestágeno de 3ª generación (desogestrel),para aumentar la dosis de progestágeno y disminuir la de Estrógenos en los 15 comprimidos siguientes, ajustándose más a las fluctuaciones hormonales del ciclo menstrual. En este Anticonceptivo Hormonal el intervalo libre de toma es de 6 días.

3. Píldora Trífasica.

Los comprimidos presentan distintas dosis de ambos componentes, dependiendo de la fase del ciclo menstrual, ajustándose más al ciclo fisiológico de la mujer. Así, se parte de una determinada dosis de estrógeno y progestágeno en los 6 primeros días, que aumenta en los 5 comprimidos siguientes, para finalizar, en los 10 últimos disminuyendo la dosis de estrógeno y aumentando la del gestágeno. Todos los preparados de este grupo presentan dosis bajas de EE y un gestágeno de segunda o tercera generación. La seguridad de estos preparados es similar a los monofásicos.

El tratamiento consiste en ciclos de 21 días de toma diaria de un comprimido recubierto, separados por intervalos de 7 días de descanso.

Píldoras de preparados bifásicos y trifásicos.

Las píldoras de preparados bifásicos y trifásicos son aún más similares a las fluctuaciones de la concentración natural de las hormonas femeninas que las de la píldora bifásica.

Estas píldoras están dosificadas como sigue:

Preparado	Dosificación
Preparados bifásicos	1ª fase: 11 días a base de estrógenos más gestágenos en bajas dosis. 2ª fase: 10 días a base de estrógenos más gestágenos en dosis doble.
Preparados trifásicos	1ª fase: 6 días a base de estrógenos y gestágenos. 2ª fase: de 5 a 6 días a base de estrógenos y gestágenos en cantidad ligeramente superior. 3ª fase: 10 días a base de estrógenos en dosis reducida con una dosis de gestágenos aumentada.

La píldora trifásica se adapta a las fases descritas reduciendo significativamente sus efectos secundarios así como los desajustes hormonales.

VENTAJAS Y DESVENTAJAS

Ventajas.

- Estos métodos anticonceptivos generalmente reducen el sangrado y el dolor menstrual
- Prevención de la anemia
- Regularidad del ciclo
- Protección contra el cáncer de ovario y de endometrio. La probabilidad de sufrir estas enfermedades disminuye debido a distintas alteraciones relacionadas con la inhibición de la ovulación (cáncer de ovario) y el adelgazamiento del endometrio (cáncer de endometrio)
- Reduce el riesgo de Enfermedad Inflamatoria Pélvica. El espesamiento del moco cervical no sólo impide que penetren los espermatozoides, sino también cierra el paso a las bacterias que provocan este tipo de infecciones
- Disminuye el acné, especialmente los que tienen 35 microgramos de EE.
- Es efectiva desde la primera toma del anticonceptivo.

Desventajas

- Los métodos anticonceptivos hormonales no protegen contra las Enfermedades de Transmisión Sexual
- Requiere un uso diario planificado

- Según algunos estudios, la píldora se relaciona con la aceleración del diagnóstico de tumores de mama existentes
- Riesgo de desarrollar ciertas enfermedades cardiovasculares en el caso de mujeres fumadoras, mayores y con tensión arterial alta
- Por otro lado, el estrógeno no es recomendable para mujeres con tensión arterial elevada. Esta hormona provoca retención de agua y sodio y por lo tanto, un aumento en la tensión del sistema cardiovascular

Efectos colaterales:

- Cambios en el peso
- Cefalea
- Aumento y sensibilidad de las mamas
- Alteraciones del Humor
- Enfermedades cardiovasculares
- Dolor Abdominal
- Sangrado Abundante
- Flujo Vaginal Blanco
- Náuseas y vómitos
- Cloasma (Manchas en la Cara)

- **Anticonceptivos Inyectables.**

La inyección anticonceptiva es un método anticonceptivo reversible y eficaz que consiste en inyectar una hormona que inhibe la ovulación. La primera inyección se aplica el primer día de la menstruación.

Inyectables Solos: Contiene hormona progesterona sintética, que es similar a la secretada por el ovario de la mujer. Brinda tres meses de protección frente al embarazo, con una inyección cada 3 meses (13 semanas), con efectividad del 99%. Si no hay una consulta médica efectuada en los últimos tres meses, no se debe inyectar esta hormona.

Su administración es durante los cinco primeros días de un período menstrual normal. Actúa suprimiendo la glándula pituitaria que frena la ovulación del ovario, por lo cual se evita el embarazo, además puede cambiar el endometrio del útero y el moco del cuello uterino.

Inyecciones Combinadas: contiene estrógeno y progesterona, con efectividad del 99%, su administración es mensualmente, causa menos irregularidades menstruales, el sangrado irregular es infrecuente y las menstruaciones abundantes son esporádicas.

Ventajas.

- Altamente efectiva
- La progesterona inyectable es la opción anticonceptiva más cómoda para mujeres que no pueden tomar estrógenos
- Se coloca una única vez al mes o cada 3 meses.
- Se puede utilizar todo el tiempo que se desee la anticoncepción, con control al menos una vez al año.

Desventajas.

- Los métodos anticonceptivos hormonales no protegen contra las Enfermedades de Transmisión Sexual.

- Posible aumento de peso.
- Posible sangrado irregular dentro del periodo de adaptación, que en general es de 3 a 4 meses.
- Si la mujer desea quedar embarazada, le tomará entre 2 y 18 meses, dependiendo de la marca del anticonceptivo, para que se re-establezca su ovulación.

Efectos colaterales.

- Períodos menstruales irregulares: períodos menstruales cortos o largos, escasos o abundantes
- Pérdida de los ciclos menstruales (cuanto más tiempo transcurra en el uso del anticonceptivo inyectable será mayor la probabilidad de perder el ciclo menstrual)
- Ganancia de peso (cada mujer gana aproximadamente 5 libras cada año, durante los primeros 3 años).
- Cefalea
- Depresión
- Pérdida mineral ósea
- Inapetencia Sexual.

MECANISMO DE ACCIÓN.

La acción central de los anticonceptivos hormonales es impedir la ovulación.

La eficacia anticonceptiva de estos fármacos hormonales se debe a su acción conjunta sobre la función:hipotálamo-hipofisaria, la ovárica y la tubo-endometrio-vaginal. Sin embargo, el grado o la intensidad en cada una de estas funciones resulta alterada varía con cada preparado o forma de administración.

El efecto anovulatorio de los anticonceptivos hormonales combinados se debe al notable efecto bloqueante ejercido sobre la producción hipotalámica de la hormona liberadora de gonadotrofina (Gn-Rh), que suele ser transitoria y revierte al suspender el tratamiento, aunque en un 10 % de las pacientes esto puede persistir más tiempo (amenorrea postpíldora) y requerir tratamiento específico.

Centrándonos en la fisiología del ciclo menstrual, al inicio de éste se encuentran elevadas las concentraciones de FSH, siendo bajas las de etinilestradiol y proprogestágenos. Sin embargo, dosis exógenas de etinilestradiolal inicio del ciclo menstrual provocarán una fuerte inhibición en la producción de FSH impidiendo la diferenciación y maduración del folículo dominante. La administración de etinilestradiol y proprogestágenos en la primera fase del ciclo inhibe el pico de estrógenos que tiene lugar a la mitad del ciclo, por lo que el estímulo necesario para que ocurra el pico de LH que desencadena la ovulación desaparece (en sangre los niveles de estrógenos sintéticos están por debajo de las concentraciones necesarias para producir este efecto). Al impedir la ovulación, no se produce tampoco el cuerpo lúteo ni se segrega progesterona en la segunda mitad del ciclo. Por ende, la administración de anticonceptivos combinados inhibe el desarrollo folicular, la ovulación y la formación del cuerpo lúteo. Esta inhibición se ve reflejada en una marcada reducción de la secreción de estradiol ovárico y la ausencia de la producción de progesterona.

De forma complementaria, el desequilibrio hormonal provocado por el anticonceptivo origina alteraciones cíclicas en la estructura endometrial. En la fase proliferativa el endometrio crece menos al acortarse estafase por la menor concentración de estrógenos y el efecto prematuro de los progestágenos. Por otra parte los progestágenos determinan una transformación prematura e incompleta del endometrio, produciendo una rápida transformación secretora del mismo y originando cambios regresivos a partir del 14º día, adelgazando el endometrio que en conclusión impiden la anidación del blastocisto.

El tratamiento con ACO combinados también impide la penetración de los espermatozoides por alteraciones en el cérvix. El orificio uterino externo y el conducto cervical se estrechan como consecuencia del efecto gestagénico. El moco cervical se mantiene viscoso, que perturba la penetrabilidad y la motilidad de los espermatozoides. De manera que se forma un tapón sólido de moco espeso dentro del conducto cervical.

Por último, provoca la modificación de la contractilidad uterina y de la motilidad y secreción de las trompas, que disminuye la posibilidad de fecundación.

Respecto a los anticonceptivos con proprogestágenos solos, presentan un mecanismo de acción más complejo y no siempre previsible, ejerciendo una combinación de acciones a múltiples niveles: hipotálamo-hipofisario,ovárico, utero cervical. A su vez, las dosis y las vías de administración añaden nuevas variables. En general, predomina la profunda modificación que ejercen tanto sobre el endometrio, al que atrofian, impidiendo la anidación del óvulo si es fecundado, como sobre la secreción del moco cervical, según se ha expuesto antes. Dosis pequeñas, como las que se emplean en la llamada «minipíldora», inciden principalmente sobre el endometrio y las trompas, sin inhibir la ovulación, por lo que son menos eficaces. En cambio, dosis altas, como las que se utilizan con el acetato de medroxiprogesteronadepot (inyectables de progestágenos),reducen los niveles de gonadotropinas y evitan sus picos a mitad del ciclo; no afectan, en cambio, los niveles endógenos de estradiol, que permanecen al nivel propio de la fase folicular; el ovario, pues, no está inactivo del todo, si bien no se aprecian folículos maduros ni cuerpos lúteos.

SEGURIDAD DE LOS ANTICONCEPTIVOS HORMONALES.

Los anticonceptivos hormonales, sean en forma de píldora o inyectable, ejercen su acción a través de la circulación sanguínea y pasan por órganos importantes del cuerpo de la mujer. Por este motivo su seguridad, y por lo tanto sus riesgos, dependerán del estado de salud, de los riesgos que la mujer ya tiene por tomar otros medicamentos, por la edad o por los hábitos tóxicos como fumar, beber alcohol u otras drogas.

Los anticonceptivos orales se metabolizan en el hígado y en este órgano lo hacen también otros medicamentos, por lo tanto es importante consultar, si se toma o se va a tomar algún tipo de fármaco, si éste puede disminuir el efecto del anticonceptivo o a la inversa. Algunos antibióticos y algunos fármacos que se utilizan para el tratamiento de la epilepsia pueden alterar la eficacia de la píldora.

Las inyecciones, la esterificación del estradiol (enantato) aumenta la solubilidad en vehículos lipídicos por lo que se utilizan para elaborar preparados intramusculares de acción prolongada. El Anticonceptivo hormonal combinado de vía intramuscular se compone de 10 mg de estradiol enantato y 150 mg de algestona acetofenido en solución oleosa, que permite una liberación progresiva a partir de su incorporación al tejido graso corporal, con lo que se consigue un efecto terapéutico mensual.

Debemos tener en cuenta que estos métodos sólo previenen un embarazo no deseado, no protegen contra las enfermedades de transmisión sexual (ETS) incluyendo SIDA. El único método anticonceptivo que previene el SIDA es el preservativo.

EFECTOS SECUNDARIOS DE LOS ANTICONCEPTIVOS HORMONALES.

El papel del farmacéutico como profesional sanitario es informar a la usuaria sobre los beneficios y riesgos a corto y largo plazo.

Los estudios sobre efectos adversos mejor conocidos se refieren a los anticonceptivos de primera generación, que utilizaban dosis altas de estrógenos y progestágenos con efectos androgénicos. En la actualidad, los Anticonceptivos Hormonales han evolucionado hacia preparados con dosis de estrógenos mucho más bajas, progestágenos que carecen de efectos androgénicos o incluso tienen efectos antiandrogénicos, por lo que las complicaciones reales de los anticonceptivos actuales ha disminuido la incidencia de complicaciones graves.

En la mayoría de los casos estos problemas de inseguridad son los responsables del abandono del tratamiento.

- **Aumento de peso.**

El aumento no explicado de peso y con la creencia de que el uso de los anticonceptivos es la responsable de esto, se dice que los anticonceptivos combinados de estrógenos y por otro derivado de la progesterona pueden estar relacionados; en mayor medida con mayor retención de líquidos lo que se traduce en un discreto incremento del peso corporal, (que con el aumento de depósitos de grasa) más notorio en la segunda etapa del ciclo. Se denomina "síndrome de tensión premenstrual”. Este aumento de peso es limitado por un tiempo.

Siempre es recomendable hacer un análisis completo de las posibles causas del aumento de peso de una usuaria de anticonceptivos, tomando en cuenta que problemas tiroideos son frecuentes, como el hipotiroidismo, otras circunstancias como el sedentarismo junto a una mala alimentación, de esta

manera se puede modificar estos hábitos y reconsiderar otras opciones de Anticonceptivos prometedores que reducen en mucho la posibilidad de aumento de peso.

Los anticonceptivos orales combinados son la forma más común de anticoncepción en todo el mundo. En América Latina, más de 14 millones de mujeres utilizan métodos hormonales. Si se toman correcta y sistemáticamente, son eficaces en más del 99 por ciento en la prevención del embarazo.

