UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA MEDICINA

TESIS DE GRADO

TEMA:

NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS Y PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN LAS MUJERES DE EDAD FÉRTIL Y SU REPERCUSIÓN EN SUS EMBARAZOS, EN EL BARRIO "SAN VICENTE ALTO" DE LA CIUDAD DE LOJA, DURANTE EL PERIODO MARZO – AGOSTO 2011"

Tesis previa a la obtención del Titulo de Médico General

AUTOR

Carlos Alberto Guzmán Ojeda

DIRECTOR

DR. GONZALO RENGEL

LOJA – ECUADOR

2011 - 2012

CERTIFICACIÓN

Loja, Septiembre del 2012

Dr. Gonzalo Rengel
Docente del Área de Salud Humana, Carrera Medicina de la UNL.

CERTIFICA:

Que la presente tesis titulada, **"NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS Y PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN LAS MUJERES DE EDAD FÉRTIL Y SU REPERCUSIÓN EN SUS EMBARAZOS, EN EL BARRIO "SAN VICENTE ALTO" DE LA CIUDAD DE LOJA, DURANTE EL PERIODO MARZO – AGOSTO 2011",** realizada por el Sr. Carlos Alberto Guzmán Ojeda, a sido revisada y desarrollada de acuerdo a las normas establecidas en el Reglamento interno de la Universidad Nacional de Loja, por lo que autorizo su presentación.

Atentamente.

Dr. Gonzalo Rengel

DIRECTOR DE TESIS

AGRADECIMIENTO

Queda impreso mi sincero agradecimiento a la UNL, especialmente al Área de la Salud Humana.

Mi gratitud especial a todos los catedráticos, que me supieron prodigar sus sabias enseñanzas, de manera especial al Dr. Gonzalo Rengel Director de tesis y Dra. Betty Carrión Asesora en tesis, a mi familia, ya que gracias a su apoyo y su valiosa orientación pude terminar con éxito el presente trabajo investigativo.

De igual manera expreso mi agradecimiento a todos y cada una de las personas que hicieron posible la recopilación de la información necesaria para el feliz desarrollo de la misma.

Autor

Sr. Carlos Alberto Guzmán Ojeda

DEDICATORIA

Con todo respeto esta investigación, la dedico a mis padres, hermanos, y a quienes gracias a su responsabilidad y al apoyo que me brindaron para seguir adelante y formarme profesionalmente, ya que ellos son la razón y sentido de mi vida.

A todos los pacientes, que día a día nos permiten el privilegio de ejercer la profesión médica, a los docentes y amigos de quienes he aprendido y que nos incentivan a investigar y prepararnos para ser cada día mejores.

Sr. Carlos Alberto Guzmán Ojeda

AUTORÍA

Los conceptos, expresiones e ideas vertidas, en el presente trabajo investigativo, son de absoluta responsabilidad del autor.

Sr. Carlos Alberto Guzmán Ojeda.

INDICE

Certificación…….……I
Agradecimiento…….……II
Dedicatoria …….……..III
Autoría…….…….……..IV
Índice…….…….……V

CONTENIDOS **pág.**

1. Título…….……..1
2. Resumen…….……...2
3. Summary…..……..……..3
4. Introducción……..……...…..…7
5. Revisión de Literatura….……..……8
6. Metodología……..…….…43
7. Resultados……..……...……45
8. Discusión……...……..…..62
9. Conclusiones…..……...……64
10. Recomendaciones……..……65
11. Bibliografía…….……...…..…66
12. Anexos…….……...…..…69

TEMA:

“NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS Y PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN LAS MUJERES DE EDAD FÉRTIL Y SU REPERCUSIÓN EN SUS EMBARAZOS, EN EL BARRIO “SAN VICENTE ALTO” DE LA CIUDAD DE LOJA, DURANTE EL PERIODO MARZO – AGOSTO 2011”

RESUMEN

El presente trabajo investigativo, es de tipo descriptivo transversal, con el objeto de investigar los niveles de conocimiento sobre métodos anticonceptivos y planificación familiar en las mujeres de edad fértil y su repercusión en sus embarazos, en el Barrio “San Vicente Alto” de la ciudad de Loja, durante el periodo marzo-agosto 2011.

El objetivo de la investigación, es identificar los aspectos demográficos y antecedentes gineco-obstétricos a las mujeres de edad fértil, los conocimientos y prácticas sobre métodos anticonceptivos y planificación familiar, además de establecer a que edad es más frecuente los embarazos en la edad fértil y conocer las causas por lo que no utilizan los diferentes métodos anticonceptivos.

Se realizó un estudió a una población de 62 mujeres en edad fértil, a través de una entrevista personal, guiada por una encuesta previamente validada, donde los resultados indican que el 94 % de las entrevistadas conocen sobre los métodos anticonceptivos y el 84 % conocen sobre la planificación familiar.

Entre los métodos anticonceptivos más utilizados son: el preservativo masculino con un 19%, método del ritmo 16%, anticonceptivos orales combinados 15%, Inyectables 12%, coito interrumpido 10%, ligadura de trompas 9%, y la T de cobre con 8%, en esta investigación se pudo determinar que su primer embarazo se dio entre los 16-20 años.

Dentro de las consecuencias más comunes por el uso de estos métodos son: cefalea, aumento o pérdida de peso, e infecciones vaginales.

Palabras Claves: Métodos Anticonceptivos. Planificación familiar, Edad fértil.

SUMMARY

This research work is a descriptive cross, in order to investigate the levels of knowledge about contraception and family planning in women of childbearing age and its impact on their pregnancies, in the Barrio "San Vicente High" city Loja, during the period March to August 2011.

The objective of the research is to identify the demographic and obstetric-gynecological history women of childbearing age, knowledge and practices about contraception and family planning, in addition to establishing that age is more common in pregnancy and childbearing know the causes so do not use different methods of contraception.

A study was conducted on a population of 62 women of childbearing age, through a personal interview, guided by a previously validated, where results indicate that 94% of respondents know about contraception and 84% know about family planning.

Contraceptive methods used are: the male condom with 19%, 16% rhythm method, 15% combined oral contraceptives, injectable 12%, 10% withdrawal, tubal ligation 9%, and the copper T 8 %, in this investigation it was determined that her first pregnancy was between 16-20 years.

Among the most common consequences for the use of these methods are: headache, weight gain or loss, and vaginal infections.

Keywords: Birth control. Family planning, reproductive age.

INTRODUCCIÓN

Considerando que los conocimientos y practicas sobre métodos anticonceptivos y planificación familiar, en los aspectos demográficos y antecedentes gineco-obstétricos se debe a la no utilización de los diferentes anticonceptivos.

El uso de los métodos anticonceptivos, es una de los factores más importantes para evitar la fecundación, y constituye sin duda la práctica mas eficaz para prevenir embarazos no deseados, y factores de alto riesgo para las mujeres, además ayuda a mejorar el bienestar que la familia desea alcanzar.

Existe un gran desconocimiento sobre la concepción y la utilización de diferentes métodos anticonceptivos, probablemente por el descuido de información en el hogar, en las instituciones educativas, o por falta de apoyo, por lo que se evidencia un enorme incremento de embarazos juveniles, lo que provoca morbi-mortalidad materna, abortos, insatisfacción, infidelidad y sobre todo una conducta sexual despreciable.

La falta de planificación familiar en el Ecuador incide, en que este sea el país con mayor densidad poblacional de Sudamérica (54.82 habitantes por kilómetro cuadrado) sobre todo en los sectores más pobres, donde a mayor número de hijos, menores son las posibilidades de lograr atención médica, educación y empleo.

Los datos más actuales sobre planificación familiar son los realizados por el Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social (CEPAR), publicado en la revista “Encuesta Demográfica y de Salud Materno Infantil” (ENDEMAIN) 2004, estos revelan que las mujeres del quintil 1 el 20% más pobres de la población ecuatoriana tienen en promedio 5 hijos, y las del quintil 5 el 20% más rico son mujeres que han recibido una educación tienen en promedio 2 hijos, a diferencia entre las madres de la zona urbana y de la zona rural es cada vez menor, pues en 1999 era de

dos hijos, en el 2004 se halló que era solo de uno. En la zona rural tienen muchos hijos porque son la fuerza laboral para trabajar las tierras.

Según el registro de ENDEMAIN, el 96% de las ecuatorianas conocen sobre métodos anticonceptivos y pese a que estos se encuentra fácilmente en los centros de salud públicos, hay otras razones que hacen que las mujeres dejen de usarlos o no acudan a solicitarlos, como son el desconocimiento, la condición socioeconómica, su cultura, creencias y relaciones sexuales a edades tempranas entre las más principales de todas.

La falta de planificación familiar puede influir en el deterioro femenino. Según estudios internacionales publicados por el CEPAR, por cada 10 millones de dólares en déficit para estos programas habrá 1.8 millones más de abortos y 19 mil muertes adicionales de madres.

Así mismo según las proyecciones, se estima que por cada dólar de salud invertido en servicios anticonceptivos, los estados ahorran hasta 4 dólares en gastos para la salud de las madres, recién nacidos y hasta 31 dólares en servicios sociales, como educación y vivienda.

El conocimiento de al menos un método anticonceptivo es de 94 % y de igual porcentaje para un método moderno entre las mujeres ecuatorianas de 10 a 49 años de edad, estos datos disminuyen notablemente para las mujeres de un nivel socioeconómico bajo, la cifra es del 75 %. El conocimiento de cada uno de los métodos es precario, solo la esterilización femenina tiene un nivel próximo al 57 %, píldoras anticonceptivas 54%, el DIU 50 %, la inyección 46 %, condón 45 %, naturales e inseguros 30%, el nivel de conocimiento de otros métodos como vasectomía, implantes. Píldora Anticonceptiva de Emergencia es menor el 10%. En la provincia de Loja el 71,5 % de las mujeres en edad fértil utilizan métodos anticonceptivos, el 19,2 % de las mismas no utilizan por falta de información.

En los últimos años se produjo en el Ecuador una más amplia divulgación del uso de anticonceptivos. Las cifras muestran un incremento en los 5

años (10.5% al 13.5%), pero sigue siendo muy bajo entre mujeres rurales, con bajos niveles de instrucción. Este índice es menor al que se registra en otros países de América Latina. El conocimiento insuficiente, el uso incorrecto de los métodos anticonceptivos y el uso de métodos pocos efectivos o no seguros (naturales) son los principales problemas de embarazos en edades tempranas, de ahí la importancia de desarrollar el presente trabajo investigativo en el Barrio “San Vicente Alto” de la ciudad de Loja.

MARCO TEÓRICO

CAPITULO I: SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

1.1. QUE ES SEXUALIDAD

Es todo lo que somos como hombres o mujeres: nuestro cuerpo, sentimientos, pensamientos, costumbres, formas de comportamiento, valores y creencias.

La sexualidad se expresa, a lo largo de nuestra vida, a través de lo que creemos o sentimos de nosotros y nosotras mismas y en las relaciones con las otras personas.

Una sexualidad sana y responsable permite mejores relaciones con los demás y el disfrute del placer sexual.

"Es importante que hombres y mujeres tomen en sus manos el control de su salud sexual y reproductiva para poder ejercer el derecho a ser personas sanas y felices."

1.2. QUE ES SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Es el bienestar físico y mental que permite la expresión libre, voluntaria, placentera y segura de nuestra sexualidad. Va más allá del cuidado de los genitales, de los órganos reproductores, o del acto sexual en sí.

La falta de salud sexual y reproductiva se manifiesta en violencia, miedos, culpas, vergüenza, falta de deseo o placer sexual, impotencia sexual, enfermedades de transmisión sexual, embarazos no deseados y abortos.[1]

[1]Catharine A. MacKinnon Sexuality, Toward a Feminist Theory of the State. Publicado por Harvard University Press, USA (2006), pp 127 - 154.