- **Hipomenorrea y Amenorrea.**

La hipomenorrea es un evento constante en las usuarias que reciben anticonceptivos orales de microdosis. Andolsek citado por Monterrosa evaluó un régimen trifásico de Norgestimato y Etinil-estradial observando que se produjeron cambios mínimos e insignificantes en el volumen de sangrado y la duración promedio de la menstruación descendió.

El bajo contenido estrogenico presente en la tableta no tiene el suficiente poder para hacer crecer el endometrio, y al presentarse un predominio del efecto progestagénico se produce un aplanamiento y atrofia endometrial. La caída del escaso tejido endometrial se manifestara clínicamente como hipomenorrea, condición que a su vez traerá como consecuencia benéfica la disminución en la incidencia de anemia ferropénica. Este efecto sobre el endometrio es reversible y a la reanudación de la función ovárica, al suspenderse el uso de los anticonceptivos orales, se restablecerá su crecimiento y desarrollo.

No existe evidencia alguna que los anticonceptivos orales sean causa de amenorrea secundaria. La incidencia de amenorrea con el uso de la píldora es del 0.8%, más cuando se presenta suele generar mucha ansiedad e incertidumbre por el temor a embarazo. Si este tipo de eventos se presentan deberá suspenderse el anticonceptivo oral y cambiar la usuaria a un método de anticoncepción no hormonal. El 80% de las usuarias recuperaran su función mensual normal en 3 meses y al año el 95 – 98% tendrán ovulaciones normales.

- **Alteraciones del humor.**

Los cambios de humor, como la depresión, desencadenada por anticonceptivos fue descrita con los anticonceptivos de alta dosis. El tipo y dosis de los estrógenos y Gestágenos no parecen ser significativos con respecto a este efecto. Hay mayor evidencia que ciertas mujeres (en lugar de ciertas píldoras) son de riesgo para los cambios psicosexuales durante la utilización de estrógeno-progestágenos por un tiempo superior a cinco años consecutivos.

- **Cefalea.**

Las usuarias de anticonceptivos hormonales que presentan cefalea persistente, deben suspender el método y ser evaluadas para descartar patología neurológica. La jaqueca es un dolor de cabeza fuerte y pulsátil, precedido generalmente de alteraciones visuales y acompañado de nauseas, que a menudo se alivia con el sueño, producido por espasmo de los vasos sanguíneos y constituye una contraindicación formal el uso de anticonceptivos orales. Si los dolores de cabeza que se presentan sean de origen sicosomático, causados por tensión psicológica o emocional y la valoración por neurología es normal, se puede continuar el método con fórmulas de muy baja concentración de estrógenos como por ejemplo Etinil-estradiol a 20 ug.

5. MATERIALES Y METODOS

Materiales y Métodos.

Se trata de un estudio descriptivo, cuali-cuantitativo de corte transversal.

Al realizar la presente investigación se explicara los métodos que se utilizaran en este trabajo de investigación, de tal forma que el lector pueda conocer y entender de manera más clara, el procedimiento que se llevó a cabo para lograr los objetivos planteados.

Método Científico: este método me guiará a la aplicación de procedimientos lógicos que seguiré en la presente investigación, la misma estará bien orientada, para brindar resultados confiables que den validez a mi trabajo, además me conducirá a la selección adecuada de fuentes de investigación y obviare datos innecesario que dificulten la comprensión y aplicación de alternativas encaminadas a solucionar el problema.

Método Deductivo: la deducción va de lo general a lo particular, tomando en cuenta la utilización de métodos anticonceptivos, la aplicación de este método me permitirá inferir en cuales son los efectos colaterales, lo cual derivara de la comprobación y demostración del fenómeno en estudio, a la vez con estos resultados, estaré en plena capacidad de llegar a la conclusión precisa y realce sobre esta investigación.

Método analítico-sintético: este método complementara la investigación con detalles que permitirán observar la naturaleza del fenómeno a través de técnicas que conducirán al análisis minucioso de cada aspecto relacionado con el tema denominado *"EFECTOS COLATERALES DE LOS ANTICONCEPTIVOS ORALES E INYECTABLES UTILIZADOS POR LAS SERVIDORAS DEL GONIERNO PROVINCIAL DE LOJA"*. Esto a su vez

permitirá comprender la esencia del fenómeno. Conocer los aspectos y relacionarlos a cada una de las variables resultantes.

POBLACIÓN DE ESTUDIO.

Universo

- 82 Servidoras y trabajadoras del Consejo Provincial de Loja.

  Muestra

- 42 Mujeres que utilizan anticonceptivos.

CRITERIOS DE INCLUSION

- Mujeres en edad fértil, con vida sexual activa.
- Mujeres que utilizan anticonceptivos orales e inyectables.

CRITERIOS DE EXCLUSION

- Mujeres que no se encuentran en edad fértil.
- Mujeres que no utilizan anticonceptivos.

De acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión; se excluyeron del estudio 40 mujeres que no están en edad fértil y que no utilizan anticonceptivos.

TÉCNICA.

OBSERVACION: Se realizó un sondeo previo, solicitando información de cómo está estructurado el personal femenino de la institución.

ENTREVISTA: Mediante audiencia y cumpliendo con el reglamento de la entidad se solicita por medio de oficios correspondientes al Sr. Prefecto de la ciudad de Loja, así como al Jefe del Departamento de seguridad y bienestar de salud, quienes autorizan se proceda a efectuar el trabajo investigativo; con la ayuda del médico encargado mediante una reunión se informa y solicita al personal femenino del (GPL), su importante colaboración en el tema planteado.

LA ENCUESTA: Para la recolección de datos, se aplicó una encuesta (ANEXO 1), la cual consta de 9 preguntas referidas a la utilización, tipo y efectos colaterales de los anticonceptivos orales e inyectables, asegurándoles que los resultados obtenidos son de absoluta confidencialidad.

ANALISIS ESTADISTICO.

Los resultados fueron ordenados y analizados de forma manual, datos obtenidos de la información recolectada de las 82 encuestas realizadas, a las servidoras del Gobierno Provincial de Loja, de las cuales 42 mujeres utilizan anticonceptivos, lo que se analizó mediante el programa Excel, elaboración de cuadros y gráficos posteriormente se realiza el análisis de los datos y finalmente se realizó la discusión, conclusiones y recomendaciones; la presente investigación fue constantemente revisada por el director de tesis haciendo las corrección necesarias para la obtención de un buen trabajo.

6. RESULTADOS

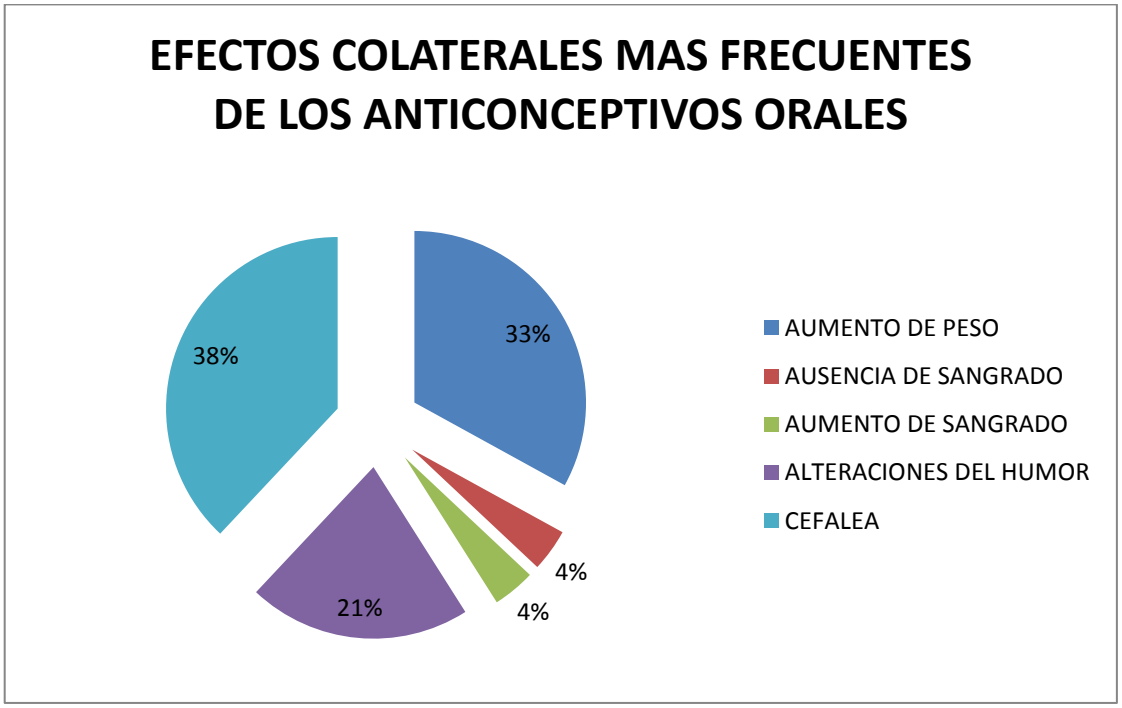
TABLA N°1

EFECTOS COLATERALES MÁS FRECUENTES DE LOS ANTICONCEPTIVOS ORALES

EFECTOS COLATERALES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
AUMENTO DE PESO	8	33%
AUSENCIA DE SANGRADO	1	4%
AUMENTO DE SANGRADO	1	4%
ALTERACIONES DEL HUMOR	5	21%
CEFALEA	9	38%
TOTAL	**24**	**100%**

Fuente: ENCUESTA APLICADA

Elaboración: Diana E. Quizhpe P.



De las 14 mujeres que utilizan anticonceptivos orales, el efecto colateral más frecuente es la cefalea con 38%, seguido aumento de peso 33%, alteraciones del humor 21% y en menor porcentaje la ausencia y aumento de sangrado con 4% cada uno.

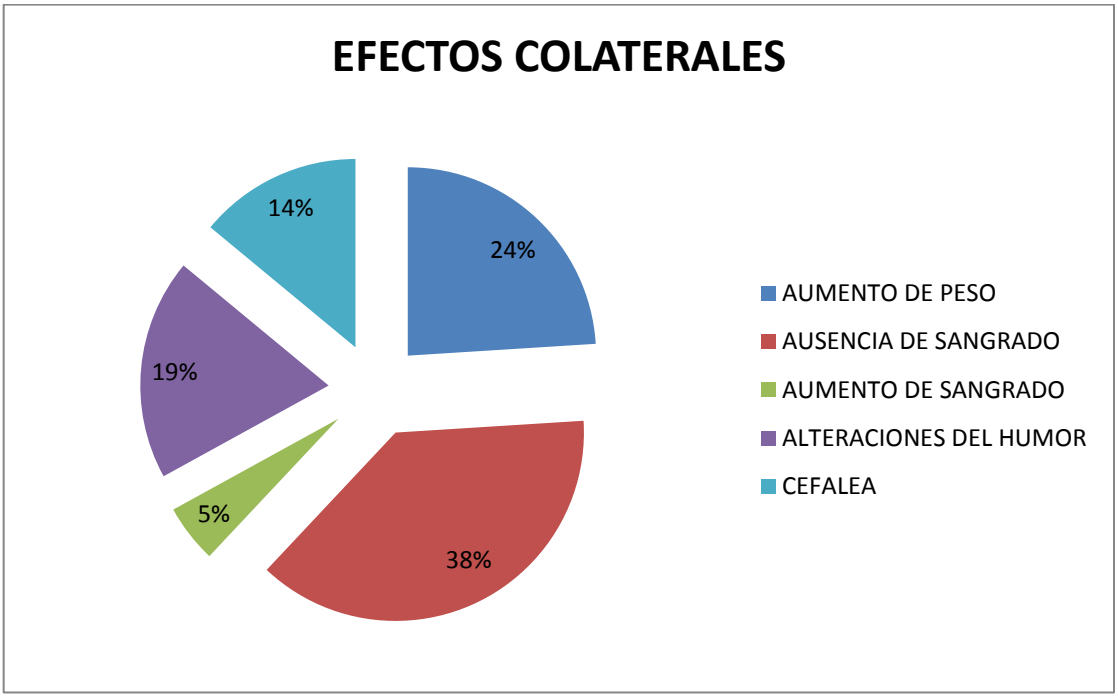
TABLA N° 2

EFECTOS COLATERALES MÁS FRECUENTES DE LOS ANTICONCEPTIVOS INYECTABLES.

EFECTOS COLATERALES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
AUMENTO DE PESO	5	24%
AUSENCIA DE SANGRADO	8	38%
AUMENTO DE SANGRADO	1	5%
ALTERACIONES DEL HUMOR	4	19%
CEFALEA	3	14%
TOTAL	**21**	**100%**

Fuente: ENCUESTA APLICADA

Elaboración: Diana E. Quizhpe P.



De las 15 mujeres que utilizan anticonceptivos inyectables, en mayor porcentaje se encuentra; la ausencia de sangrado 38%, aumento de peso 24%, alteraciones del humor 19%; y en menor porcentaje cefalea 14%, aumento de sangrado 5%.

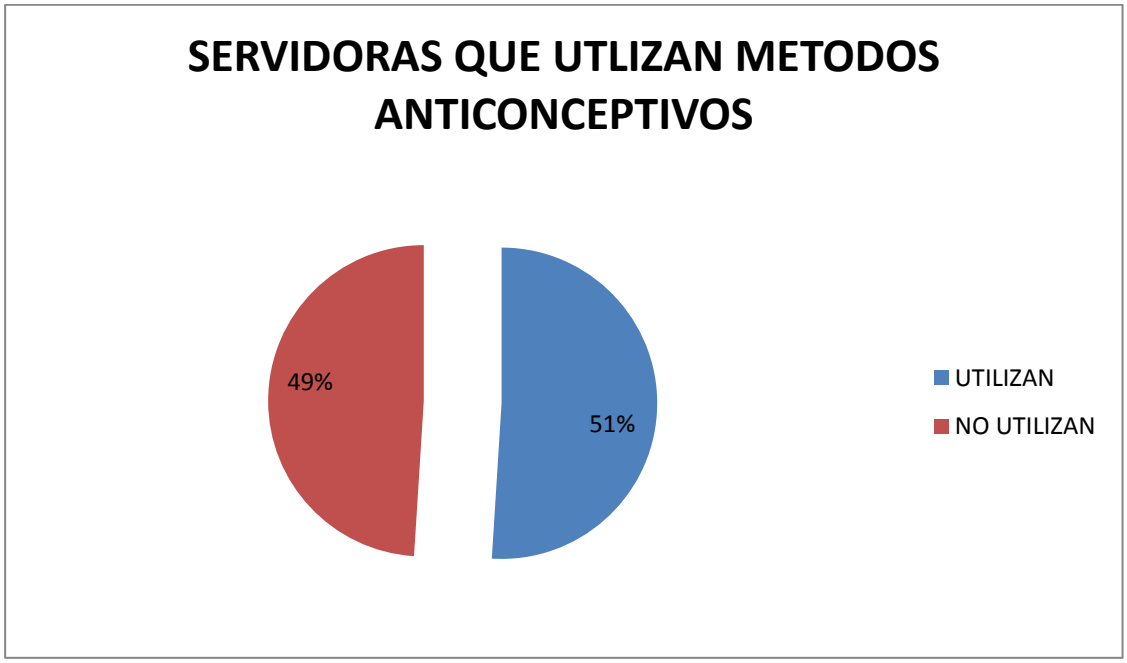
TABLA N° 3

SERVIDORAS QUE UTILIZAN METODOS ANTICONCEPTIVOS DEL GOBIERNO PROVINCIAL DE LOJA.

SERVIDORAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
UTILIZAN METODOS ANTICONCCEPTIVOS	42	51%
NO UTILIZAN METODOS ANTICONCCEPTIVOS	40	49%
TOTAL	**82**	**100%**

Fuente: ENCUESTA APLICADA

Elaboración: Diana E. Quizhpe P.



De las 82 servidoras, el 51% utilizan métodos anticonceptivos y 49% no utilizan.

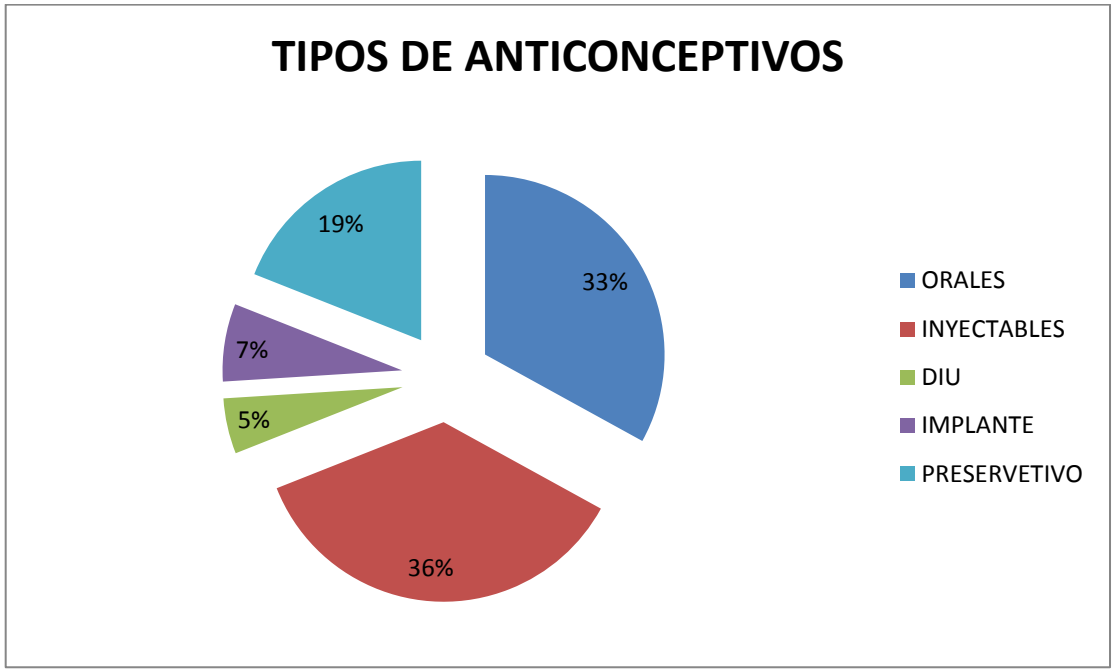
TABLA N° 4

TIPOS DE ANTICONCEPTIVOS UTILIZADOS POR LAS SERVIDORAS DEL GOBIERNO PROVINCIAL DE LOJA.

TIPOS DE ANTICONCEPTIVOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ORALES	14	33%
INYECTABLES	15	36%
DISPOSITIVO INTRAUTERINO	2	5%
IMPLANTE	3	7%
PRESERVATIVO	8	19%
TOTAL	**42**	**100%**

Fuente: ENCUESTA APLICADA

Elaboración: Diana E. Quizhpe P.



De las 42 mujeres con anticonceptivos, el 36% utilizan anticonceptivos inyectables, 33% orales, 19% preservativo y en menor porcentaje el implante 7%, dispositivo intrauterino 5%.

7. DISCUSION

DISCUSION

Estudios a nivel mundial revelan que los anticonceptivos hormonales presentan una buena seguridad, sin embargo, efectos colaterales derivados de su uso también generan malestar en las usuarias que suman millones alrededor del mundo; los efectos colaterales son variados, involucran desde reacciones locales hasta sistémicas y afectan a varios órganos y sistemas.

En nuestra investigación de las 82 mujeres, que trabajan en GPL. La mayoría de usuarias se encuentran entre 25 a 35 años (40%) seguido de 36 a 45 años 27%. En estudio realizado en Cuenca, Sánchez y colaboradores (1), se evidencio que las usuarias de anticonceptivos se encuentran entre los 20 a 29 años (52%) y de 30 a 39 anos 33%.

Los efectos colaterales más frecuentes de los anticonceptivos orales fueron la cefalea con 38%, seguido del aumento de peso 33%, alteraciones del humor (estrés - depresión) 21%; comparado con el estudio publicado en la Revista Médica de Cuba (2) de un total de 375 mujeres el 40% presento aumento de peso y 10% cefalea.

A diferencia del estudio realizado en México – IMSS(3) de 417 mujeres se encontró que el efecto secundario más frecuente son las alteraciones del sangrado menstrual en 53 %, cefalea 31 %, aumento de peso 12 %, otros efectos 4 %; notando que la cefalea y aumento de peso están presentes en estos estudios al igual que en nuestra investigación.

Según Espinos y colaboradores (4) exponen que en usuarias de anticoncepción hormonal oral la cefalea se presenta en 40%. Explican que este efecto se debe a la ansiedad que presentan las usuarias, debido a la forma de administración diaria y riesgo de olvido, lo cual es preocupante en ellas.

En cuanto a los efectos colaterales más frecuentes de los anticonceptivos hormonales inyectables, obtuvimos la ausencia de sangrado 38%, aumento de peso 24%, alteraciones del humor (estrés y depresión) 19%; así mismo en estudio publicado en la Revista Médica de Cuba(2) de un total de 375 mujeres

presentaron, trastornos menstruales con 33%, aumento de peso 26%, cefalea 23%.

La investigación realizada en el Hospital Universitario “ÄbelSantamaria Cuadrado”(5) presento, aumento de peso 20%, cambios de la pigmentación 17%, alteraciones del humor (depresión) 7%. Encontrándose en menores porcentajes que nuestra investigación.

De las 82 servidoras encuestadas, 51% utilizan actualmente métodos anticonceptivos y 49% no, coincidiendo con la investigación realizada en el Hospital Materno Provincial de Córdoba - Argentina 2006(6), 75% utilizan anticonceptivos y 25% no; comparado, con el estudio realizado en el Instituto Mexicano del Seguro Social, Ciudad Lázaro Cárdenas Michoacán – 2012(3), de 264 usuarias, 87% utilizan anticonceptivos; observando que en las investigaciones descritas hay un porcentaje elevado de mujeres que utilizan anticonceptivos en la actualidad.

En cuanto a los métodos anticonceptivos, el 36% utilizan inyectables, 33% orales y 19% preservativo; siendo superior a los porcentajes encontrados en la investigación realizada en el Hospital Materno Provincial de Córdoba - Argentina 2006(6), donde el 24% utilizan anticonceptivo oral, 2% inyectables, 21% preservativo. Además se comparó con otro estudio realizado por el Ministerio de Salud de Argentina en marzo del 2007(7), obteniendo el 42% usan preservativo, 25% anticonceptivo oral y 16% inyectables.

Así mismo, el estudio realizado a las usuarias del Subcentrode Salud Sayausi - Cuenca 2012(1), se obtuvo el 24% utilizan anticoncepción inyectable, 46% anticonceptivo oral y 35% preservativo.

8. CONCLUSIONES

- Se observó que hay un porcentaje significativo del 51% de servidoras que utilizan métodos anticonceptivos.

- El anticonceptivo hormonal más utilizado es el anticonceptivo inyectable con el 36%, seguido de los Orales con el 33%, en consideración los anticonceptivos hormonales son los de mayor uso.

- Como principales efectos colaterales de los anticonceptivos hormonales orales encontramos la cefalea 38%, seguido del aumento de peso 33% y alteraciones del humor (estrés - depresión) 21%.En cuanto a los anticonceptivos inyectables los efectos colaterales más frecuentes fueron, ausencia de sangrado 38%, aumento de peso 24% y alteraciones del humor (estrés - depresión) 19%.

9. RECOMENDACIONES

- Que el Ministerio de Salud Pública mediante los equipos de Salud aumenten la difusión de información adecuada y oportuna, sobre la utilización de Métodos Anticonceptivos y sus posibles efectos colaterales, mediante charlas, videos, trípticos, conferencias a institucionales públicas – privadas y medios de comunicación, la misma que debe constar:

  - ✓ De información básica sobre métodos anticonceptivos, como su importancia, tipos de métodos, ventajas, desventajas, efectos colaterales, entre otros.

- Se recomienda al Departamento de Gestión Social y Salud del GPL, que tome como base esta investigación y mediante los resultados obtenidos los médicos encargados de planificación familiar (ginecólogos); lleven a cabo controles continuos de los métodos anticonceptivos que manejan las usuarias de la institución.

- Al personal que utiliza los métodos anticonceptivos, se concienticen acerca de lo importante que es acudir al médico especialista para adquirir un método anticonceptivo adecuado; de acuerdo a cada una de sus características.

10. BIBLIOGRAFIA

- La información y el contenido multimedia, publicado por la Agencia de Noticias Andes, son de carácter público, libre y gratuito. http://www.andes.info.ec/es/sociedad/ecuador-incremento-consultas-preventivas-temas-salud-sexual-reproductiva-1928.html

- Tipos de métodos anticonceptivos. Sociedad española de contracepción. Modificada por última vez en enero 2008.

- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC). Las mujeres Ecuatorianas que conocen y usan los métodos anticonceptivos. Análisis de la información estadística. 2011. Disponible en: http://inec.gob.ec

- Métodos anticonceptivos Dr. AmilcarRios Reyes IBIRAPUERA –SAO _ PAULO _ BRASIL. 2005.

- Lopez LM, Grimes DA, Gallo MF, Schulz KF. Skin patch and vaginal ring versus combined oral contraceptives for contraception. Cochrane Database Syst Rev.2008.

- Anticonceptivos. Control Methods: How Well Do They Work. Revisado por: Neil Izenberg, MD. Fechaderevision: Julio de 2005.

- Métodos anticonceptivos Dr. AmilcarRios Reyes IBIRAPUERA –SAO _ PAULO _ BRASIL. 2005.10. Johansson E et al. Pharmacokinetic study of different dosing regimens of levonogestrel for emergency contraception in healthywomen.Human Reproduction.Vol.17,n0 6 pp.1472-1476,2002.

- Conferencia de Consenso sobre Prescripción y manejo de anticonceptivos hormonales orales. Sociedad Española de Contracepción. Toledo, 1998.

- Monterrosa A. actualización de conceptos de anticoncepcion orales combinados. Liberia digital. En Colombianet.2011. disponible en: http://www.encolombia.com/anticonceptivos-combinados-efectos.htm

- Peterson HB, Lee NC. The heladefects of oral contraceptics.mis perceptions, controversis, and continium good news. Clinicobstetricgyneacology. 1999;32:339-355

- Vloten WA, Sigurdsson V. selecting an oral contraceptive agent for the treatment of acne in women. Am J clinDermatol 2004:5(6):435-441.Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15663340

- Halpem V, Grimes DA, Lopez L, Gallo MF. Estrategias para mejorar el cumplimiento y la aceptabilidad de los métodos hormonales de anticoncepcion (Revisión Cocharne traducida). En: la Biblioteca Cocharne Plus, 2008 Número 4.