1.3. FECUNDACIÓN Y EMBARAZO

La fecundación es la unión del espermatozoide con el óvulo.

Durante el acto sexual, cuando el semen queda en la entrada o dentro de la vagina, los espermatozoides ascienden hasta las trompas de Falopio, donde de haber ocurrido la ovulación puede fecundar al óvulo. A partir de ese momento, el óvulo fecundado avanzará por las trompas de Falopio hasta llegar al útero, donde se implantará e iniciara un embarazo.[2]

1.4. RELACIÓN SEXUAL Y PLANIFICACIÓN FAMILIAR

El acto sexual es una expresión de la sexualidad para dar o recibir placer. Cuando no hay la adecuada protección, puede llevar a un embarazo no deseado o a una enfermedad de transmisión por contacto sexual.

Hablar con la pareja, libremente y sin prejuicios sobre relaciones sexuales, planificación familiar y uso de métodos anticonceptivos, ayuda a llegar a acuerdos para disfrutar mutuamente de las relaciones sexuales, del embarazo, de los hijos e hijas y a prevenir enfermedades de transmisión sexual.

"La pareja tiene derecho a una sexualidad sana, libre, segura y a procrear cuando realmente lo desee y se sienta preparada".[3]

CAPITULO II: PLANIFICACIÓN FAMILIAR.

Es el derecho que tienen los padres de decidir los hijos que deseen y

---

[2] Arthur C. Guyton. Tratado de Fisiología Médica. Capitulo 82 "Embarazo y Lactancia". Décimo primera edición. Elsevier España. GEA editorial, S.L:L. 2006, pp 1027 -1029.

[3] Bancroft J, Reinisch JM. Adolescence and puberty. Oxford: Oxford University Press; 2006, pp. 221,222.

cuando lo deseen. Este concepto no es limitativo, sino que contiene, entre otros, el tratamiento de la esterilidad, la investigación de enfermedades de transmisión sexual, el control prenatal, etc.; es decir, todo lo que atañe al proceso de reproducción.

El abordaje de la problemática de la procreación humana y el grado de responsabilidad asignada a los profesionales en la orientación, información y asistencia que debe brindarse, supone tener en cuenta múltiples facetas. La conformación del matrimonio (o de la pareja humana), de la familia, los hijos, no son hechos bio-demográficos exclusivamente, sino que están vinculados además con el desarrollo afectivo y con los derechos individuales.

La Organización Panamericana de la Salud define a la planificación familiar como "un proceso tendiente a armonizar la reproducción humana en el nivel familiar de acuerdo con las necesidades de salud y bienestar de la familia".

Implica instrucción y educación para que la pareja sepa cuál es el mejor método de tener hijos desde el punto de vista de la salud, qué hacer si el hijo deseado no llega, cómo enfrentar el ejercicio de una sexualidad plena, cómo transmitir esos conocimientos a sus hijos y, finalmente, cómo evitar la aparición de un embarazo no deseado. El concepto de paternidad responsable es aceptado universalmente y sólo se plantean objeciones a ciertos métodos de planificación familiar; es conocido que la Iglesia Católica objeta el empleo de algunos de ellos.

En planificación familiar el médico es el jefe del equipo de salud que debe resolver las consultas enumeradas. El equipo se completa con la intervención de psicólogos, sociólogos, asistentes sociales, etc.

2.1. ANTICONCEPCIÓN, CONTRACEPCIÓN O CONTROL DE LA NATALIDAD

Son todos aquellos mecanismos capaces de

evitar la aparición de un embarazo no deseado. El problema de la anticoncepción, si bien adquiere relevancia en nuestra época como consecuencia de los cambios operados en la conducta sexual y el advenimiento de la sociedad industrial y la explosión demográfica, es tan antiguo como la humanidad.

ANTICONCEPTIVO IDEAL. Las condiciones que debe reunir un contraceptivo para ser ideal, son las siguientes:

a) Eficacia. Impedir en el 100% de los casos la aparición del embarazo no deseado.

b) Reversibilidad. Suspendido su uso, el embarazo debe producirse sin ningún problema importante atribuido al método utilizado.

c) Tolerabilidad. No debe tener efectos secundarios indeseables.

d) Aceptabilidad. Su utilización no debe crear conflictos matrimoniales en lo que respecta a creencias religiosas, costumbres, sexualidad, etcétera.

e) Practicabilidad. Debe ser fácil de usar.

2.2. ELECCIÓN DEL ANTICONCEPTIVO

Los profesionales de la salud deberían ser capaces de informar a la pareja sobre las ventajas e inconvenientes de cada uno de los métodos aptos para la planificación familiar. Ningún método es totalmente efectivo para prevenir un embarazo, ni completamente aceptado para asegurar la armonía sexual, ni se encuentran exentos de efectos secundarios.

Las diferencias sociales, culturales y económicas hacen difícil uniformar criterios sobre anticoncepción, pero no caben dudas que el profesional debe estar informado de las ventajas y desventajas de los métodos conocidos en la regulación de la fertilidad.

Sin embargo, los médicos no deben decidir por la pareja, aunque son los que pueden dar una información segura. Una mujer católica puede considerar que el único método es el método del ritmo, mientras que otra que tiene relaciones sexuales ocasionales puede considerar que no necesita píldoras diarias. Del mismo modo, para una paciente que tiene

antecedentes de enfermedad pelviana inflamatoria no debería sugerirse un dispositivo intrauterino, y a una mujer menopáusica, fumadora e hipertensa no es ideal indicarle anticonceptivos orales. La alergia al cobre es una contraindicación para los DIU con cobre, como la alérgica a los espermicidas lo seria para las cremas anticonceptivas.

A. Factores inherentes a la pareja

- Edad
- Estilo de vida
- Frecuencia sexual
- Familia deseada
- Experiencia anticonceptiva previa
- Actitud femenina
- Actitud masculina

B. Factores de salud

- Estado de salud
- Historia menstrual
- Antecedentes obstétricos
- Exámen físico
- Exámen ginecológico

C. Factores generales

- Aceptación
- Efectividad
- Inocuidad
- Reversibilidad
- Costo
- *Practicidad.*

CAPITULO III: CLASIFICACIÓN DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Pasaremos ahora revista a los distintos procedimientos anticonceptivos y

al tratar cada uno de ellos haremos especial referencia a su indicación, mecanismo de acción, contraindicación, efectos secundarios y alteraciones en el ejercicio de la sexualidad que suelen presentar los matrimonios que los adoptan.

A. Métodos sin el empleo de medios.

- Método del ritmo
- Método de la temperatura (sintotérmico)
- Método de Billings
- Coito interrumpido
- Coitus reservatus
- Lactancia materna prolongada

B. Métodos con el empleo de medios

- Determinaciones hormonales
- Vigilancia ultrasónica del crecimiento del folículo

C. Métodos mecánicos o físicos

- Diafragma
- Condón o preservativo
- Preservativo femenino
- Dispositivos intrauterinos

D. Contracepción hormonal

1. En la mujer

- Inhibidores de la ovulación u ovulistáticos
- No ovulistáticos

2. En el hombre

- Inhibidores de la espermatogénesis

E. Métodos químicos

- Cremas, jaleas y espumas
- Tabletas y óvulos
- Esponjas

F. Métodos quirúrgicos

En el hombre: Vasectomía

En la mujer: Ligadura de Trompas de Falopio

G. Combinación de métodos anticonceptivos (mecánicos y químicos).[4]

3.1. MÉTODOS SIN EL EMPLEO DE MEDIOS

3.1.1. MÉTODO DEL RITMO O CALENDARIO. (Cálculos según Ogino y según Knaus)

Consiste fundamentalmente en evitar el coito los días presuntamente fértiles del ciclo femenino.

Si partimos de la base que el espermatozoide tiene capacidad fecundante por 72 a 96 horas, excepcionalmente pocas horas más. Y que el óvulo sólo lo es durante 24 a 36 horas, se considerará como período fecundable el que va desde los cinco días previos a los dos días posteriores a la fecha de la ovulación. El problema fundamental radica en poder determinar esa fecha de ovulación. Es menester que en los 12 meses anteriores a la institución del método, entre el ciclo más corto y el más largo no exista una diferencia superior a los 7 días. En la práctica se le restan 18 días al ciclo más corto y 11 días al ciclo más largo. Si, por ejemplo, el período más corto de la mujer en estudio fue de 26 días y el más largo de 31 días, tendremos: 26 - 18 = 8 31 – 11 = 20

Por lo tanto, el matrimonio deberá abstenerse de mantener relaciones sexuales entre el octavo y el vigésimo día de su ciclo. (Ogino).

Knaus llegó a la conclusión de que la ovulación, en mujeres sanas, se produce el día 15 anterior a la siguiente menstruación, y sugirió que la fase fértil era el intervalo entre los tres días antes de la ovulación hasta un día luego de !a misma.

Cabe consignar aquí que algunos matrimonios combinan los métodos de manera que en los días fértiles utilizan el que los protege, como por ejemplo el profiláctico.

---

[4]Jorge R. Gori, Antonio Lorusso, Ginecología de Gori. Capitulo 31 “Planificación Familiar”. 2da. Edición, Editorial el Ateneo. 2008, pp 553-555.

¿Cómo se utiliza?

- Con un calendario, marque la fecha de comienzo de la menstruación durante 6 meses.
- Mientras tanto, use otro método para no quedar embarazada (menos píldoras anticonceptivas)
- Luego tome el ciclo más largo por ejemplo 35 días y reste 11. Este es el último día fértil del ciclo.
- Luego tome el ciclo más corto por ejemplo 23 días y reste 17. Este el primer día fértil del ciclo.
- En este caso se debe evitar tener relaciones sexuales por vía vaginal los días 6 y 24 del ciclo.[5]

3.1.2. MÉTODO DE LA TEMPERATURA (SINTOTÉRMICO)

Consiste en la observación de la curva de la temperatura basal y la relación de los síntomas originados en los cambios del moco cervical.[6]

Luego de la ovulación, la temperatura del cuerpo aumenta por efecto de la hormona llamada progesterona. Por lo tanto debe abstenerse a tener relaciones sexuales vaginales hasta que no aumente la temperatura. La mujer debe tomarse la temperatura rectal por la mañana, antes de levantarse, siempre a la misma hora (el método no sirve cuando tiene fiebre, estrés, ausencia de menstruaciones o realiza trabajos nocturnos).

Debe cumplir abstinencia sexual desde el primer día de la menstruación hasta el tercer día de la elevación de la temperatura basal corporal (0.5 a 0.8 ºC) por acción de la progesterona.

3.1.3. MÉTODO DE LA OVULACIÓN (BILLINGS)

En la mujer normal la vagina se mantiene húmeda durante todo el ciclo.

Apenas termina la menstruación la mujer debe observar todos los días las

---

[5] Dreyer C, Discacciati, V, Bakalar Ka, Planificación Familiar. Programa de Educación de Medicina Familiar/Esteban Rubisntein, Buenos Aires: Hospital Italiano de Buenos Aires, 2007, pp 37-40.

[6] Jorge R. Gori, Antonio Lorusso, Ginecología de Gori. Capítulo 31 “Planificación Familiar”. 2da. Edición, Editorial el Ateneo. 2008, pp 556.

características del moco cervical (es la secreción o el flujo que se ve). Durante la ovulación el moco cervical cambia y se hace más transparente o más claro, acuoso y cristaliza en forma de hojas de helecho.

a. Debería abstenerse a tener relaciones sexuales durante el primer mes para conocer bien su moco cervical

b. No se debe tener relaciones sexuales vaginales durante la menstruación

c. Una vez terminada la menstruación, durante unos días no se percibe ninguna secreción; son los días secos. Aquí puede tener relaciones sexuales

d. Luego esa sequedad desaparece y comienza a humedecerse la vulva, humedad que va en aumento hasta hacerse visible al cabo de dos días aproximadamente, para volverse más fluida, abundante y elástica, semejante a la clara de huevo, en la proximidad de la ovulación, no tenga relaciones sexuales vaginales

e. Luego de la ovulación, el moco volverá a ser seco. Espere tres días de moco seco.

f. Tiene algunas dificultades porque el moco puede afectarse por duchas vaginales y medicamentos.[7]

¿Cómo se realiza?

Billings aconseja para una información correcta llevar un registro diario de observación, muy fácil de hacer, de esta manera se logra una muy pronta capacitación para conocer los días "secos" que preceden y siguen a la mucosidad vulvar. Para ello se prepara una planilla con casillas que corresponden a los días del mes y se emplean dos lápices marcadores de distinto color, por ejemplo rojo y verde. Se marcan en rojo los días menstruales, que varían según la duración del escurrimiento sanguíneo. Al término de la menstruación aparece la sequedad en el área vulvar, que durará varios días, y entonces las casillas se marcarán con el color verde;

[7] Julio Frenk Mora, Introducción a los métodos anticonceptivos. Información general. Segunda Edición. Noviembre 2002 ISBN 968-811-927-X, pp 18-20.

cuando aparece la secreción mucosa, se deja en blanco la casilla correspondiente, así como la de los días siguientes, en las cuales ésta continúa. El día en que la mucosidad es más apreciable, resbaladiza, es el momento cumbre; luego el moco se vuelve escaso y viscoso, entonces se marcará con una X el día que se considere cumbre, se dejan en blanco los tres siguientes y se marcan con color verde los restantes. A partir del momento en que aparece la menstruación se registrará un nuevo ciclo. Los días marcados en verde son infértiles y los dejados en blanco fértiles, o sea, los de abstinencia sexual. Cada ciclo tiene sus propias características. Conviene anotar el último coito efectuado antes de los días fértiles y el primero realizado en los días que le siguen.

3.1.4. EYACULACIÓN RETRÓGRADA

Este método se encuentra descripto en un texto oriental (Ming) y consiste en presionar fuertemente un punto situado entre el escroto y el ano cuando la eyaculación está próxima y realizar una fuerte inspiración. Hay referencias de que si se efectúa correctamente, el semen se deposita retrógradamente en la vejiga urinaria. Por ser referencia de la cultura oriental tiene valor histórico.

3.1.5. COITO INTERRUMPIDO

Es un método muy difundido y practicado por la población general. Consiste en retirar el pene de la vagina antes de iniciarse la eyaculación. El peligro está en que el esperma puede hallarse presente en pequeña cantidad en el líquido de pre eyaculación que se encuentra en el extremo del pene en erección. Cualquier movimiento de éste puede hacer que dicho escurrimiento se deposite en la vagina, con la consiguiente posibilidad de embarazo. Pero quizá la desventaja mayor del coito interrumpido son los trastornos emocionales que suele ocasionar cuando se lo utiliza en forma continua y prolongada. Si el coito perfecto implica abandono de sí mismo en pos de la entrega del ser querido, mal puede

existir ese abandono si el hombre debe estar controlando en qué momento se acerca la eyaculación para poder retirarse a tiempo y la mujer estar pendiente de que su compañero lo haga oportunamente. Esto es lo que algunos sexólogos denominan "coito dirigido", que lleva a un estado de tensión capaz de desembocar en impotencia en el hombre y frigidez en la mujer. Se comprueba a diario que muchas parejas que lo usan lo abandonan rápidamente cuando tienen acceso a información sobre otros métodos anticonceptivos.

3.1.6. COITUS RESERVATUS

También denominado unión física. Su difusión es muy escasa en los países occidentales. Se trata de una unión sexual sin eyaculación que, como es fácil comprender, produce trastornos urológicos funcionales en los hombres y psicosexuales en la pareja. No existen publicaciones sobre la proporción de fracasos en el coitus reservatus.

3.1.7. LACTANCIA MATERNA PROLONGADA

El método de amenorrea de la lactancia o MELA, es una opción anticonceptiva temporal para la mujer en el postparto. Para que el MELA sea eficaz, la mujer debe usarlo durante los primeros seis meses de postparto, estar amenorréica y estar amamantando plenamente o casi plenamente. Los estudios han demostrado que el MELA ofrece más del 98 por ciento de protección contra el embarazo siempre y cuando existan esas tres condiciones.

Para que la lactancia sea un método anticonceptivo eficaz, debe existir un estímulo continuo y sostenido sobre el pezón por parte del lactante.

La duración de esta infertilidad luego del parto varía de mujer a mujer

pero, como ya se señaló, se relaciona directamente con la calidad de la lactancia materna.

En la lactancia materna única, la ovulación se retrasa hasta el momento del destete, apareciendo entre 32 y 80 semanas después del parto (media de 48 semanas). Si la lactancia es parcial y/o la alimentación se cumple con biberón, la ovulación reaparece entre la 7a. y la 12a. semana luego del parto.

Tanto en los casos en que existe lactancia materna única como en aquellas en que la lactancia se hace con biberón, las madres deben considerarse infértiles durante las tres primeras semanas; luego se buscarán otros métodos naturales.[8]

3.2. MÉTODOS DE BARRERA

Los condones masculinos, condones femeninos, diafragmas, capuchones cervicouterinos y espermicidas son métodos de barrera para la anticoncepción.

Estos métodos actúan mediante el bloqueo físico de los espermatozoides y contribuyen a evitar algunas ITS. Todos los métodos de barrera dependen del cliente. Para que sean eficaces, deben usarse en forma correcta y sistemática. El uso correcto y sistemático requiere motivación, aptitud y con frecuencia, comunicación entre compañeros.

a. **Buenos candidatos para usar los métodos de barrera**(Mujeres u hombres):
   - Corren mayor riesgo de contraer ETS.
   - No pueden o no desean usar métodos hormonales.
   - Necesitan un método anticonceptivo de refuerzo.
   - Tienen relaciones sexuales infrecuentemente, especialmente los adultos jóvenes.
   - Desean un método que el usuario pueda controlar.

[8] Organización Mundial de la Salud. Mejorando el acceso a la calidad de atención en planificación familiar. Criterios de elegibilidad médica para el uso de anticonceptivos. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2005, pp 65-67.

- Que sea privado.

b. **Quién no debe usar los métodos de barrera**

- General:
  - No se recomienda generalmente en casos de alergia al látex o a los espermicidas
- Diafragma:
  - No se recomiendan para las mujeres con anormalidades anatómicas cervicales o vaginales durante las primeras seis semanas después del parto
  - No se recomienda para las mujeres: con historia de choque tóxico

Características generales de los métodos de barrera

Puntos fuertes:

- eficaces en la prevención del embarazo y algunas ETS cuando se usan sistemática y correctamente
- seguros
- no causan efectos sistémicos
- es fácil comenzar a usarlos o discontinuar su uso
- regreso inmediato de la fertilidad
- la mayoría de ellos no requieren visitas al consultorio

Puntos débiles:

- en uso típico no son tan eficaces como otros métodos
- puede ser difícil usarlos sistemática y correctamente
- pueden requerir la participación del compañero
- pueden interrumpir el acto sexual
- las barreras culturales pueden inhibir su uso
- se requiere almacenamiento adecuado y resuministro
- son costosos en algunos entornos

3.2.1. DIAFRAGMA

Es un dispositivo ideado para impedir que el esperma alcance el cérvix y por él llegue al tracto genital superior. Los diafragmas tienen la forma de una semiesfera, son de látex o de goma sintética, y el borde está constituido por un anillo metálico elástico que es el que finalmente abraza el cuello uterino. El diafragma se coloca con la cúpula hacia arriba o hacia abajo y cruzando diagonalmente la vagina se procurará ubicar el diámetro del anillo entre la parte posterior de la sínfisis pubiana y la cara anterior del sacro, además se le agrega una sustancia química capaz de inmovilizar al esperma en la vagina,

obtendremos de la combinación un método contraceptivo sumamente eficaz.[9]

a. Cómo se utiliza e indicaciones del diafragma.

Una vez que se ha realizado por parte de médico la historia clínica y el examen ginecológico y que no existe ninguna alteración que desaconseje su empleo. Se procede entonces a tomar las medidas con aros de diferente tamaño hasta encontrar el diámetro apropiado. Se debe seleccionar el diafragma más grande que se adapta con comodidad. Se explicará a la paciente, en la forma más sencilla posible, las maniobras necesarias para su colocación y posterior retiro.

Se le informa que la crema o jalea espermicida debe colocarse en ambas caras del diafragma y que es preciso constatar la buena colocación de éste. A algunas mujeres les resulta mejor colocárselo estando acostadas en decúbito dorsal, con las piernas entreabiertas; otras lo logran más fácilmente en la posición de pie, con una pierna apoyada sobre un taburete, y por fin otras lo hacen en cuclillas, entreabriendo con una mano los labios vulvares, mientras que con la otra pliegan el diafragma dándole forma elíptica e introduciéndolo en la vagina, luego con el dedo medio lo ubican en su posición trabándolo en el retro pubis y controlando si el cuello está cubierto por el látex. Para retirarlo se introduce el dedo medio y se busca el borde superior del anillo en el retro pubis; se engancha el borde y descendiéndolo un poco se lo extrae.

NOTA: el diafragma no debe permanecer en la vagina más de 24 horas continuadas y que es conveniente no retirarlo antes de las 6 horas posteriores al coito.

---

[9] Derek Llewellyn Jones- Ginecología y Obstetricia. Séptima Edición. Impresiones Harcourt. España. 2006, pp 137, 138.

3.2.2. PRESERVATIVO O CONDÓN MASCULINO

Es una funda o vaina de látex que se ajusta sobre el pene.

La industria moderna ha creado un verdadero "mercado de lujo" de los preservativos de látex que se comercializan en grandes cantidades por su bajo costo. Se fabrican modelos secos o lubricados con siliconas o bien con sustancias espermicidas como el nonoxinol o cloruro de benzalconio.

a. Indicaciones de cómo utilizar el condón:

1) Utilizar un condón en toda relación sexual.

2) Colocarlo antes de comenzar el coito y con el pene erecto.

3) Dejar un espacio en el extremo del condón para contener el semen.

4) Desenrrollarlo hasta la base del pene.

Condón de látex enrollado

5) Si se rompe el condón durante el coito, retirar el pene y colocar otro.

6) Luego de eyacular, retirar el pene erecto y sostener el borde del condón para que no se salga.

7) Utilizar un condón nuevo (desechar el usado) cada vez que se tengan relaciones sexuales.

8) Si es necesario emplear un lubricante.

b. Causas de falla del método.

- La deficiente colocación, las roturas y el hecho de que pueda quedar suelto en la vagina una vez terminado el coito son los motivos principales de falla.
- A veces es rechazado porque perturba la sensibilidad.
- Mal uso de este método: al hombre le resulta difícil suspender el juego amoroso para proceder a su colocación introduce el pene en la vagina sin profiláctico, posponiendo aquella hasta el último

momento; en estos casos la pérdida insensible del líquido de pre eyaculación, a que hicimos referencia al comentar el coito interrumpido, se constituye en una de las razones de la falla del método.

- El preservativo raramente ocasiona procesos inflamatorios en los genitales externos, por eso alguna mujer que se queja de ardor o de irritación vulvar puede estar expresando un rechazo al método (orgasmo incompleto), digno de tenerse en cuenta.

3.2.3. PRESERVATIVO FEMENINO

Se trata de una vaina flexible de poliuretano auto-lubricado que se ajusta a las paredes de la vagina. Posee dos anillos flexibles: uno interno, usado para su inserción y retención a modo de diafragma, que mantiene al preservativo femenino en posición adecuada, y otro anillo externo que se ubica sobre los labios y que permanece fuera de la vagina protegiendo los genitales externo durante el coito. Por tratarse de un preservativo femenino permite la posibilidad de que la misma mujer lo cuide, aunque requiere un adiestramiento para su colocación.[10]

3.2.4. DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS (DIU)

T DE COBRE (DIU)

Los dispositivos intrauterinos (DIU) que existen actualmente son muy seguros y se encuentran entre las opciones anticonceptivas más eficaces disponibles. El DIU que se usa frecuentemente es la TCu380A de cobre.