- Garcia J, Figueroa J. Práctica anticonceptiva en adolescentes y jóvenes del área metropolitana de la Ciudad de Mexico. Disponible en: http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/106/10634407.pdf

- Padrón DR. Píldoras contraceptivas. Consejos prácticos sobre el uso de los contraceptivos hormonales orales. La Habana: Editorial Cientifico-Técnica, 1986:5-10.

- Garcia P, Martinez F, Pintor A, Guía de utilización de medicamentos, Anticonceptivos Hormonales, España – Granada 2010,ISBN 84-690-2739-5,pg37-44.

- (1) Sánchez M, Galarza P, Lojano M. efectos colaterales de los anticonceptivos hormonales. Tesis de Anticoncepción hormonal y efectos colaterales. 2012.

- (2) Efectos secundarios de los anticonceptivos hormonales en usuarias del método asistentes a las consultas de planificación familiar, Arrate MM, Limares MJ, MEDISAN vol.17 no.3 Santiago de Cuba mar. 2013

- (3) Eficacia y efectos adversos de anticonceptivos hormonales, Carbajal J, Cárdenas A, RevMedInstMex Seguro Soc 2008; 46 (1): 83-87. http://revistamedica.imss.gob.mx/index.php?option=com_multicategories&view=article&id=980:eficacia-y-efectos-adversos-de-anticonceptivos-hormonales-estudio-comparativo&Itemid=614

- (4) Espinos J, Balasch J, Barranco E. efectos secundarios de los anticonceptivos hormonales Orales. Manual de anticoncepción hormonal oral. 2008. Disponible en: http://www.sec.es/area_cientifica/manuales_sec/aho/cap06.php

- (5) Alteraciones menstruales en mujeres que usan el anticonceptivo inyectable, Espinosa I Carrillo R, Ileana Suárez Espinosa1, Ramón Valdés Carrillo. http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S156131942004000100007&script=sci_arttext

- (6) Conocimientos sobre Métodos Anticonceptivos y conductas de Salud Sexual y Reproductiva de las mujeres del Hospital Materno provincial de Córdoba/ Maiztegui L, Córdova – argentina. 2006.

- (7) Uso de métodos anticonceptivos/Ministerio salud Pública de Argentina,marzo. 2007.

11. ANEXOS

ANEXO #1

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

AREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE MEDICINA HUMANA

El objetivo de esta encuesta es determinar el conocimiento y efectos colaterales (molestias y/o inconvenientes), que presentan las mujeres que utilizan anticonceptivos, se ruega su colaboración contestando cada una de las preguntas con sinceridad; ya que los resultados serán de ayuda para el conocimiento y recomendaciones en cuanto a su uso. Esta información es confidencial. GRACIAS POR SU COLABORACION.

CUESTIONARIO:

1. Edad:

2. Escolaridad:
   - Primaria ( )
   - Secundaria ( )
   - Universidad ( )
   - Tecnología ( )

3. Que son los anticonceptivos orales e inyectables para Ud.?

   - Orales:_____

     _____

- Inyectables: _____

_____

1. Cuantos anticonceptivos conoce?

_____

_____

2. Cree Ud. Que para utilizar un anticonceptivo es necesario acudir al médico?

_____

3. Conoce los efectos colaterales o secundarios que se presentan al utilizar un método anticonceptivo?

_____

_____

4. Utiliza anticonceptivos?

Si ( )

No ( )

5. Qué tipo de anticonceptivo utiliza?

Orales ( )

Inyectables ( )

Preservativo ( )

Implante ( )

Dispositivo Intrauterino DIU ( )

Otro: _____

6. Ha manifestado algún efecto colateral con la utilización de anticonceptivos orales e inyectables?

   Si ( )

   No ( )

7. Durante el uso del anticonceptivo ha tenido efectos colaterales como:

   Aumento de peso ( )

   Ausencia del sangrado ( )

   Aumento del sangrado ( )

   Alteraciones del humor ( )

   Cefalea ( )

   Otros ( )

…GRACIAS POR SU COLABORACION…

ANEXO #2

ANALISIS DE FRECUENCIAS

TABLA N° 1

EDADES DE LAS SERVIDORAS DEL GOBIERNO PROVINCIAL DE LOJA

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
25 – 35	33	40%
36 – 45	22	27%
46 – 55	9	11%
>56	18	22%
TOTAL	82	100%

Fuente: ENCUESTA APLICADA

Elaboración: Diana E. Quizhpe P.

De las 82 mujeres encuestadas, 40 % se encuentran entre los 25 a 35 años; 27% entre 36 a 45 años, una proporción similar en menores de 56 años con 22% y en menor porcentaje entre 46 a 55 años 11%.

TABLA N° 2

ESCOLARIDAD DE LAS SERVIDORAS DEL GOBIERNO PROVINCIAL DE LOJA.

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Primaria	2	2%
Secundaria	9	11%
Universidad	57	70%
Tecnología	14	17%
TOTAL	82	100%

Fuente: ENCUESTA APLICADA

Elaboración: Diana E. Quizhpe P.

De las 82 mujeres encuestadas, 57 de ellas que representan el 70 % tiene un nivel de estudio Universitario, seguido del tecnológico 17%, secundaria 11% y en menor porcentaje con el 2% Primaria.

TABLA N° 3

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ANTICONCEPTIVOS ORALES E INYECTABLES DE LAS SERVIDORRAS ENCUESTADAS.

CONOCIMIENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
BASTANTE	23	28%
POCO	53	65%
NADA	6	7%
TOTAL	82	100%

Fuente: ENCUESTA APLICADA

Elaboración: Diana E. Quizhpe P.

De las 82 mujeres encuestadas 53 que representa el 65% tiene poco conocimiento sobre anticonceptivos orales e inyectables; 6 mujeres que representan 7% no tienen conocimiento.

TABLA N° 4

SERVIDORAS QUE UTILIZAN METODOS ANTICONCEPTIVOS DEL GOBIERNO PROVINCIAL DE LOJA.

SERVIDORAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
UTILIZAN METODOS ANTICONCCEPTIVOS	42	51%
NO UTILIZAN METODOS ANTICONCCEPTIVOS	40	49%
TOTAL	**82**	**100%**

Fuente: ENCUESTA APLICADA

Elaboración: Diana E. Quizhpe P.

De las 82 servidoras, el 51% utilizan métodos anticonceptivos y 49% no utilizan.

TABLA N° 5

TIPOS DE ANTICONCEPTIVOS UTILIZADOS POR LAS SERVIDORAS DEL GOBIERNO PROVINCIAL DE LOJA

TIPOS DE ANTICONCEPTIVOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ORALES	14	33%
INYECTABLES	15	36%
DISPOSITIVO INTRAUTERINO	2	5%
IMPLANTE	3	7%
PRESERVATIVO	8	19%
TOTAL	**42**	**100%**

Fuente: ENCUESTA APLICADA

Elaboración: Diana E. Quizhpe P.

De las 42 mujeres con anticonceptivos, el 36% utilizan anticonceptivos inyectables, 33% orales, 19% preservativo y en menor porcentaje el implante 7%, dispositivo intrauterino 5%.

TABLA N°6

EFECTOS COLATERALES MÁS FRECUENTES DE LOS ANTICONCEPTIVOS ORALES

EFECTOS COLATERALES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
AUMENTO DE PESO	8	33%
AUSENCIA DE SANGRADO	1	4%
AUMENTO DE SANGRADO	1	4%
ALTERACIONES DEL HUMOR	5	21%
CEFALEA	9	38%
TOTAL	**24**	**100%**

Fuente: ENCUESTA APLICADA

Elaboración: Diana E. Quizhpe P.

De las 14 mujeres que utilizan anticonceptivos orales, el efecto colateral más frecuente es la cefalea con 38%, seguido aumento de peso 33%, alteraciones del humor 21% y en menor porcentaje la ausencia y aumento de sangrado con 4% cada uno.

TABLA N° 7

EFECTOS COLATERALES MÁS FRECUENTES DE LOS ANTICONCEPTIVOS INYECTABLES

EFECTOS COLATERALES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
AUMENTO DE PESO	5	24%
AUSENCIA DE SANGRADO	8	38%
AUMENTO DE SANGRADO	1	5%
ALTERACIONES DEL HUMOR	4	19%
CEFALEA	3	14%
TOTAL	**21**	**100%**

Fuente: ENCUESTA APLICADA

Elaboración: Diana E. Quizhpe P.

De las 15 mujeres que utilizan anticonceptivos inyectables, en mayor porcentaje se encuentra; la ausencia de sangrado 38%, aumento de peso 24%, alteraciones del humor 19%; y en menor porcentaje cefalea 14%, aumento de sangrado 5%.

ANEXO 3

REGLAMENTO PARA REGULAR EL ACCESO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS

Considerando:

Que; la Constitución de la República del Ecuador en el Art. 11, numeral 2, manda que: "Todas las personas son iguales y gozarán de los mismos derechos, deberes y oportunidades.

Nadie podrá ser discriminado por razones de etnia, lugar de nacimiento, edad, sexo, identidad de género, identidad cultural, estado civil, idioma, religión, ideología, filiación política, pasado judicial, condición socio-económica, condición migratoria, orientación sexual, estado de salud, portar VIH, discapacidad, diferencia física; ni por cualquier otra distinción, personal o colectiva, temporal o permanente, que tenga por objeto o resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio de los derechos. La ley sancionará toda forma de discriminación.

El Estado adoptará medidas de acción afirmativa que promuevan la igualdad real en favor de los titulares de derechos que se encuentren en situación de desigualdad."; Que; la citada Constitución de la República del Ecuador en el Capítulo Sexto, referente a los Derechos de Libertad, en el Art. 66 se reconoce y garantizará a las personas:

"(...)9. El derecho a tomar decisiones libres, informadas, voluntarias y responsables sobre su sexualidad, y su vida y orientación sexual. El Estado promoverá el acceso a los medios necesarios para que estas decisiones se den en condiciones seguras.

10. El derecho a tomar decisiones libres, responsables e informadas sobre su salud y vida reproductiva y a decidir cuándo y cuántas hijas e hijos tener. (...)

(...) 25. El derecho a acceder a bienes y servicios públicos y privados de calidad, con eficiencia, eficacia y buen trato, así como a recibir información adecuada y veraz sobre su contenido y características (...)";

Que; la Norma Suprema en el Art. 32 determina que: "La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.";
Que; la Ley Orgánica de Salud en el Art. 6 establece como responsabilidad del Ministerio de Salud Pública: ... 2. Ejercer la rectoría del Sistema Nacional de Salud;... 6. Formular e implementar políticas, programas y acciones de promoción, prevención y atención integral de salud sexual y salud reproductiva de acuerdo al ciclo de vida que permitan la vigencia, respeto y goce de los derechos, tanto sexuales como reproductivos, y declarar la obligatoriedad de su atención en los términos y condiciones que la realidad epidemiológica nacional y local requiera;";

Que; la Ley ibídem en el Art. 20 determina que las políticas y programas de salud sexual y salud reproductiva garantizarán el acceso de hombres y mujeres, incluidos adolescentes, a acciones y servicios de salud que aseguren la equidad de género, con enfoque pluricultural, y contribuirán a erradicar conductas de riesgo, violencia, estigmatización y explotación de la sexualidad;

Que; la Ley Orgánica de Salud en su Art. 30 dispone que la autoridad sanitaria nacional, con los integrantes del Sistema Nacional de Salud, fomentará y promoverá la planificación familiar, con responsabilidad mutua y en igualdad de condiciones;

Que; el Estado ecuatoriano ha ratificado su compromiso en varios instrumentos internacionales en materia de derechos humanos, como la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo efectuada en El Cairo; la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer en Beijing - China; y, la Convención Internacional para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), las cuales establecieron que el logro de las metas de desarrollo exigen que las personas puedan tener control sobre su vida sexual y reproductiva, y reconocieron explícitamente los derechos sexuales y reproductivos;

Que; la Recomendación General Nro. 19 del Comité de la Convención Internacional para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), también contempla que los Estados deben asegurar que se tomen medidas "para que las mujeres no se vean obligadas a buscar procedimientos médicos riesgosos como abortos ilegales, por falta de servicios apropiados en materia de control de la natalidad;

Que; la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), realizada en marzo de 2012, publicó la recopilación de evidencia médica sobre el Mecanismo de Acción de la PAE (anticoncepción oral de emergencia) en la prevención del embarazo, estableciendo que una serie de estudios han proporcionado una fuerte y directa evidencia de que las PAE de LNG (Levonorgestrel) previenen o retrasan la ovulación, no inhiben la implantación, por lo que no es abortiva, pueden afectar la calidad del esperma después de la eyaculación, no tiene efecto cuando se ha producido el embarazo, por lo tanto no afecta al embrión;

Que; mediante Acuerdo Ministerial No. 0000421 de 25 de agosto de 2010, se expiden las "Normas y Procedimientos de Planificación Familiar", con la finalidad de integrar en los servicios de salud una atención efectiva y eficiente, garantizando una prestación integral en el marco de los derechos de las usuarias y usuarios; y,

Que; con la finalidad de perseguir mejoras en cuanto al acceso, igualdad, eficiencia, seguridad, efectividad y equidad en los servicios sexuales y reproductivos, centrándose en la meta de lograr un servicio de calidad, entregando una atención oportuna que cuente con profesionales calificados y los recursos apropiados para solventar las necesidades en salud, a través del acceso oportuno y para minimizar los riesgos y efectos adversos en mujeres y adolescentes que requieran de asesoría sexual y reproductiva, es preciso expedir una norma que permita las acciones pertinentes para este fin.

En ejercicio de las atribuciones concedidas por los artículos 151 y 154 de la Constitución de la República del Ecuador y el artículo 17 del Estatuto del Régimen Jurídico Administrativo de la Función Ejecutiva.

Acuerda:

EXPEDIR EL REGLAMENTO PARA REGULAR EL ACCESO Y LA DISPONIBILIDAD DE
METODOS ANTICONCEPTIVOS EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.

CAPITULO I _ DEL OBJETO

Art. 1.- El presente Reglamento tiene como objeto poner a disposición de mujeres y hombres del territorio nacional, servicios para atención integral de calidad así como toda la información que sea requerida sobre planificación familiar, anticoncepción, prevención de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), incluido el VIH Sida, anticoncepción oral de emergencia (AOE), salud

sexual y reproductiva y prevención de embarazos en la adolescencia o no planificados.

Art. 2.- Los Establecimientos del Sistema Nacional de Salud, proveerán la información y asesoría sobre el uso de métodos anticonceptivos; y entregarán los mismos de acuerdo al Nivel de Atención, incluida la anticoncepción oral de emergencia (AOE), a toda la población en general, especialmente a adolescentes, jóvenes, hombres y mujeres que lo requieran. La edad, la etnia, el sexo, la identidad sexo-genérica, la condición migratoria, el nivel de instrucción no serán, en ningún caso, condicionamientos para brindar esta información. Ninguna persona requiere autorización de sus familiares o de su pareja para acceder a la misma.

En hospitales y hospitales de especialidades, los profesionales de la salud brindarán información sobre anticoncepción y planificación familiar, como parte del protocolo post operatorio o post-evento obstétrico, entregando o colocando métodos anticonceptivos a demanda de la usuaria, sin necesidad de autorización alguna de sus familiares o de su pareja. Este servicio será complementario de los servicios de asesoría y planificación familiar que cada hospital tenga.

Art. 3.- El Ministerio de Salud Pública proveerá información, asesoría y entregará métodos anticonceptivos, a través de sus Establecimientos de Salud, siendo obligación de éstos garantizar el acceso a los mismos de forma gratuita y oportuna, incluida la anticoncepción oral de emergencia a toda la población en general, especialmente a adolescentes, jóvenes y mujeres que lo requieran.

Este servicio se brindará según el Nivel de Atención, siendo el Primer Nivel el que se encargará de brindar asesoría sobre planificación familiar y anticoncepción en general, a demanda de las/os usuarias/os. En el Segundo y Tercer Nivel, los profesionales de la Salud asesorarán sobre anticoncepción y planificación familiar en servicios post-operatorios y post evento obstétrico, dando a las personas, sin importar su edad, etnia, etc. toda la información

necesaria para que puedan decidir el uso de un método anticonceptivo y entregando o colocando el mismo, en caso de ser requerido por la usuaria.

En ninguno de los casos se requerirá autorización de la pareja ni de ningún familiar, para el uso de un método anticonceptivo. Por el principio de confidencialidad el personal de salud está obligado a no divulgar esta información. En caso de que no se cumpla esta disposición se sancionará de acuerdo a las normas pertinentes.

Art. 4.- Todos los Establecimientos de Salud del Primer Nivel de Atención, contarán con la cantidad suficiente de métodos anticonceptivos, incluida la anticoncepción oral de emergencia, verificando su fecha de caducidad. Los métodos anticonceptivos se entregarán de acuerdo a su necesidad específica, y son los siguientes:

a) Anticoncepción oral simple y combinada;
b) Anticoncepción inyectable simple y combinada;
c) Anticoncepción subdérmica;
d) Anticoncepción oral de emergencia;
e) Métodos temporales de barrera; y,
f) Métodos temporales intrauterinos.

Las Unidades Móviles del Ministerio de Salud Pública, contarán con la cantidad suficiente de métodos anticonceptivos, incluida la anticoncepción oral de emergencia, verificando su fecha de caducidad, para brindar asesoría y distribuirlos de acuerdo al requerimiento.

Las Unidades de Segundo y Tercer Nivel, contarán con la cantidad suficiente de los antes mencionados métodos anticonceptivos, incluida la anticoncepción oral de emergencia, para brindar servicios de asesoría postoperatoria y cuando sea requerido en casos de violencia.

CAPITULO II _ DE LOS DERECHOS DE LAS/OS USUARIAS/OS

Art. 5.- Toda persona sin importar su etnia, edad, sexo, identidad cultural, estado civil, idioma, religión, ideología, filiación política, condición socio-económica, migración económica, identidad sexo-genérica, estado de salud, ser portador de VIH/sida, discapacidad, diferencia física, u otra condición, que solicite atención en las Unidades de Salud de acuerdo al Nivel de Atención, tiene derecho a:

a) Tomar decisiones informadas y libres sobre el tratamiento o método anticonceptivo que utilizará, sin que se le someta a elegir uno, bajo presión u hostigamiento, para lo cual el personal de salud ofertará todas las opciones en anticoncepción, previa orientación y asesoría.
b) Acudir cuantas veces considere necesarias a los servicios de salud sexual y reproductiva para recibir atención, aclarar dudas relativas al método anticonceptivo elegido y/o solicitar cambio o terminación de la opción anticonceptiva elegida. Esta atención será gratuita.
c) Los y las usuarios/as, recibirán la asesoría/consejería y la atención integral de calidad en salud sexual y salud reproductiva y/o anticoncepción, con el tiempo adecuado para tal actividad, estipulándose 45 minutos para la primera consulta y/o inserción de Diu o implante, y 30 minutos para consejería/asesoría y/o consulta subsecuente.

CAPITULO III _ DE LA INFORMACION

Art. 6.- Los Establecimientos del Sistema Nacional de Salud garantizarán:

a) Información completa actualizada, clara, veraz y objetiva sobre sexualidad, salud sexual y salud reproductiva y anticoncepción en el tiempo adecuado.
b) Información sin juicios morales ni religiosos sobre el método anticonceptivo elegido, brindando respuestas que se sujeten a las inquietudes de quien las requiera.

c) Información basada en evidencia científica sobre la eficacia de métodos anticonceptivos para mujeres u hombres, incluyendo características, efectos secundarios, beneficios y criterios de elegibilidad, sin discriminación de edad, estado civil, nivel de instrucción, condición económica, identidad sexo-genérica, condición migratoria, etnia y/o género, con una atención basada en la confidencialidad.

d) Información sobre cómo prevenir y protegerse contra el VIH/sida e Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), sin discriminación de edad, estado civil, grado de instrucción, condición migratoria, condición económica, identidad sexo-genérica, etnia y/o género, con una atención basada en la confidencialidad.

e) Entrega del anticonceptivo requerido por la/el usuaria/o. No se permite al personal de salud inducir a la persona requirente, sobre el uso de un método anticonceptivo en particular.

Art. 7.- En los servicios de atención materno-infantil y controles pre-natales, se brindará asesoría sobre anticoncepción y planificación familiar, para que las mujeres cuenten con información veraz y oportuna sobre el uso de métodos anticonceptivos, para prevenir embarazos no planificados y subsecuentes. Durante los controles prenatales se proporcionará información y asesoría a las mujeres embarazadas, sobre cómo prevenir y protegerse del VIH/sida e Infecciones de Transmisión Sexual (ITS). Para esto se les entregará los preservativos que soliciten.

Art. 8.- Las/los profesionales de la salud, estarán capacitados para brindar la asesoría suficiente y necesaria a mujeres y hombres que requieran la anticoncepción oral de emergencia, aclarando que éste es un método de excepción, que se usa a cualquier edad, para prevenir un embarazo no planificado, por lo tanto, no reemplaza el uso continuado de otros métodos anticonceptivos.

Durante la asesoría sobre anticoncepción oral de emergencia, los profesionales de la salud también brindarán a las y los usuarias/os, asesoría sobre métodos anticonceptivos de uso continuado.

Se incluirá en el perfil óptimo de los/as profesionales de la salud la asesoría en salud sexual, salud reproductiva y/o anticoncepción, con el fin de estimular dicha práctica, garantizando el tiempo suficiente para ella.

Art. 9.- La información sobre la anticoncepción oral de emergencia (AOE), será proporcionada de manera objetiva, ágil, oportuna y eficiente, en base a evidencia científica.

A todas las personas que requieran la AOE, se informará que:

a) Existen dos tipos de anticoncepción oral de emergencia: 1. Píldoras específicas usadas para este fin, compuestas principalmente de Levonorgestrel; y, 2. El método de Yuzpe.

b) La AOE interfiere o inhibe el proceso de ovulación, impide que los espermatozoides y el óvulo se, debido a que genera una alteración del moco cervical; y, sobre todo no impide la implantación del óvulo fecundado, no interrumpe un embarazo ya en curso, ni causa un aborto.

c) Cualquier mujer sin importar su edad, etnia, estado civil, grado de instrucción, o condición económica o social, puede usar la anticoncepción oral de emergencia.

d) La anticoncepción oral de emergencia es un método seguro para la salud de las mujeres. No existen condiciones médicas conocidas en la cuales no debe usarse AOE. Dado que las píldoras anticonceptivas se usan por un tiempo tan corto, los expertos opinan que las precauciones asociadas al uso continuo de anticonceptivos orales, no se aplican a la AOE, lo cual será informado de manera expresa a través de asesoría.

e) Es un método anticonceptivo de excepción y no de rutina, por lo que no reemplaza el uso continuo y planificado de otros métodos anticonceptivos.

f) Después del uso de la anticoncepción oral de emergencia, la usuaria inmediatamente puede comenzar a utilizar otro método anticonceptivo de manera regular. El profesional de la salud brindará la asesoría necesaria sobre el uso de métodos anticonceptivos regulares y, si fuere el caso, se hará la entrega del mismo o se procederá con la colocación del método.

g) La anticoncepción oral de emergencia se debe usar como máximo dentro de los cinco (5) días después del coito sin protección, sin embargo, es fundamental entregarla a la brevedad posible para aumentar su efectividad, preferiblemente antes de los tres (3) días de la relación sexual insegura.

h) La anticoncepción oral de emergencia no previene las infecciones de transmisión sexual ni el VIH/sida. Se informará sobre la prevención de ITS y VIH/sida.

i) En caso de que la persona que solicita AOE, sea víctima o haya sida víctima de violencia sexual, se seguirán las normas y protocolos para atención integral de la violencia de género, intrafamiliar y sexual por ciclos de vida.

j) Pueden producirse efectos secundarios en las usuarias de AOE, los mismos que son leves, sin riesgo para la mujer, no tienen repercusiones en el estado de salud y pueden tener la duración de hasta una semana. Estos son: leve sangrado irregular durante 1 o 2 días, después de tomar la anticoncepción oral de emergencia, menstruación que inicia antes o

después de lo esperado, náusea, dolor abdominal, fatiga, dolor de cabeza, tensión mamaria, mareos y vómito.

Estos síntomas no se presentan en todos los casos, todo depende de la forma de asimilación del medicamento por parte del cuerpo de la mujer.

CAPITULO IV _ DE LA PROVISION

Art. 10.- Todos los Establecimientos de Salud del Sistema Nacional de Salud, realizarán un inventario y cuantificarán la demanda de métodos anticonceptivos en su territorio, a fin de garantizar la provisión suficiente de éstos para la atención y entrega a todos/as las/os usuarias/os.

Contarán con la cantidad de métodos anticonceptivos suficientes para la reposición periódica de los dispensadores y para dar asesoría anticonceptiva post operatoria, post parto y post aborto.

En el caso de la Red Pública Integral de Salud, deberán existir dispensadores gratuitos de condones, y cada Unidad de Salud deberá contar con la cantidad suficiente de preservativos masculinos y femeninos para la reposición periódica de los mismos.

Art. 11.- El responsable de Farmacia de cada Unidad de Salud del Ministerio de Salud Pública, garantizará:

a. Que dicha Unidad cuente con la cantidad suficiente de todos los métodos anticonceptivos en todo momento.
b. Que los métodos anticonceptivos no se encuentren próximos a caducar; caso contrario, deberá dar prioridad a la entrega de los que estén por vencer.

c. Que los métodos anticonceptivos sean entregados de acuerdo al requerimiento de la Unidad.
d. Llevar un registro de consumos y egresos de los métodos anticonceptivos, consolidando la información de la reposición diaria que se realiza en los dispensadores, e ingresando todos estos datos al sistema de desiderata, los primeros días del mes siguiente al que se reportan.

En caso de incumplimiento, el/la funcionario/a responsable, será sancionado de acuerdo a lo establecido en las leyes pertinentes.

Art. 12.- La provisión de anticonceptivos a los Establecimientos de Salud del Ministerio de Salud Pública, se realizará desde la Unidad Ejecutora de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, o la entidad designada a nivel nacional para este efecto, según el requerimiento de las Unidades. Cuando las Unidades de Salud a nivel nacional requieran comprar métodos anticonceptivos por simismas, coordinarán con la citada Unidad Ejecutora.

Art. 13.- El Ministerio de Salud Publica, en su calidad de autoridad sanitaria nacional, controlará y vigilará, por medio de las entidades competentes, la provisión de anticonceptivos en la Red Pública Integral de Salud y en la Red Complementaria.