Es un anticonceptivo fabricado de polietileno en forma de T, con 2 brazos horizontales flexibles. Posee alrededor suyo alambre de

[10] Planificación familiar, Métodos de Barrera OMS, 2007, pp 80-85.

cobre con una superficie de 380 mm_2. Se lo inserta por vía vaginal a través del cérvix y se lo coloca a nivel del fondo del útero. Este procedimiento lo debe realizar un proveedor calificado.

Posee 2 hilos guía también de polietileno que queda a nivel de vagina para su control y su extracción. Su uso puede ser por 10 años.

El mecanismo de acción principal de la TCu380A y de otros DIU es provocar una reacción inflamatoria endometrial que impide el paso de los espermatozoides. Los DIU con cobre provocan al mismo tiempo una disociación constante de iones de cobre que actúan alterando la migración espermática por inhibición del metabolismo de los espermatozoides.

DIU CON LEVONORGESTREL

Método anticonceptivo de polietileno en forma de T, con la capacidad de liberar en forma continúa un componente hormonal (levonorgestrel 20ug/día). Igual que en el DIU-Cu, dos hilos se unen al extremo que queda cerca al orificio cervical externo.

Su uso puede ser por 5 años

Son aquellos en los que se incorporan gestágenos en su estructura.

En conclusión, podemos decir que los DIU inertes cumplen una función antiinflamatoria, mientras que los bioactivos actúan como pre conceptivos. Los DIU con gestágenos poseen una acción local sobre el endometrio, manteniéndolo en un estado desfavorable para la implantación, e inducen modificaciones en el moco cervical haciéndolo difícil de penetrar. Hillier y Kasonde (1975) demostraron el aumento de prostaglandinas endometriales. Lo cual explicaría un aumento de la actividad contráctil del útero que podría interferir tanto en la fertilización como en la fecundación.

Rutina clínica para la colocación del DIU.

La colocación de un DIU es un acto o práctica médica que debe estar a cargo de un especialista. Se lo debe colocar en los últimos días de una menstruación normal, pues en estas condiciones se asegura que la mujer no está embarazada, el sangrado que determina su inserción pasa inadvertido al mezclarse con la menstruación, y el cuello se encuentra dilatado facilitando su inserción.

Eficacia y confiabilidad.

Son algo más eficaces que el diafragma o el preservativo, pero menos que los productos hormonales (sobre todo los de acción anovulatoria). Sin embargo, su ventaja radica en el hecho de no demandar más cuidado que el control periódico, de obviar la preocupación de posibles olvidos y sus consecuencias, como ocurre con los anovulatorios, y de no interferir con el libre juego amoroso, como sucede con la colocación del preservativo y a veces del diafragma (ya que este último puede ser aplicado poco antes del coito).

Indicaciones:

- Anticoncepción a largo plazo, duradera, muy efectiva, el DIU dura 10 años:
- Mujeres que han tenido hijos.
- En mujeres que no han tenido hijos.
- Mujeres en puerperio postparto mayor de 4 semanas, con lactancia exclusiva o parcial
- Mujeres post aborto inmediato sin infección.
- Mujeres de cualquier edad, incluyendo adolescentes y mujeres de más de 35 años.
- Mujeres que fuman.
- Mujeres que padezcan de cualquier enfermedad sistémica que no afecten la coagulación.
- Anticoncepción intrauterina de emergencia.

Contraindicaciones:

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

Complicaciones.

Las complicaciones más comunes son:

- Perforación uterina
- Enfermedad pelviana inflamatoria.
- El aborto séptico.

Seguimiento de la portadora del DIU. Los desplazamientos y la visualización del DIU en el canal cervical son posibles en los primeros días, por lo que debe efectuarse un control clínico. La anamnesis y el examen ginecológico completo y cuidadoso determinarán la existencia o no de signos y síntomas, como dolor, metrorragia, dispareunía, enfermedad pelviana inflamatoria, etc. El control al mes ratificará o no la evolución normal y a continuación se aconsejará un control semestral para el diagnóstico de eventuales complicaciones. Por lo general, la extracción del DIU no presenta dificultades y se lleva a cabo traccionando de los hilos del dispositivo.

3.3. MÉTODOS QUÍMICOS

Se trata de diversas sustancias que se colocan en la vagina antes del coito y que poseen efecto espermicida con toxicidad

local escasa o nula. Son sustancias surfactantes que actúan por contacto sobre la superficie del espermatozoide. Se presentan en varias formas farmacéuticas. Cremas, jaleas, espumas, esponjas, tabletas, óvulos, etc.

Los espermicidas más empleados son el nonoxinol-9 y el cloruro de benzalconio, y en menor medida el octoxynol y el mefengol.

3.3.1. Aerosoles. Son pastas o cremas comprimidas en tubos que contienen un gas como el freón y dotados de válvula dosificada.

3.3.2. Productos entubados (cremas, pastas, jaleas). Vienen envasados en tubos de plástico o de metales blandos con cierre de rosca. Para usarlo se agrega un tubo aplicador dosificador a fin de depositar en la vagina la cantidad apropiada.

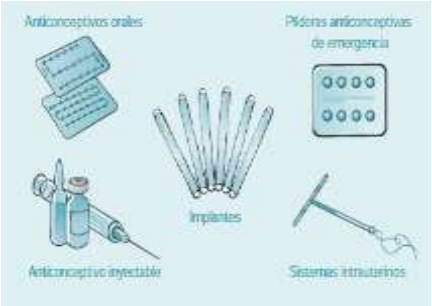
3.3.3. Esponjas vaginales. Son esponjas de poliuretano impregnadas en nonoxinol o en cloruro de benzalconio que liberan el espermicida en el medio vaginal. Se colocan como un tampón y pueden retirarlos con facilidad por medio de un hilo tractor.

3.3.4. Tabletas (tabletas de espuma). Al ser introducidas en un medio húmedo forman una espuma que libera la actividad espermicida.

3.3.5. Supositorios vaginales. Hechos a base de gelatina y glicerina, llevan incorporados una sustancia espermicida que se libera al derretirse el supositorio con la temperatura del cuerpo. La eficacia es mucho mayor si se usan combinados con un diafragma o un preservativo.

Las tabletas, óvulos y supositorios deben colocarse en la vagina de 5 a 10 minutos antes del coito.

La confiablidad de los contraceptivos químicos de uso vaginal depende de la acción espermicida de la sustancia empleada. La tolerancia es buena; son raras las molestias por irritación local (colpitis).



3.4. MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS HORMONALES

Los métodos anticonceptivos hormonales

son sumamente eficaces, aunque algunos requieren uso correcto y sistemático por parte de las mujeres. También son seguros. Sin embargo, dado que las hormonas pueden tener efectos en diversos sistemas del cuerpo, se debe prestar atención especial a los efectos secundarios y a las cuestiones de seguridad.

MECANISMOS DE ACCIÓN

Todos los tipos de anticonceptivos hormonales previenen el embarazo mediante dos mecanismos principales. La inhibición total o parcial de la ovulación es uno de los mecanismos de acción. Las hormonas que contienen estos anticonceptivos actúan en el cerebro. Hacen que el hipotálamo y la glándula pituitaria reduzcan la producción de las hormonas necesarias para el desarrollo folicular y la ovulación. Los anticonceptivos combinados orales e inyectables y los inyectables sólo de progestina inhiben sistemáticamente la ovulación.

CLASIFICACIÓN DE LOS ANTICONCEPTIVOS HORMONALES

1. Anticonceptivos por vía oral continuada
    a. Monofásicos
    b. Trifásicos
    c. Secuenciales
    d. Píldora postcoito
    e. Minipíldora
2. Anticonceptivos inyectables
3. Anticonceptivos intracorporales
    a. Implantes de Norplant
    b. Implantes biodegradables
    c. Microesferas y microcápsulas
    d. Anillos vaginales con progestágenos
4. Parches

3.4.1. ANTICONCEPTIVOS ORALES COMBINADOS

a. Preparados monofásicos.

Están constituidos por estrógenos y gestágenos. Uno de los primeros

preparados comercializados contenía acetato de norestisterona 4 mg y 0,05 mg de etinilestradiol.

En las formas combinadas los envases constan en general, de 21 comprimidos que poseen cada uno estrógeno y gestágeno. Para simplificar la administración algunos envases llevan 28 comprimidos, de los cuales 7 son de placebo.

El estrógeno utilizado como anticonceptivo es el etinilestradiol, En la actualidad existen preparaciones de 0,020 mg de etinilestradiol para disminuir los efectos secundarios, que es lograr el efecto deseado con la menor dosis posible de estrógenos.

Entre los progestágenos cabe mencionar el acetato de norestisterona, el norgestrel, el desogestrel, el diacetato de etinodiol y actualmente el gestodeno y el norgestimato.

La última preparación hormonal combinada monofásica consiste en la combinación de gestodeno con etinilestradiol.

b. Preparados trifásicos.

Se componen de:

1) Una fase pos menstrual de 6 días con las dosis más bajas de estrógeno y gestágeno

2) Una fase periovulatoria con una duración de 5 días que contiene un leve aumento en el porcentaje de estrógeno y gestágeno

3) Una fase lútea de 10 días con menor dosis de estrógeno y un aumento del gestágeno.

c. Preparados secuenciales. Se denomina secuencial al tratamiento por el cual en la primera fase se administra estrógeno y en la

segunda gestágeno.

La seguridad de los preparados secuenciales es menor que la de los preparados monofásicos; cuando se indican deben respetarse los horarios de la ingesta por el riesgo del embarazo. La tolerancia es buena ya que los efectos secundarios como trastornos gástricos, mastalgia, aumento de peso, son menores que con los combinados o monofásicos. No producen disminución del sangrado menstrual.

d. Minipíldora. Se utilizan los gestágenos en dosis pequeñas y continuadas aun durante la menstruación. El compuesto más utilizado es el linestrenol de 0,5 mg.

La eficacia anticonceptiva deriva principalmente de la acción sobre el moco cervical (hostilidad cervical). El endometrio es afectado por la acción progestacional. Se ha señalado, al observarse la supresión del pico de LH y la ausencia de incremento subsecuente de progesteronas, que la ovulación y la formación de cuerpo lúteo son inhibidas en aproximadamente el 70% de los casos.

Ventajas. Se la puede utilizar durante la lactancia y la tolerancia es buena.

Desventajas. En un grupo reducido de mujeres puede producirse disminución de la lactancia o alteraciones del ciclo menstrual. Como único método anticonceptivo es menos eficaz que los anovulatorios.[11]

Inicio del anticonceptivo oral combinado

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.

2. Si se perdió esta oportunidad de inicio, lo puede hacer:

- Después de los 5 primeros días de haber iniciado la menstruación,

[11] Jorge R. Gori, Antonio Lorusso, Ginecología de Gori. Capítulo 31, Planificación Familiar. 2da. Edición, Editorial el Ateneo. 2008, pp 566, 567.

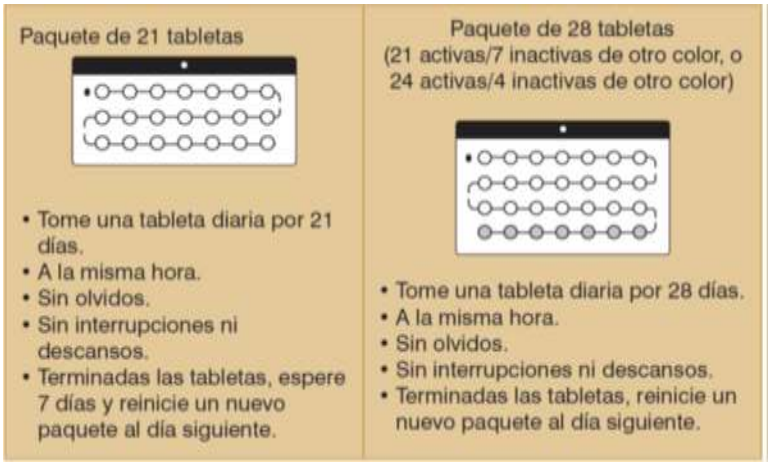
ausencia de embarazo). Adicionar condón durante 7 días.