CAPITULO V _ DE LA DISTRIBUCION

Art. 14.- Las y los profesionales de los servicios de salud, tendrán las siguientes obligaciones en relación a la distribución y consulta de métodos anticonceptivos:

a. Garantizar una decisión libre e informada de las y los usuarias/os sobre métodos anticonceptivos, y el acceso al método elegido, incluyendo los definitivos, para lo cual será necesaria la decisión libre, informada y personal del/ la usuario/a, luego de haber brindado la orientación y

asesoría adecuada. No se requerirá la autorización de ningún familiar ni de la pareja.

b. Mantener la reserva respecto al motivo de consulta, garantizando la confidencialidad a toda persona, especialmente a adolescentes.
c. Efectuar controles periódicos de acuerdo a la normativa vigente y recomendaciones específicas de cada método anticonceptivo y de planificación posteriores a la utilización del mismo.
d. Entregar sin condicionamientos de ninguna naturaleza, cualquiera de los métodos anticonceptivos que solicite la/el usuaria/o. No se requiere en ningún caso autorización de un familiar o de la pareja, para su entrega o colocación.

Art. 15.- El personal de los servicios de salud del Ministerio de Salud Pública, tiene la obligación de entregar los métodos anticonceptivos señalados a continuación, de acuerdo a la tabla de distribución, tomando en cuenta que se deberán realizar entregas subsecuentes, las mismas que constarán en el carné de cada usuaria/o. Para la entrega de preservativos no se requerirá la presentación del carné.

Nota: Para leer Cuadro, ver Registro Oficial 919 de 25 de Marzo de 2013, página 8.

Art. 16.- Con la entrega de cada método anticonceptivo o de planificación familiar, se promoverá la entrega de preservativos masculinos y femeninos, con el objetivo de prevenir ITS y VIH/sida.

Art. 17.- Las/os usuarias/os que requieran preservativos, podrán acceder a ellos a través de los dispensadores que se encuentran en los Establecimientos de Salud del Ministerio de Salud Pública a nivel nacional, de forma gratuita, además de los que se soliciten en consulta.

Art. 18.- La anticoncepción oral de emergencia se distribuirá ante solicitud de las/os usuarias/os, en cualquier situación, especialmente para:

a) Prevenir un embarazo después de una relación sexual sin protección, en un periodo de hasta 5 días después, procurando tomarlas en un período menor de hasta 3 días.
b) Si el condón se ha roto durante el coito, o si ha habido filtración, deslizamiento, o retención del mismo.
c) Si no ha tomado durante tres o más días su anticonceptivo oral.
d) Si ha habido un retraso de más de dos semanas en recibir su anticonceptivo inyectable.
e) Si ha habido expulsión total o parcial del dispositivo intrauterino.
f) Si la persona ha sido forzada a tener relaciones sexuales o ha sido víctima de violencia sexual, se seguirán las normas y protocolos para atención integral de la violencia de género, intrafamiliar y sexual por ciclos de vida.

Art. 19.- Los Establecimientos del Sistema Nacional de Salud, suministrarán la anticoncepción oral de emergencia a cualquier persona que requiera su uso. No será necesario asistir a una consulta ginecológica, ni tener receta, ni ningún otro documento como requisito para su entrega inmediata, a hombres o mujeres que la soliciten.

Art. 20.- La distribución de anticonceptivos y de anticoncepción oral de emergencia por parte de los Establecimientos de Salud del Ministerio de Salud Pública, será gratuita.

Art. 21.- Los botiquines que se encuentran en cada Establecimiento de Salud del Ministerio de Salud Pública, contarán con una dotación de anticoncepción oral de emergencia permanente, lo cual permitirá que se atienda eficientemente los requerimientos de las/los usuarias/os. El líder de cada Establecimiento de Salud, o su delegado, serán las personas responsables del abastecimiento del botiquín.

Art. 22.- Las reposiciones subsecuentes, registro y descargo del anticonceptivo oral de emergencia, se realizarán de la siguiente manera:

a) La persona líder de enfermería entregará la anticoncepción oral de emergencia a la persona que lo requiera. Su sistema de registro será a través de una matriz que contendrá fecha de entrega, nombres y apellidos de la persona requirente, número de cédula si está cedulada, edad, sexo y firma, considerando que el número de cédula, ni la presentación de ningún documento serán un requisito obligatorio.
b) El personal responsable estará a cargo de verificar que haya dotación suficiente del método para su entrega diaria. Para el descargo se adjuntará a la matriz con el detalle de las entregas, una receta donde conste todos los medicamentos entregados. Estos documentos se considerarán como sistema de descargo y reposición de métodos. Cada receta tendrá concordancia con la fecha de entrega de cada método que consta en la matriz, con la finalidad de no permitir la caducidad de las recetas, es decir, se hará en un plazo no mayor a 48 horas.

Art. 23.- Los profesionales de la salud no podrán objetar conciencia, ni utilizar su criterio moral, para negarse a entregar anticoncepción oral de emergencia o cualquier método anticonceptivo, pues la píldora anticonceptiva de emergencia, al igual que otros métodos anticonceptivos, permite hacer efectivo el derecho a la autodeterminación reproductiva, el mismo que está respaldado por el derecho a la integridad física, a la intimidad, a planificar la familia y a estar libre de toda forma de violencia que pueda afectar la vida sexual y reproductiva de la mujer.

CAPITULO VI _ EL CONTROL Y LA ENTREGA SUBSECUENTE

Art. 24.- Con el objeto de mejorar la calidad de atención a las/os usuarias/os, el personal responsable de la atención llevará un sistema de registro a través de la Matriz UELMGAI-DAIA-002-2012 en la que se hará constar:

a) Los datos relevantes de las/os usuarias/os a quien se entrega la atención;
b) Se determinará si ha solicitado o no un método anticonceptivo;
c) Se dejará constancia de que se otorgó toda la información requerida;
d) En caso de haberlo solicitado se indicará el método entregado y la fecha de atención; y,
e) Se fijará la fecha del próximo control.

Este registro será el único documento que permitirá tener la información necesaria y suficiente del control de atención, descarga y justificación de entrega de métodos anticonceptivos a las/los usuarias

En el caso de los Establecimientos de Salud del Ministerio del Salud Pública, la ficha será distribuida por el Ministerio y será enviada mensualmente de manera obligatoria a la Unidad encargada.

Art. 25.- Para garantizar la entrega inmediata de las dosis subsecuentes del método anticonceptivo elegido por la/el usuaria/o en los Establecimientos del Ministerio de Salud Publica, se utilizará el carné de "Entrega de Métodos Anticonceptivos (EMA)", en el cual se registrará los datos de la usuaria, el método elegido y la fecha de la próxima entrega del mismo.

Este carné será entregado al momento de la elección del método, y con el mismo se podrán retirar las dosis subsecuentes, sin necesidad de consulta en los Establecimientos de Salud del Ministerio de Salud Pública, en todo el territorio nacional.

En caso de pérdida del carné el Establecimiento de Salud lo repondrá.

Art. 26.- La existencia del carné, no constituye un impedimento para que la usuaria asista a todas la consultas que considere necesarias.

CAPITULO VII _ PROHIBICIONES Y SANCIONES

Art. 27.- Se prohíbe al personal de salud, realizar cualquiera de las siguientes acciones:

a) Trato discriminatorio a las/os usuarias/os del servicio y ciudadanos en general. Toda persona sin importar su etnia, edad, sexo, identidad cultural, estado civil, idioma, religión, ideología, filiación política, condición socio-económica, migración económica, identidad sexo-genérica, estado de salud, ser portador de VIH/sida, discapacidad, diferencia física, u otra condición, tiene derecho a atención integral en salud sexual y salud reproductiva.
b) Requerir la presencia o autorización de la pareja, de una tercera persona, o de un familiar para la entrega de cualquier método anticonceptivo, incluso de los definitivos. La consulta se realizará con la persona directamente involucrada.
c) Obligar o inducir el uso de un método anticonceptivo en particular.

Art. 28.- Los profesionales de la salud que incumplieren sus obligaciones o contravinieren las disposiciones expresas de este Reglamento, serán sancionados de acuerdo a lo establecido en las leyes vigentes.

Art. 29.- Las máximas autoridades de los Establecimientos de Salud a nivel nacional, vigilarán el cumplimiento de este Reglamento.

CAPITULO VII _ DEFINICIONES

Art. 30.- Para los fines de este Reglamento se considerarán las siguientes definiciones:

- Anticoncepción Oral de Emergencia: Es un método anticonceptivo que las mujeres pueden usar para prevenir un embarazo no deseado, dentro de los

cinco (5) primeros días después de una relación sexual sin protección. Todas las mujeres, jóvenes, adolescentes o adultas pueden usar AOE.

- Método Yuzpe: Consiste en el uso de una dosis mayor de anticonceptivos normales, como anticoncepción oral de emergencia. Se requieren de ocho (8) pastillas que incluyan 30 ug de Etinil-Estradiol y 150 ug de Levonorgestrel (Nordette ,Microgynon). La mujer debe usar cuatro (4) pastillas en un periodo de hasta cinco (5) días después de la relación sexual insegura, procurando tomarlas en un período menor de hasta tres (3) días y otras cuatro (4) píldoras, doce (12) horas más tarde de la primera dosis.

Art. 31.- El presente Acuerdo Ministerial entrará en vigencia a partir de su suscripción, sin perjuicio de su publicación en el Registro Oficial y de su ejecución encárguese al Viceministerio de Atención Integral en Salud.

Dado en el Distrito Metropolitano de Quito, a 29 de noviembre de 2012.

f) Carina Vanee Mafia, Ministra de Salud Pública.

Es fiel copia del documento que consta en el archivo de la D. N. Secretaría General al que me remito en caso necesario.- Lo certifico.- Quito, a 08 de marzo de 2013.- f.) Ilegible, Secretaría General, Ministerio de Salud Pública.

ANEXO #4

Norma y Protocolo de Planificacion Familiar

El acceso universal a la Salud Sexual y Salud Reproductiva es considerado fundamental para la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, al considerar que estos no podrían ser alcanzados si no se progresa en lo relativo a la Planificación Familiar. Anualmente se podrían evitar miles de muertes maternas si las mujeres que no desean tener hijos utilizarían métodos anticonceptivos eficaces, el Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Muerte Materna y neonatal considera a la Planificación Familiar como una de las principales estrategias para lograrlas metas propuestas y reducir la mortalidad materna en nuestro país.

La planificación familiar constituye una de las estrategias para alcanzar una Salud Sexual y Reproductiva plena, razón por la cual todos los individuos deberían acceder, elegir y beneficiarse del avance científico en lo referente a métodos anticonceptivos. La tarea es permanente si consideremos que generación tras generación siempre habrá gente que necesite planificación familiar, con todos sus componentes: control preconcepcional, anticoncepción y atención de infertilidad.

A pesar de los esfuerzos emprendidos en los últimos años todavía existe una brecha en relación al acceso, al conocimiento de las opciones anticonceptivas y su utilización, muchas/os usuarias/os utilizan anticonceptivos para evitar el embarazo pero fracasan por una serie de razones: falta de instrucciones claras acerca de uso, el no conseguir el método más adecuado de acuerdo a sus necesidades, el desconocimiento de efectos colaterales, etc.

En tal razón, se torna imprescindible contar con servicios de salud con personal capacitado que brinde información clara y veraz, permitiendo al usuario/a realizar la elección de un método acorde con la situación y las necesidades específicas, promoviendo que la decisión tomada sea voluntaria y basada en una información y asesoramiento adecuados.

Para cubrir los requerimientos de las usuarias/os, promover la utilización de los servicios, aumentar el uso seguro y eficaz delos métodos anticonceptivos, se pone a disposición un componente normativo que esté acorde con las características de un programa efectivo de Planificación familiar, que brinda información técnica basada en evidencia científica, que se convierte en un documento de referencia, un asistente para la toma de decisiones y un recurso de capa-citación para los proveedores en el campo dela planificación familiar.

Asesoría General en Planificación Familiar

La Asesoría en Planificación Familiar es una acción profesional trascendente que pretende cambiar la relación en salud. La misma identifica tres componentes:

- El primero, los/las usuarios/as externos/as que consultan por que desean planificar su familia en cualquiera de los tres momentos (deseo de embarazo, deseo de contracepción y dificultad para embarazarse).
- El segundo, el usuario/a interno/a o equipo de atención en salud que debe ser capaz de acompañar la decisión de planificación familiar es quien ofrece el asesoramiento en el marco de la más alta evidencia científica sin interponer condiciones personales o juicios ético morales en este proceso.
- El tercero, la intervención en salud que corresponde al acuerdo entre el usuario/a interno/a y externo/a que beneficiará a este último en el marco

de su demanda de derecho y proporcionará las conductas acordes para la planificación familiar.

El asesoramiento implica desde el punto de vista del equipo de salud dos importantes prerequisitos:

1. El reconocer a la persona en consulta como un sujeto de derechos que debe ser respetado en cualquier situación vital, condición social, cultural, étnico, religiosa y opción sexual o reproductiva.
2. El redimensionar la propia labor profesional en base a la bioética que respeta y promueve la autonomía de la persona en consulta con el objeto de fortalecer y empoderar su decisión tomada después de recibir información veraz con lo cual, se desarrolla beneficencia en el entendido de que la persona asesorada escoja lo mejor para su vida y su salud y se desarrolla la no mal eficencia ya que no se pone en riesgo a la persona y se respeta la opción de decidir de esta sin, discriminarla por ninguna condición.

El asesoramiento en Planificación Familiar implica una acción proactiva para poner a disposición del usuario/a externo/a la mejor información disponible, con un lenguaje adecuado a su comprensión y su situación, de una manera asertiva.

Para el asesoramiento integral los profesionales deberán mejorar sus conocimientos, habilidades y actitudes en las relaciones interpersonales y sobre todo con las usuarias y usuarios. Esta condición clave a desarrollar se expresará en la atención integral a la mujer y al varón en cualquiera de las circunstancias que viva.

El asesoramiento en Planificación Familiar se desarrollará de manera consecutiva e integrada en los 3 niveles de atención del sistema nacional de salud. En los que se articulará el proceso en base a la complejidad de la atención requerida por los usuarios/as, abordando de forma integral aspectos bio-psico -sociales individualizando por ende el proceso de atención,

generando respuestas para reducción de riesgos y daños en salud en el marco de la toma de una decisión asertiva por la usuaria/o para lo cual se debe realizar siempre estas cuatro ACCIONES BÁSICAS:

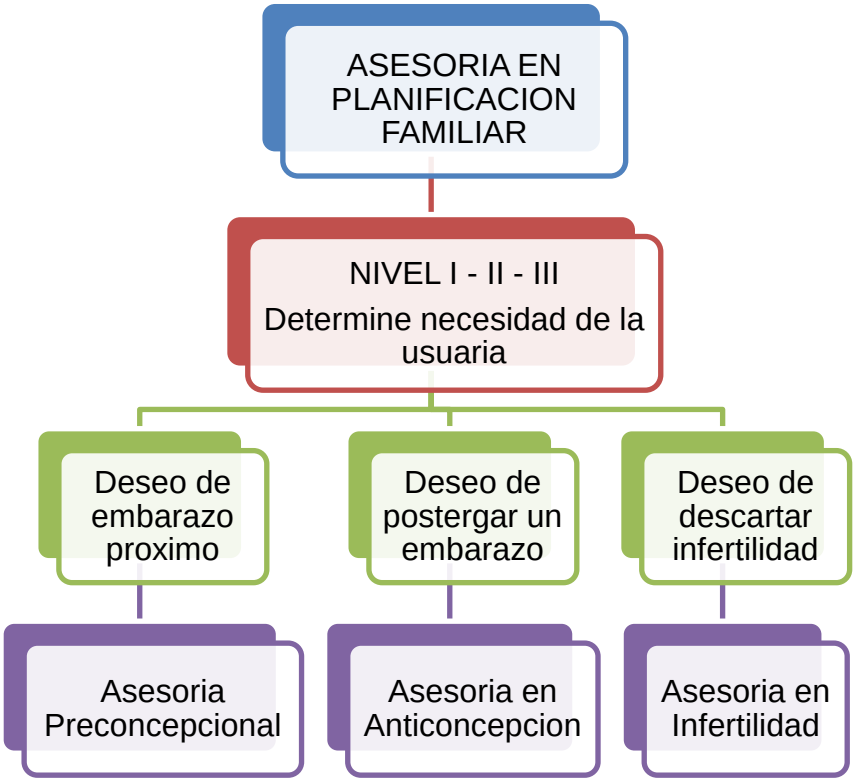
1. Brindar un ambiente de CONFIANZA interactuando con la usuaria/o, motive a que se manifiesten sobre sus propias necesidades e inquietudes. Use un lenguaje claro, sencillo y respetuoso para una adecuada comunicación, demuestre gran predisposición para hablar abiertamente de cualquier tema y para contestar todas las preguntas y dudas.

2. Garantizar absoluta CONFIDENCIALI-DAD: asegure a la usuaria/o (y a su pareja o acompañante) que nada de lo que se trate durante la asesoría se discutirá con otras personas, esto es muy importante para todas las pacientes, pero sobre todo para grupos vulnerables como adolescentes, víctimas de violencia de género e intrafamiliar y personas en riesgo de ITS/VIH y SIDA.

3. Tratar a la usuaria/o (y a su pareja o acompañante) en forma INDIVIDUALI-ZADA de acuerdo a sus características propias: edad, paridad, deseo de embarazo, condiciones sociales, económicas, culturales, religiosas, emocionales, capacidades especiales, riesgo y prevención de ITS, violencia de género e intrafamiliar.

4. Interactuar con la usuaria/o para que determine con LIBERTAD su situación, requerimientos y repercusiones sobre su necesidad de planificación familiar.

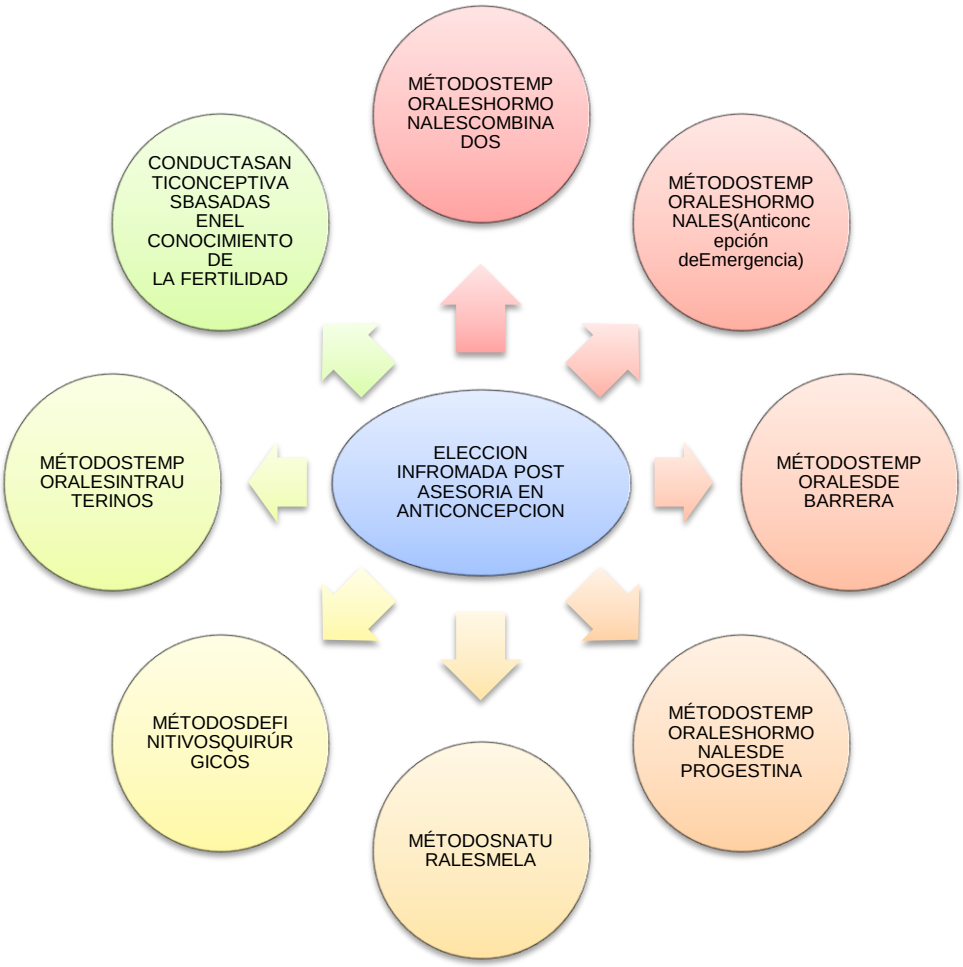
Para el cumplimiento adecuado de la asesoría en Planificación Familiar debe manejarse losprincipios básicos enunciados previamente y observar el siguiente algoritmo de atención.



Normas y Procedimientos en Planificación Familiar. MSP 2010

PROTOCOLOS PARA EL USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS

Recuerde que el primer paso del proceso de planificación familiar es la asesoría y la entrega de información veraz y en el marco de la mejor evidencia científica disponible.



Normas y Procedimientos en Planificación Familiar. MSP 2010.

ANTICONCEPCIÓN ORAL COMBINADA

Métodos anticonceptivos que consisten en la toma de una tableta diaria que contiene dos hormonas, un progestágeno y un estrógeno.

ESTRÓGENO	**PROGESTÁGENO**
Etinil estradiol< 35 mcg	Levonorgestrel
	Gestodeno
	Desogestrel
	Ciproterona

	Drospirenona
	Acetato de clormadinona

Normas y Procedimientos en Planificación Familiar. MSP 2010.

ANTICONCEPCIÓN INYECTABLE COMBINADA

Métodos anticonceptivos que consisten en la administración de una inyección mensual que contiene dos hormonas, un progestágeno y un estrógeno.

ESTRÓGENO	**PROGESTÁGENO**
Valerato de estradiol 5mg	Enantato de Noretisterona 50 mg
Enantato de estradiol 10 mg	Acetoténido dedihidroxiprogesterona150 mg

Normas y Procedimientos en Planificación Familiar. MSP 2010

ANTICONCEPCIÓN TRANSDÉRMICA

Métodos anticonceptivos que consisten en la administración de un parche que contiene dos hormonas: un progestágeno y un estrógeno.

ESTRÓGENO	**PROGESTÁGENO**
Etinil estradiol 600 mcg **Liberación diaria: 20 mcg**	Norelgestromina (NGMN) 6 mg Liberación diaria: 150mcg

Normas y Procedimientos en Planificación Familiar. MSP 2010

PROTOCOLO DE MANEJO PARA ANTICONCEPCIÓN COMBINADA.

(Muchos de los pasos deben realizarse simultáneamente)

PROTOCOLO	**NIVEL**		
	I	**II**	**III**
1. Si en la asesoría general de anticoncepción la mujer	X	X	X

prefiere el uso de Anticonceptivos Combinados, verifique nuevamente los criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos para confirmar indicación y descartar contraindicaciones.			
2. NDICACIONES: • **Mujeres de cualquier edad, incluyendo adolescentes y mujeres de más de40 años.** • **Mujeres que han tenido hijos o no.** • **Mujeres con o sin pareja estable.** • **Mujeres que han tenido abortos o embarazos ectópicos.** • **Mujeres que fuman y son menores de 35 años.** • **Mujeres que tengan o con antecedentes de anemia.** • **Mujeres que padezcan de depresión.** • **Mujeres con várices.** • **Mujeres que viven con VIH y SIDA, estén o no con terapia antirretroviral(más uso de condón).** • **Mujeres con ITS o EPI.** • **Mujeres con hiper e hipotiroidismo.** • **Mujeres con diabetes sin compromiso vascular, renal, visual o neurológico.** • **Mujeres con cefaleas leves.** • **Mujeres con patrón menstrual irregular, menorragia o hipermenorrea.** • **Mujeres con quistes o tumores benignos del ovario o del seno.** • **Mujeres con lactancia parcial luego de 6 semanas posparto.** • **Mujeres con lactancia exclusiva luego de 6 meses posparto.** • **Mujeres sin lactancia 3 semanas posparto.** • **Mujeres con endometriosis o miomatosis u ovario**	X	X	X

poliquístico			
3. CONTRAINDICACIONES • **Embarazo.** • **Mujeres con lactancia parcial y menos de 6 semanas posparto.** • **Mujeres con lactancia exclusiva y menos de 6 meses posparto.** • **Mujeres sin lactancia y menos de 3 semanas posparto.** • **Sangrado vaginal de etiología desconocida.** • **Mujeres fumadoras mayores de 35 años** • **Mujeres con antecedentes de trombosis venosa profunda, embolia pulmonar o enfermedad actual cardiovascular.** • **Hiperlipidemias graves o con otros factores de riesgo asociados** • **Cáncer mamario, genital o hepático.** • **Hepatitis viral activa, cirrosis hepática, tumores hepáticos.** • **Tratamiento con rifampicina, fenitoina, carbamazepina, barbitúricos, primidonaotopiramato.** • **Cefalea migrañosa sin aura en mayores de 35 años y con aura a cualquier edad.** • **Usuarias con cirugía mayor con inmovilización prolongada (1 semana o más).**	X	X	X
4. Si la usuaria elige de manera informada el Anticonceptivo Combinado, y decide que es la mejor alternativa de anticoncepción respete y apoye la decisión.	X	X	X
5. RATIFIQUE EL MECANISMO DE ACCIÓN DE LOS ANTICONCEPTIVOSCOMBINADOS: • **Evitan la ovulación.**			

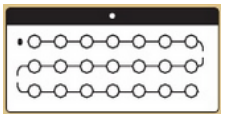
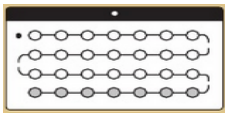
• **Aumentan la consistencia del moco cervical.** • **Produce cambios en el endometrio.** • **Reduce el transporte de los espermatozoides a nivel de las trompas de falopio**			
6. DISCUTA Y REFUERCE EL ENTENDIMIENTO DE LAS VENTAJAS DE LOS ANTICONCEPTIVOS COMBINADOS: • **Puede suministrarse en cualquier momento que la mujer lo solicite siempre que no existan contraindicaciones temporales o definitivas.** • **Previene el embarazo no planificado eficazmente.** • **Es un método muy seguro, conveniente y eficaz.** • **Cómodos, puede usarse a largo plazo.** • **No interfiere con las relaciones sexuales.** • **No afecta su vida cotidiana ni sexual a futuro. Retorno inmediato a la fertilidad luego de la descontinuación.** • **No es abortivo. No interfiere en la implantación o en la evolución de un embarazo ya implantado.** • **Brinda protección contra:** ○ **Embarazo ectópico** ○ **Cáncer de endometrio** ○ **Cáncer de ovario** ○ **Enfermedad pélvica inflamatoria** ○ **Quistes ováricos** ○ **Anemia por deficiencia de hierro** • **Reduce:** ○ **Dismenorrea - cólico menstrual.** ○ **Alteraciones del patrón de sangrado menstrual.** ○ **Dolor de ovulación.** ○ **Vello excesivo en rostro o cuerpo.** ○ **Síntomas de síndrome de ovario poliquístico.** ○ **Síntomas de endometriosis**	X	X	X
7. DISCUTA Y REFUERCE EL ENTENDIMIENTO DE LAS	X	X	X

DESVENTAJAS DELA ANTICONCEPTIVOS COMBINADOS: • **NO previene las ITS incluyendo VIH y SIDA (recomiende el uso correcto de condón, además del Anticonceptivo Combinado, si existe riesgo).** • **Puede tener efectos secundarios: cambios en los patrones de sangrado, cefalea, mareo, náusea, dolor mamario.** • **No se recomienda en mujeres en período de lactancia.** • **Dependen de la toma o administración correcta para mantener su elevada eficacia. El olvido o toma incorrecta disminuye la eficacia.**			

Normas y Procedimientos en Planificación Familiar. MSP 2010.