- Inmediatamente del post aborto.
- Inmediatamente del retiro de un DIU.
- Inmediatamente de la administración de Anticoncepción de Emergencia (a las 24 horas)
- A los 21 días luego del post parto, si no está dando de lactar.
- A las seis semanas luego del post parto, si la lactancia es parcial.
- 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 ausencia de embarazo) e indicar el uso de condón por 7 días como respaldo.

EXPLIQUE LA FORMA DE USO DEL ANTICONCEPTIVO ORAL COMBINADO

1. 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.



2. 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.

3. 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).

LOS EFECTOS SECUNDARIOS DEL USO DE ANTICONCEPTIVOS ORALES COMBINADOS:

- ✓ La mayoría de mujeres no presentan efectos molestos.
- ✓ 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.

EN CASO DE OLVIDO EN LA TOMA DEL ANTICONCEPTIVO ORAL COMBINADO

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.

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 21 tabletas) o que descarte las 7 últimas tabletas (si tiene 28 tabletas) e inicie un nuevo paquete inmediatamente.

Si olvidó una tableta o más no activa (en el caso de paquetes de 28 tabletas):

- Descarte la tableta/s no activa/s que olvidó tomar.

- Indique que continúe tomando el paquete normalmente hasta terminarlo.[12]

3.4.3. PÍLDORA DE EMERGENCIA (PAE)

La píldora anticonceptiva de emergencia o comúnmente llamada "píldora del día después" es un método de emergencia y no se puede utilizar como método anticonceptivo habitual.

Debe ser usada tras el fallo del método habitual o después de practicar el coito sin protección, permitiendo evitar el embarazo no deseado. La píldora de emergencia se comercializa en envases mono dosis de uno o dos comprimidos. Deben tomarse el o los dos comprimidos juntos lo antes posible tras el coito desprotegido. Siempre en un plazo máximo de 72 horas.

La máxima eficacia se consigue cuanto antes se tome el o los comprimidos, llegando al 95% si se han tomado en las primeras 24 h. La píldora del día después evita el embarazo antes de que éste se haya producido. No actúa si ya estás embarazada. NO ES ABORTIVA.[13]

a. Las PAE son apropiadas en muchas situaciones

Las PAE pueden utilizarse toda vez que la mujer esté preocupada por la posibilidad de quedar embarazada. Por ejemplo, después de:

- Sexo forzado (violación) o coaccionado
- Todo sexo sin protección

Errores en la anticoncepción, tales como:

- Se utilizó incorrectamente el condón, éste se salió o rompió
- La pareja utilizó incorrectamente un método de observación de la fertilidad (por ejemplo, omitió abstenerse o usar otro método durante los días fértiles)
- El hombre no se retiró, como estaba previsto, antes de eyacular
- La mujer omitió 3 o más píldoras anticonceptivas orales

[12] Norma y Protocolo de Planificación Familiar, MSP. Proceso de Normatización del SNS. CONASA. 2010, pp 48-52.
[13] Orientación en Planificación Familiar. PAE. OMS. 2010, pp 45.

combinadas, o comenzó un nuevo paquete con 3 o más días de demora

- El DIU se salió de sitio
- La mujer tiene 2 semanas o más de demora en la inyección de repetición que contiene sólo progestina, o más de 7 días de demora en la inyección de repetición mensual

b. Efectos Colaterales

Algunas usuarias relatan:

- Cambios en los patrones de sangrado, incluyendo:
- Leve sangrado irregular durante 1–2 días después de tomar PAE
- Menstruación que comienza antes o más tarde de lo esperado

En la semana después de tomar PAE:

- Náusea.
- Dolor abdominal.
- Fatiga.
- Cefalea
- Dolor mamario
- Mareo.
- Vómito.

3.4.4. ANTICONCEPTIVOS INYECTABLES

a. INYECCIÓN MENSUAL.

Consiste en la administración mensual de estrógenos y gestágenos de depósito que inhiben la ovulación. Una forma inyectable se basa en la aplicación el día 8 del ciclo menstrual. Asocia acetofenida de hidroxiprogesterona 150 mg y enantato de estradiol 10 mg (Perlutal) o bien enantato de norestisterona 50 mg y valerianato de estradiol 5 mg (Mesygina).

Se administra del primero al quinto día del ciclo y cada 30 días aproximadamente (27-33 días) las inyecciones intramusculares subsiguientes. La eficacia en ambos preparados es alta, con un índice de Pearl de 0,08. Las contraindicaciones y efectos adversos no difieren de los anticonceptivos orales.

Ventajas. La aplicación única mensual.

Desventajas. La vía de administración más molesta y la frecuencia de las

alteraciones del ciclo menstrual.[14]

b. INYECCIÓN TRIMESTRAL.

La administración de 150 mg de acetato de medroxiprogesterona inhibe la ovulación durante tres meses. La aplicación es intramuscular cada tres meses. En el puerperio se administra a las cuatro semanas del parto, y luego de un aborto al quinto día.

3.4.5. ANTICONCEPTIVOS INTRA- EXTRA CORPORALES (IMPLANTES Y PARCHES)

a. IMPLANTES SUBDÉRMICOS

Consiste en la inserción por parte del médico(a) de una o dos varillas bajo la piel del brazo, que gradualmente liberan pequeñas cantidades de hormona. Actúa durante 3 ó 5 años, dependiendo del tipo de implante, impidiendo la ovulación.

Se trata de una varilla flexible del tamaño de un cerillo, que se coloca debajo de la piel de la parte superior del brazo. A menudo se conoce por su nombre comercial, Implanon. La varilla libera progestina, que causa cambios en el recubrimiento del útero y en el moco cervical para impedir que los espermatozoides se unan a un óvulo. Menos frecuentemente, impide que los ovarios liberen óvulos. Es efectiva hasta por cinco años.[15]

b. PARCHE

También se conoce por su nombre comercial, OrthoEvra, este parche cutáneo se coloca sobre la parte inferior del abdomen, las nalgas, la parte externa del brazo o la parte superior del cuerpo. El parche libera las hormonas progestina y estrógeno al torrente sanguíneo, lo que en la mayoría de las mujeres evita que

[14] Cabero R. Luis, Tratado de Ginecología, Obstetricia y Medicina de la Reproducción, Tomo 1: Editorial Panamericana, Madrid España, 2008, pp 223-225.
[15] Erick Montenegro P. Implantes Anticonceptivos.vol. 19 no. 2005, pp 31-35.

los ovarios liberen óvulos. También espesa el moco cervical, lo que impide que los espermatozoides se unan al óvulo. Usted debe colocar un parche nuevo cada semana durante tres semanas. No utilice un parche en la cuarta semana para tener el periodo.[16]

FORMA DE USO DEL PARCHE

1. Muestre a la usuaria el paquete de parches que se va a colocar y explique la forma en que tiene que utilizarse según la opción disponible.
2. La presentación del parche transdérmico semanal, Etinil estradiol 600 mcg + Norelgestromina (NGMN) 6 mg, viene en grupos de 3 parches (uno para cada semana).
3. Retire el parche de su empaque y despegue la capa posterior sin tocar la superficie adhesiva.
4. Coloque el parche en un lugar limpio y seco en cualquiera de los siguientes lugares: parte superior externa del brazo, espalda, estómago, abdomen o nalgas. Evite la colocación en las mamas o su cercanía.
5. Aplique la parte adhesiva del parche contra la piel durante 10 segundos.
6. Deslice el dedo a lo largo del borde para asegurar que el parche esté bien adherido.
7. El parche no se despegará incluso durante el trabajo, ejercicio, natación o baño.

CAMBIO DE PARCHE

- Debe aplicarse un nuevo parche cada semana por 3 semanas seguidas. Hágalo el mismo día siempre.
- No se coloque el nuevo parche en el mismo lugar donde estaba el parche anterior.
- Durante la cuarta semana no se coloque el parche y probablemente la menstruación se presente esa semana.
- No deben pasar más de 7 días sin que use el parche

EN CASO DE OLVIDO DE LA APLICACIÓN DE LOS PARCHES:

Si olvidó la aplicación durante la primera semana:

[16] Planificación Familiar, Un Manual Mundial Para Proveedores, OMS, 2007, pp 101-104.

- Aplique un nuevo parche lo antes posible.
- Registre este día de la semana como el NUEVO día de cambio de parche.
- Utilice un método de respaldo (preservativo o abstinencia) los 7 primeros días.
- Si el retraso fue con 3 o más días y tuvo relaciones sin protección adicional dentro de esos días, utilice Anticoncepción de Emergencia.
- Si olvidó la aplicación durante la segunda o tercera semana:
- Si el atraso es menor a las 48 horas, aplique un nuevo parche cuanto antes, no necesita un método de respaldo
- Si el atraso es mayor a las 48 horas, interrumpa el ciclo actual y comience uno nuevo de 3 parches aplicando un nuevo parche inmediatamente.
- Registre este día de la semana como el nuevo día de cambio de parche
- Use un método de respaldo los primeros 7 días.[17]

MODO DE ADMINISTRACIÓN Y EFECTOS SECUNDARIOS DE LOS ANTICONCEPTIVOS HORMONALES

Modo de administración

Las recomendaciones son las siguientes:

1) La píldora debe ingerirse por la noche entre el primero y el quinto día del ciclo, dentro de lo factible sin grandes diferencias horarias. Si la mujer ha olvidado la toma puede hacerlo a la mañana siguiente. La seguridad se ve comprometida si hay diferencia de más de 36 horas entre dos tomas.

2) Terminado el envase se espera la menstruación y se comienza al quinto día de iniciada ésta. Otra posibilidad es hacer una pausa de siete días luego del empleo de las píldoras y al 8º día comenzar nuevamente.

3) Si al terminar la ingestión de un ciclo no hay menstruación debe comenzarse con otro ciclo excepto si se olvidó alguna toma; en este caso hay que descartar la posibilidad de un embarazo.

4) La minipíldora se comienza el primer día del ciclo y se administra en forma ininterrumpida mientras se quiera postergar un embarazo.

5) El inyectable mensual se administra el día 5º o el 8º del ciclo, dependiendo

[17] Protocolo de Planificación Familiar, SNS. CONASA. MSP. 2010, pp 60.

del preparado.

6) Los anticonceptivos hormonales, si no hay complicaciones, se pueden administrar sin períodos de descanso.

Efectos secundarios

Tanto los estrógenos como los progestágenos son en general sustancias seguras desde el punto de vista toxicológico. Pero por ser muy activos fisiológica y farmacológicamente, producen efectos demostrables, químicos y morfológicos, en muchos sistemas del organismo.

Entre tales efectos deben mencionarse:

- Náusea.
- Acidez
- Molestias gástricas
- Cefalea
- Tufaradas de calor
- Cambio en el libido
- Trastornos del sueño
- Alteraciones del peso corporal
- Irritabilidad
- Tensión mamaria
- Modificaciones en la pigmentación de la piel, cloasma
- Estados depresivos

Riesgo de enfermedades vasculares. Fueron varias las publicaciones en los últimos años que encontraron relación entre enfermedades vasculares (infarto de miocardio) y el consumo de anticonceptivos hormonales).

El aumento de colesterol es un factor de riesgo para las enfermedades cardiovasculares.

Hay situaciones o enfermedades que contraindican el embarazo. En tales casos es conveniente indicar la anticoncepción, que estará en relación con la posibilidad de remisión de la situación y la probabilidad de comprometer la salud de la madre y de su hijo. Ejemplos:

1. Nefropatía crónica con compromiso de la función renal.
2. Hepatopatía con lesión anatómica.
3. Cardiopatía grave.
4. Hipertensión severa.
5. Otoesclerosis
6. Glaucoma.

7. Colagenopatías.
8. Enfermedad neurológica.
9. Algunas neoplasias.
10. Parejas en las que se haya diagnosticado un alto riesgo de enfermedad genética grave para la descendencia.
11. Enfermedad de transmisión sexual.
12. Enfermedad pélvica inflamatoria.
13. Trastornos psíquicos graves.

CONTRAINDICACIONES Y PRECAUCIONES

- **Contraindicaciones**
    - Cáncer de mama.
    - Cáncer genital.
    - Insuficiencia hepática.
- **Historia o evidencia de:**
    - Embolia pulmonar.
    - Accidente cerebrovascular.
    - Cardiopatía reumática.
    - Várices severas.
    - Enfermedad cardiovascular diabética.
    - Hipertensión con insuficiencia cardíaca.
    - Cáncer genito-mamario.
    - Hiperlipidemia congénita.

Precauciones

1. Edad mayor de 40 años
2. Edad mayor de 35 años si fuma
3. Edad mayor de 30 años si fuma y es hipertensa
4. Hipertensión arterial
5. Nefropatías crónicas
6. Antecedentes de preeclampsia grave
7. Epilepsia
8. Migraña

9. Esclerosis en placas
10. Historia de amenorrea, menarca tardía en nulíparas (anovulación crónica)
11. Diabetes mellitus sin complicaciones vasculares
12. Colecistopatías
13. Enterocolopatías crónicas
14. Tendencia a depresión
15. Uso de psicofármacos, ampicilina y similares
16. Otoesclerosis
17. Obesidad.[18]

INDICACIONES PARA INTERRUMPIR LA ANTICONCEPCIÓN

1. Sospecha de embarazo.
2. Trastornos tromboembólicos (tromboflebitis, embolia pulmonar, isquemia de miocardio, trastornos cerebrovasculares, trombosis mesentérica, trombosis retiniana).
3. Cefalea severa de origen desconocido.
4. Migraña severa.
5. Epilepsia que se agrava.
6. Esclerosis en placas que se agrava.
7. Desarrollo de ictericia
8. Depresión
9. Hipertensión arterial
10. Intervención quirúrgica no urgente.[19]

3.5. MÉTODOS QUIRÚRGICOS

Consiste en realizar procedimientos tendientes a anular en forma definitiva la capacidad de procrear.

En algunos casos esta facultad puede recuperarse, pero la reversibilidad

---

[18] Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para los usos de Anticonceptivos. Segunda Edición. OMS. 2005, pp 76-80.

[19] Jorge R. Gori, Antonio Lorusso. Ginecología de Gori. Capítulo 31, Planificación Familiar. 2da. Edición. Editorial el Ateneo. 2008, pp 568-571.

de la situación es excepcional y poco previsible; además constituye un grave riesgo para la salud psicofísica de la pareja.

3.5.1. ESTERILIZACIÓN EN LA MUJER

De acuerdo con la modalidad operativa, la anticoncepción quirúrgica sobre las trompas puede ser:

a) A cielo abierto (microlaparotomía).

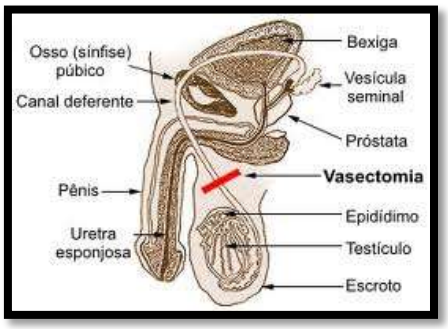
b) Por laparoscopia.

Estas últimas son las más utilizadas.

Los anillos de Silaslic se colocan en el tercio proximal (unión istmoampular). Se asocia o no a la sección de un fragmento de trompas, según que la finalidad sea lograr una esterilidad permanente o reversible. La colocación de clips de poli acetilo, que ocluyen la trompa, constituye una práctica menos segura pero más fácilmente reversible. Deberá explicarse la morbilidad intra y posoperatoria que el método conlleva como toda cirugía y contemplarse los aspectos médico-legales. En nuestro país, el Código Penal lo contempla como un delito.

La transposición, que consiste en trasladar el ovario o la trompa a una zona vecina (con lo cual se impide la fecundación pero conservando la acción biológica) y la oclusión tubaria por microcirugía, no han tenido gran difusión.

3.5.2. ESTERILIZACIÓN EN EL HOMBRE (VASECTOMÍA)



En los últimos años, la esterilización masculina (vasectomía) ha sido realizada en escala creciente en algunos lugares; en la India se calcula que son más de 8 millones los hombres sometidos a este procedimiento, y en áreas urbanas de los EE.UU., más de 1 de cada 6 hombres casados han sido sometidos a esterilización.

En nuestro país no es un método tan difundido.

La vasectomía es una operación simple y rápida que puede realizarse sin internación y luego de la cual el paciente puede reintegrarse rápidamente a sus tareas.

Lista intervención puede asociarse a las siguientes eventualidades:

- Complicaciones a mediano o largo plazo, como infección secundaria, orquitis y epididimitis, preferentemente en hombres con antecedentes de infección previa.
- Quemazón de la piel del escroto, a veces propagada a la región abdominal, que desaparece en algunas semanas pero sobre la cual debe informarse previamente al paciente.
- La re anastomosis espontánea puede ocurrir en algunos casos, dependiendo de la técnica y del operador.
- Por otra parte, y aunque no es una operación reversible, los avances en la técnica quirúrgica han permitido tener éxitos en la re anastomosis.
- Si bien un alto porcentaje de pacientes se muestran satisfechos por la intervención, pueden desarrollarse efectos secundarios de tipo psicológico o emocional en hombres vasectomizados o esterilizados quirúrgicamente. Tales conflictos pueden relacionarse con la intervención o bien con trastornos psicológicos previos.[20]

Eficacia: 99,9 %

Es un método quirúrgico de esterilización para hombres que están seguros de no querer tener hijos.[21]

---

[20] Bernal-Delgado E, Latour-Pérez J. The association between vasectomy. FertilSteril. 2007, pp 61-63.

[21] American College of Obstetricians and Gynecologists. Washington, DC: ACOG; 2005, pp151.

METODOLOGÍA

1. **Tipo de Estudio.**

La investigación es de tipo descriptiva, transversal.

2. **Universo.**

El universo lo constituyeron las mujeres en edad fértil que residen en el Barrio “San Vicente Alto”.

3. **Muestra.**

Lo conformaron 62 mujeres que están dentro de la edad fértil según la OMS.

- **Criterios de Inclusión.**
  - Mujeres en edad comprendida desde 10 años hasta 49 años (OMS) que habitan actualmente en el Barrio “San Vicente Alto”.
  - Los que deseen participar en el estudio.

- **Criterios de Exclusión.**
  - Mujeres de 10 a 49 años con alguna incapacidad física o mental que impida contestar la entrevista.
  - Mujeres menores de 10 años y mayores de 49 años.
  - Mujeres que no deseen participar en el proceso de investigación.

4. **Método e instrumento de recolección de Datos**

El método que se utilizó, es el analítico, aplicándolo a la investigación descriptiva, para realizar esta investigación se recurrió a las fuentes:

- Fuentes Primarias.- el instrumento de la investigación fue la entrevista guiada a través de un formulario de preguntas previamente elaborado.

- Fuentes secundarias.- se realizó la revisión bibliográfica del tema propuesto, con el fin de fundamentar teóricamente la presente investigación, mediante: Libros, Revistas científicas, artículos de internet, etc.

Procedimiento y Análisis de Datos

- Una vez obtenida la pertinencia del presente tema de tesis, se solicitó ayuda al Presidente Barrial y policía Comunitario, para informar a las usuarias sobre el desarrollo del presente estudio, contando con el apoyo de los mismos para tal propósito.
- Se aplicó una entrevista dirigida a las usuarias, en donde se incluyó la información sobre métodos anticonceptivos y planificación familiar, a través de un formulario de preguntas, previamente validada.
- Se reunió a las usuarias en edad fértil con ayuda del presidente barrial y policía comunitario donde se dio una conferencia sobre métodos anticonceptivos y planificación familiar.
- Una vez recopilada la información se procedió a su organización, análisis e interpretación.
- Finalmente, se tabularon los datos obtenidos y se elaboraron tablas y/o gráficos, para su lectura y representación, utilizando programas informáticos, como Excel y/o Power Point, realizando posteriormente la discusión, las conclusiones y recomendaciones correspondientes.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

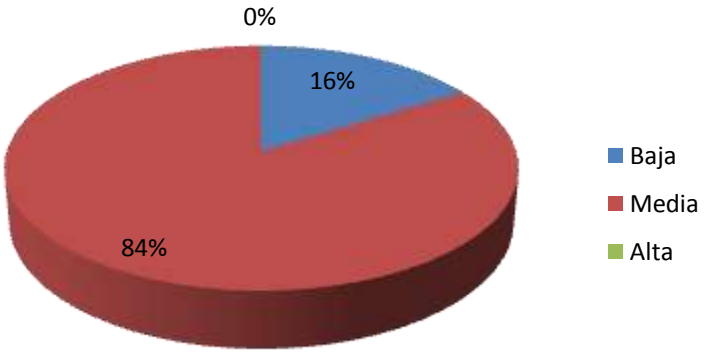
ANÁLISIS DE RESULTADOS

TABLA Nro. 1. Clase social de las usuarias en edad fértil.

Clase social	*f*	*%*
Baja	10	16
Media	52	84
Alta	0	0
Total	***62***	***100%***

Fuente: Entrevista

Elaboración: Carlos Guzmán Ojeda



De 62 usuarias, 52 casos (84%) es de clase social media, 10 casos (16%) es de clase social baja.

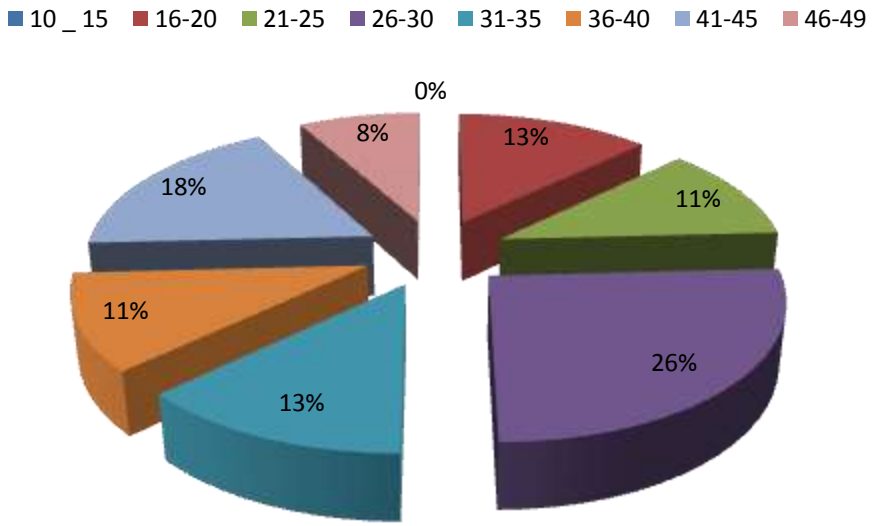
TABLA Nro. 2. Edad de las usuarias en edad fértil.