1.3.1 ANTICONCEPTIVOS ORALES COMBINADOS (AOC)

INICIO DEL ANTICONCEPTIVO ORAL COMBINADO	NIVEL		
	I	**II**	**III**
1. La usuaria puede iniciar la toma del anticonceptivo oral combinado dentro de los 5 días de haber iniciado la menstruación, idealmente el primer día.	X	X	X
2. 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 posparto, si no está dando de lactar.** • **A las seis semanas luego del postparto, si la lactancia es parcial.**	X	X	X

• **A los seis meses luego del pos parto, si la lactancia es exclusiva**			
3. Si la usuaria aún no menstrúa, puede comenzar cualquier día luego de descartar razonablemente el embarazo e indicar el uso de condón por 7 días como respaldo.	X	X	X
4. Si no cumple estos criterios se debe sugerir otro método anticonceptivo apropiado para el caso.			
EXPLIQUE LA FORMA DE USO DEL ANTICONCEPTIVO ORAL COMBINADO	**I**	**II**	**III**
5. Muestre a la usuaria el paquete de tabletas que se va a administrar y explique la forma en que tiene que utilizarse según sea de 21 o de 28 tabletas.	X	X	X
Paquete de 21 tabletas.  • Tome una tableta diaria por 21 días. • A la misma hora. • Sin olvidos. • Sin interrupciones ni descansos. • Terminadas las tabletas, espere7 días y reinicie un nuevo	Paquete de 28 tabletas(21 activas/7 inactivas de otro color, o24 activas/4 inactivas de otro color)  • Tome una tableta diaria por 28 días. • A la misma hora. • Sin olvidos. • Sin interrupciones ni descansos. • Terminadas las tabletas, reinicie un nuevo paquete al día siguiente.		

paquete al día siguiente.			
6. Recalque a la usuaria que debe seguir el sistema de flechas impresas en la parte posterior del paquete de anticonceptivos orales combinados para mantener el orden adecuado.	X	X	X
7. Recalque a la usuaria que la menstruación se presentará en los días en que no toma tabletas (paquetes de 21 tabletas) o en los días que toma las tabletas de otro color (paquetes de 28 tabletas)	X	X	X
8. DISCUTA Y REFUERCE EL ENTENDIMIENTO DE LOS EFECTOSSECUNDARIOS DEL USO DE ANTICONCEPTIVOS ORALESCOMBINADOS: • **Indique a la mujer que la mayoría de mujeres no presentan efectos molestos.** • **Indique que los efectos secundarios son leves y pueden o no incluir: náusea, cefalea, mareo, sensibilidad anormal de senos, cambios en el patrón de sangrado.** • **Indique que no son motivo para dejar de tomar las tabletas.** • **Recalque que son pasajeros y desaparecen en los primeros 3 meses de uso del método.**	X	X	X
9. DISCUTA Y REFUERCE EL ENTENDIMIENTO DE LOS EFECTOSSECUNDARIOS QUE DISMINUYEN LA EFICACIA DELANTICONCEPTIVO ORAL COMBINADO Y SU MANEJO: **VÓMITO Y/O DIARREA GRAVES POR MAS DE 24 HORAS:** • **Aconseje la toma de la tableta con las comidas o al acostarse en la noche.** • **Si la paciente vomita dentro de las dos horas siguientes a la toma dela tableta, debe tomar otra tableta activa lo antes posible y continúe normalmente con el resto de**	X	X	X

tabletas. • **Si el vómito o diarrea persisten por 2 días o más, debe sugerirse el uso regular de condón mientras acude a una visita de seguimiento.** • **Podría usarse Anticoncepción de Emergencia si a tenido relaciones en los últimos 5 días**			
10. Recalque la importancia de la toma diaria de la tableta, a la misma hora y sin olvidos, pues esta es la principal causa de falla del método anticonceptivo.			
11. Explique el uso de anticoncepción de Emergencia en caso de olvido de las tabletas o retraso en el inicio de las mismas.	X	X	X
EN CASO DE OLVIDO EN LA TOMA DEL ANTICONCEPTIVO ORAL COMBINADO.	**I**	**I**	**II**
12. Olvido de 1 o 2 píldoras o inicio de un paquete nuevo 1 o 2 días tarde: • **Indique que tome una tableta activa lo antes posible y que tome normalmente la siguiente a la hora habitual. Es posible que tome dos tabletas simultáneamente en el mismo día**	X	X	X
13. Olvido de 3 o más píldoras en la primera/segunda semana de toma o si comenzó un nuevo paquete 3 o más días tarde: • **Indique la toma de una tableta activa lo antes posible.** • **Uso de condón los próximos 7 días.** • **Sugiera el uso de Anticoncepción de Emergencia si ha tenido coito en los últimos 5 días.** • **Indique a la mujer que termine todas las tabletas activas de la tercera semana y que comience un nuevo paquete inmediatamente (si tiene 21tabletas) o que descarte las 7 últimas tabletas (si tiene 28 tabletas) e inicie un nuevo paquete inmediatamente.**	X	X	X

14. Si olvidó una tableta o más no activa (en el caso de paquetes de 28tabletas): • **Descarte la tableta/s no activa/s que olvidó tomar.** • **Indique que continúe tomando el paquete normalmente hasta terminarlo.**	X	X	X
15. Recalque a la mujer que debe acudir inmediatamente a la unidad de salud si presenta dolor intenso y constante en abdomen, tórax o piernas; sangrado genital abundante, ictericia, cefalea severa, pérdida de visión con o sin cefalea.	X	X	X
16. Entregue un ciclo de anticonceptivo oral combinado en la primera consulta, y tres ciclos de tabletas por consultas subsecuentes.	X	X	X
17. Registre la elección del método y su entrega en la Historia Clínica.	X	X	X
18. Invite a la mujer (y a su pareja o acompañante) a retornar a la unidad de salud, en cualquier momento, si requiere refuerzo en la información o indicaciones suministradas. El segundo control debe realizarse al mes de la primera consulta y las visitas de seguimiento y/o entrega cada 3meses, siempre antes de que se terminen los insumos entregados.	X	X	X

Normas y Procedimientos en Planificación Familiar. MSP 2010.

ANEXO #5

ANTICONCEPTIVOS INYECTABLES

Los anticonceptivos inyectables contienen hormonas sintéticas, las cuales se administran por medio de una inyección intramuscular profunda. Los anticonceptivos inyectables son métodos seguros, efectivos y reversibles.
Existen dos tipos de anticonceptivos inyectables: los que contienen sólo progestina y los inyectables combinados, que contienen progestina y estrógeno. Dentro de los anticonceptivos inyectables sólo de progestina que se encuentran disponibles, están el DMPA (acetato de medroxiprogesterona de depósito) y el NET-EN (enantato de noretindrona). Entre los inyectables combinados que están disponibles se incluyen Cyclofem ™ (llamado también Lunelle) y Mesigyna®.
Mecanismo de acción: Principalmente provoca el engrosamiento del moco cervical, previniendo así la penetración de esperma; también inhibe la ovulación. |
No protegen de las ITS.
La mayoría de las mujeres pueden usar anticonceptivos inyectables de manera segura durante toda la etapa reproductiva (siempre y cuando la mujer esté satisfecha con el método y no tenga problemas con él). |

Retorno de la fertilidad | En el caso de los inyectables sólo de Progestina, después de tres a seis meses; y en el caso de los inyectables combinados, dentro de tres meses.

Ventajas

* Seguros y eficaces.
* Reversibles.
* No requieren una rutina diaria.
* Puedes dejar de usarlos sin necesidad de ir al médico.
* No interfieren en el acto sexual.
* Pueden traer beneficios a la salud (mejora el metabolismo de los lípidos y la función cardiovascular).
* Ofrecen privacidad.

Desventajas

* Causan efectos secundarios como irregularidades menstruales o sangrado vaginal durante los tres primeros meses, dolores de cabeza, náuseas, aumento de peso, acné, amenorrea, cambios de estado de ánimo y sensibilidad en los senos.
* No protegen contra las ETS's/VIH.
* Requieren ser inyectados más veces que los inyectables solo de progestina.
* Sus efectos no desaparecen rápidamente después de dejar su uso.
* No puedes demorarte más de 3 días para recibir la próxima inyección.

IMPORTANCIA DE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS
La utilización adecuada de los diversos métodos anticonceptivos, es importante ya que permite a la pareja que los utiliza, tener control sobre su sexualidad en el sentido de la planificación y control de la natalidad, así como en la prevención de enfermedades de transmisión sexual, tales como el SIDA, la sífilis, y la gonorrea, entre otras.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
AREA DE MEDICINA HUMANA
MEDICINA
2013

ANTICONCEPTIVOS ORALES

La pastilla anticonceptiva o píldora es un medicamento elaborado sobre la base de hormonas que inhibe la ovulación.
Está compuesta por dos sustancias: estrógenos y progesterona (hormonas femeninas), aunque en dosis diferentes de las que los ovarios producen normalmente.
La píldora se toma diariamente y a la misma hora durante aproximadamente 21 días, la primera pastilla a partir del primero o quinto día de la última menstruación, y las siguientes día tras día aproximadamente a la misma hora.
Estos están compuestos por dos hormonas los estrógenos y los progestágenos.
Los estrógenos han disminuido su concentración de manera significativa buscando la mínima dosis efectiva. Correctamente utilizados poseen una eficacia del 99%.

Según la combinación hormonal se pueden clasificar en:
• Monofàsicos: Igual concentración de los estrógenos y progestágenos en todas las pastillas.
• Bifàsicos: 11 pastillas contienen una concentración diferente a las 10 restantes.
• Trifàsicos: Se distribuye las concentraciones en tres etapas .

Mecanismo de acción:
• Inhibe la ovulación bloqueando la liberación de las hormonas FSH y LH.
• Inhiben el crecimiento folicular.
• Efecto sobre el moco cervical haciéndolo más espeso e impenetrable por el espermatozoide.
• Acción sobre el endometrio haciéndolo hostil para la implantación.
• Alteran la motilidad uterina

Ventajas:

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

Desventajas

• La enfermedad diarreica aguda puede afectar su absorción.
• Riesgo de olvido.
• Dolor de cabeza, náuseas, vomito o dolor en los senos, son efectos menores que suelen desaparecer en dos o tres meses. 25% de las mujeres los presentan en el primer ciclo y solo el 5% en el tercer ciclo.

Beneficios:

• Regulan el periodo menstrual.
• Menor sangrado menstrual.
• Menor riesgo de anemia por deficiencia de hierro.
• Menor incidencia de quistes en los ovarios.
• Disminuye significativamente el dolor asociado a la menstruación.
• Disminuye el síndrome premenstrual.
• Protege contra el cáncer de ovario.
• Protege contra el cáncer de endometrio.
• Disminución de las enfermedades benignas del seno.
• Menor riesgo de embarazo ectópico.
• Las presentaciones actuales no afectan el peso corporal.
• No alteran la tensión arterial.
• No altera los niveles de colesterol o glicemia.
Inconvenientes:
• Puede facilitar flujos vaginales por hongos.
• No es recomendable si se presenta cloasma en el ambarazo(manchas en la piel de la cara).Más asociado a los viejos preparados.
• Sangrado intermenstrual ocasional.
Contraindicaciones:
• Embarazo. Sin embargo si son tomadas por error al inicio del embarazo no están asociadas a malformaciones congénitas.
• Enfermedad vascular severa.
• Cirugías que requieren inmovilización prolongada.
• Cáncer de seno.
• Hepatitis activa.
• Antecedente tromboembólico.
• Migraña complicada.
• Fumadora de más de 15 cigarrillos al día.
• No usar durante la lactancia pues disminuye la cantidad y calidad de la leche.
• Uso de anticonvulsivantes.
• Personas diabéticas.

12. INDICE

INDICE

TEMA	Pág.
Caratula……..	i
Certificación…….……	ii
Autoría……..	iii
Dedicatoria……..	iv
Agradecimiento……..	v
TITULO……	1
RESUMEN……..	3
SUMMARY…….	5
INTRODUCCION……..	6
REVISION DE LITERATURA…….	9
MATERIALES Y METODOS……..	38
RESULTADOS……..	42
DISCUSION……...	47
CONCLUSIONES…….	50
RECOMENDACIONES……	52
BIBLIOGRAFIA…….	54
ANEXOS…….	58
INDICE……	105