Años	*f*	*%*
10 -15	0	0
16 - 20	8	13
21 -25	7	11
26 - 30	16	26
31 -35	8	13

36 - 40	7	11
41 - 45	11	18
46 - 49	5	8
Total	***62***	***100***

Fuente: Entrevista

Elaboración: Carlos Guzmán Ojeda



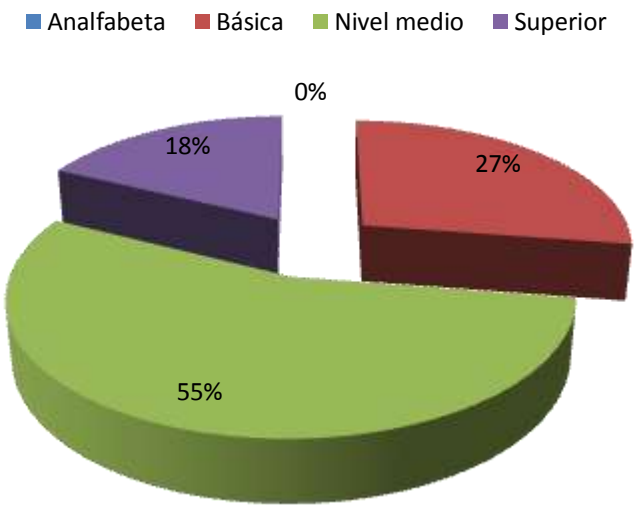
Se puede identificar, que 16 casos (26%) están en el rango de edad de 26 a 30 años y 11 casos (18%) están en el rango de 41-45 entre los porcentajes más altos, demostrando que la mayoría son mujeres jóvenes, con un periodo fértil activo.

TABLA Nro. 3. Nivel de instrucción de las usuarias en edad fértil.

Nivel de instrucción	***f***	***%***
Analfabeta	0	0
Básica	17	27
Nivel medio	34	55
Superior	11	18
Total	***62***	***100***

Fuente: Entrevista

Elaboración: Carlos Guzmán Ojeda



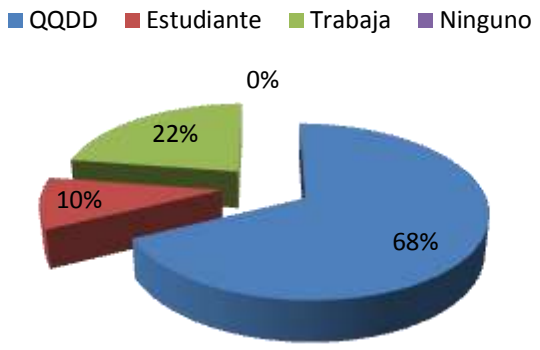
De 62 usuarias 34 casos (55%) tiene un nivel de educación media, 17 casos (27%) nivel básico, y 11 casos (18%) nivel superior.

TABLA Nro. 4. Ocupación de las usuarias en edad fértil.

Ocupación	***f***	**%**
QQDD	42	68
Estudiante	6	10
Trabaja	14	22
Ninguno	0	0
Total	**62**	**100**

Fuente: Entrevista

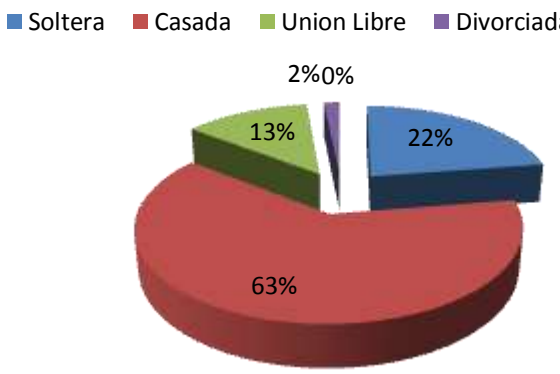
Elaboración: Carlos Guzmán Ojeda



De las 62 usuarias, 42 casos (68%) se dedican a los QQDD y 14 casos (22%) trabajan.

TABLA Nro. 5. Estado civil de las usuarias en edad fértil.

Estado Civil	***f***	***%***
Soltera	14	22
Casada	39	63
Unión libre	8	13
Divorciada	1	2
Viuda	0	0
Total	***62***	***100***



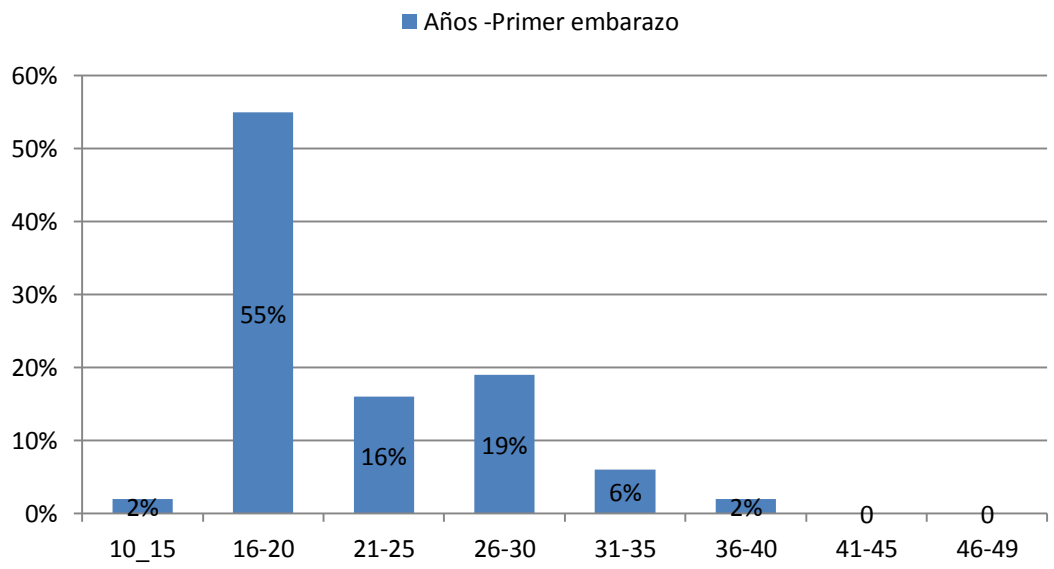
De 62 usuarias, 39 casos (63%) son mujeres casadas, 14 casos (22) solteras, y 8 casos (13%) están en unión libre.

TABLA Nro. 6. Primer embarazo de las usuarias en edad fértil.

Años-Primer embarazo	***f***	***%***
10 – 15	1	2
16 – 20	34	55
21 – 25	10	16
26 – 30	12	19
31 – 35	4	6
36 – 40	1	2
41 – 45	0	0
46 – 49	0	0
Total	***62***	***100***

Fuente: Entrevista

Elaboración: Carlos Guzmán Ojeda



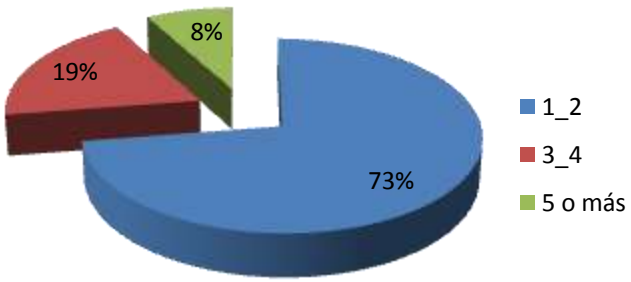
De 62 usuarias, 34 casos (55%) tuvieron su primer embarazo en un rango de edad de 16 a 20 años, 12 casos (19%) de 26 a 30 años y 10 casos (16%) de 21 a 25 años.

TABLA Nro. 7. Número de hijos de las usuarias en edad fértil.

Nro. Hijos	*f*	*%*
1-2	45	73
3-4	12	19
5 o más	5	8
Total	***62***	***100***

Fuente: Entrevista

Elaboración: Carlos Guzmán Ojeda



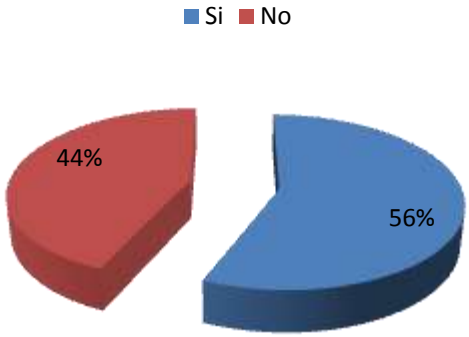
De 62 usuarias, 45 casos (73%) tiene de 1 a 2 hijos, 12 casos (19%) de 3 a 4 hijos y 5 casos (8%) de 5 o más hijos.

TABLA Nro. 8. Planificación familiar en las usuarias de edad fértil.

Sus hijos fueron planificados	*f*	*%*
Si	35	56
No	27	44
Total	***62***	***100***

Fuente: Entrevista

Elaboración: Carlos Guzmán Ojeda



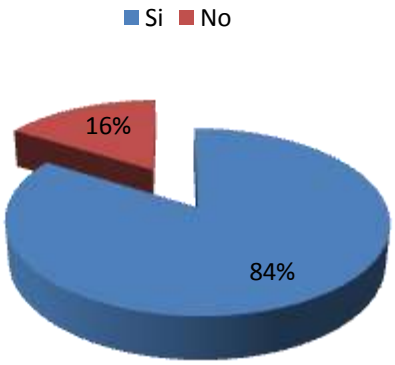
De 62 usuarias, 35 casos (56%) sus hijos fueron planificados y 27 casos (44%) no los planificaron.

TABLA Nro. 9. Nivel de conocimiento sobre planificación familiar de las usuarias en edad fértil.

Conoce que es planificación familiar	***f***	***%***
Si	52	84
No	10	16
Total	***62***	***100***

Fuente: Entrevista

Elaboración: Carlos Guzmán Ojeda



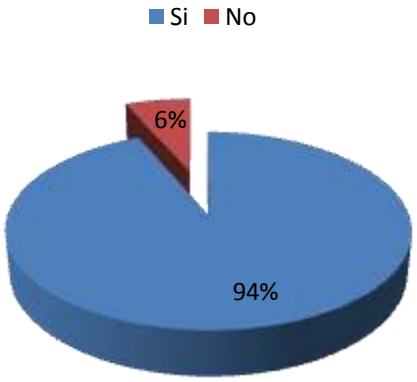
De 62 usuarias, 52 casos (84%) conocen lo que es la planificación familiar y 10 casos (16%) lo desconocen por falta de información.

TABLA Nro. 10 Nivel de conocimientos sobre métodos anticonceptivos de las usuarias en edad fértil.

Conoce que son los métodos anticonceptivos	***f***	***%***
Si	58	94
No	4	6
Total	***62***	***100***

Fuente: Entrevista

Elaboración: Carlos Guzmán Ojeda



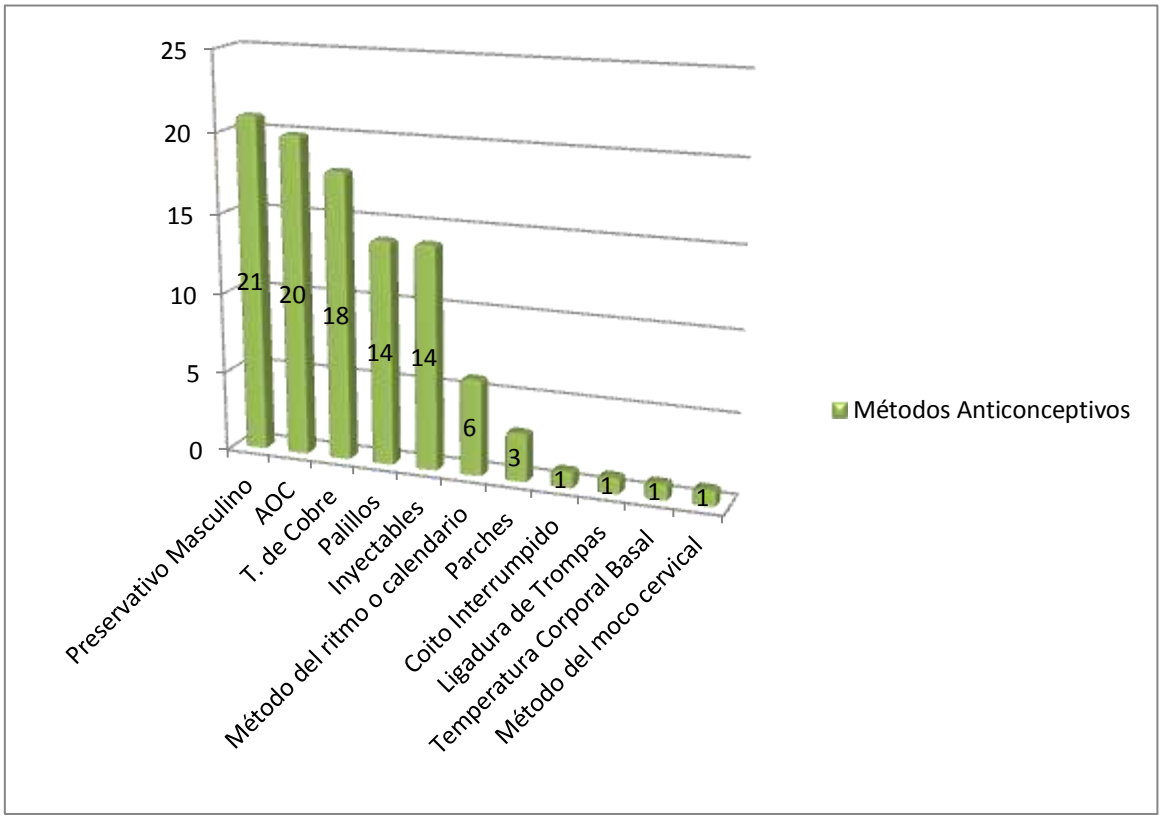
De las usuarias encuestadas, 58 casos (94%) conocen que son los métodos anticonceptivos y 4 casos (6%) lo desconocen.

TABLA Nro. 11. Métodos anticonceptivos conocidos por las usuarias en edad fértil.

Métodos anticonceptivos	*F*	*%*
NATURALES		
Método del ritmo o calendario	14	6.45
Temperatura Corporal Basal	1	0.49
Método del moco cervical	1	0.49
Método Combinado	0	0
Coito Interrumpido	2	0.92
Lactancia y amenorrea	0	0
MÉTODO DE BARRERA Y QUÍMICO		
Preservativo Masculino	46	21.1
Preservativo Femenino	0	0
Diafragma	0	0
Espermicidas	0	0
MÉTODOS INTRAUTERINOS TEMPORALES		
T. de Cobre	40	18.3
DIU + LNG	0	0
HORMONALES		
AOC	43	19.7
Mini Píldora	0	0
Inyectables	31	14.2
Palillos	31	14.2
Parches	7	3.2
PAE	0	0
Anillo Vaginal	0	0
QUIRÚRGICOS		
Ligadura de Trompas	2	0.95
Vasectomía	0	0
Total	***218***	***100***

Fuente: Entrevista

Elaboración: Carlos Guzmán Ojeda

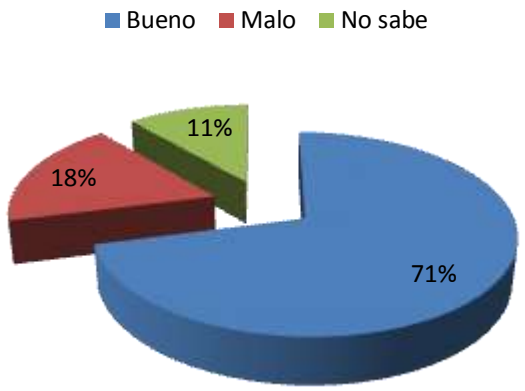


El método anticonceptivo más conocido de las 62 usuarias es el preservativo o condón masculino en un 21%, seguido de los AOC el 20%, el DIU (T de Cobre) 18%, Palillos e Inyecciones Hormonales ambos representan un 14%.

TABLA Nro. 12. Cómo considera a los métodos anticonceptivos las usuarias en edad fértil.

Métodos anticonceptivos	***f***	***%***
Bueno	44	71
Malo	11	18
No Sabe	7	11
Total	***62***	***100***

Fuente: Entrevista
Elaboración: Carlos Guzmán Ojeda



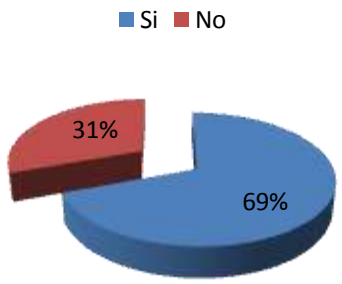
De las 62 usuarias, 44 casos (71%) consideran a los métodos anticonceptivos buenos y 11 casos (18%) malos.

TABLA Nro. 13. Empleo de métodos anticonceptivos de las usuarias en edad fértil.

Ha utilizado usted algún método anticonceptivo	***f***	***%***
Si	43	69
No	19	31
Total	***62***	***100***

Fuente: Entrevista

Elaboración: Carlos Guzmán Ojeda



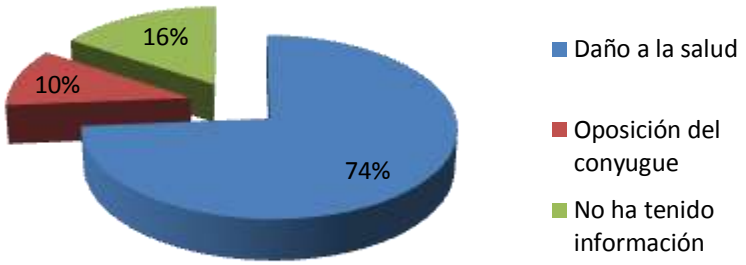
De las 62 usuarias entrevistadas, 43 casos (69%) afirman haber utilizado algún método anticonceptivo y 19 casos (31%) no han utilizado.

TABLA Nro. 14. Razones por las que no utilizaron los métodos anticonceptivos de las usuarias de edad fértil.

Razón por que no se utiliza un método anticonceptivo	***f***	***%***
Daño a la salud	14	74
Oposición del conyugue	2	10
No ha tenido información	3	16
Total	***19***	***100***

Fuente: Entrevista

Elaboración: Carlos Guzmán Ojeda



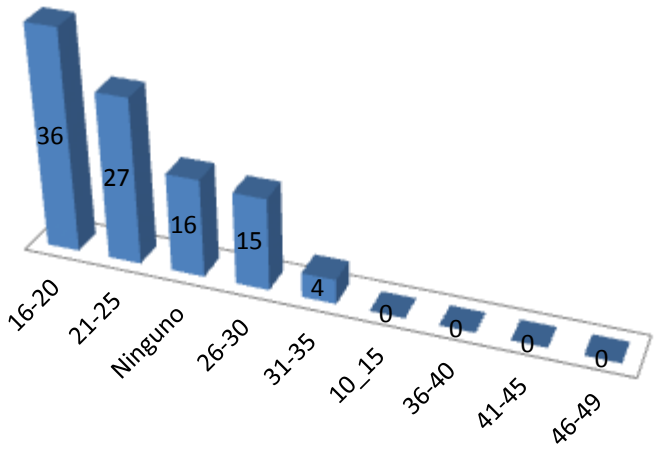
De las 19 mujeres que no han utilizado algún método anticonceptivo, 14 casos (74%) por creencia que son malos para su salud, 2 casos (10%) por oposición de su esposo o pareja.

TABLA Nro. 15. Edad en que empezaron a utilizar métodos anticonceptivos las usuarias en edad fértil.

Años	*F*	*%*
10 -15	0	0
16 - 20	22	36
21 - 25	17	27
26 - 30	9	15
31 - 35	4	6
36 - 40	0	0
41 - 45	0	0
46 - 49	0	0
Ninguno	10	16
Total	***62***	***100***

Fuente: Entrevista

Elaboración: Carlos Guzmán Ojeda



De las 62 usuarias, 22 casos (36%), empezaron a utilizar los métodos anticonceptivos de 16 a 20 años, 17 casos (27%) de 21 a 25 años y 9 casos (15%) de 26 a 30 años.

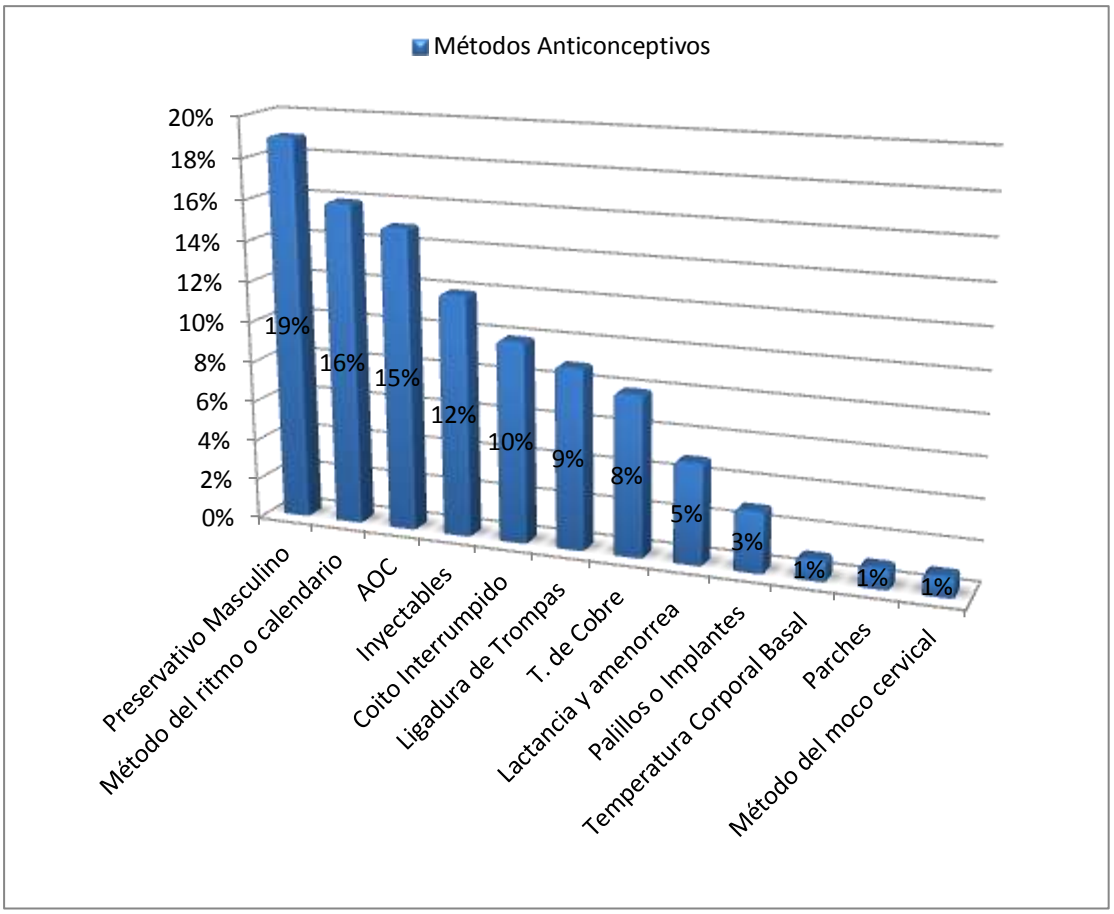
.

TABLA Nro. 16. Métodos anticonceptivos utilizados por las usuarias en edad fértil.

Métodos anticonceptivos	***f***	***%***
NATURALES		
Método del ritmo o calendario	25	16
Temperatura Corporal Basal	2	1
Método del moco cervical	1	0
Método Combinado	0	0
Coito Interrumpido	15	10
Lactancia y amenorrea	7	5
MÉTODO DE BARRERA Y QUÍMICO		
Preservativo Masculino	29	19
Preservativo Femenino	0	0
Diafragma	0	0
Espermicidas	0	0
MÉTODOS INTRAUTERINOS TEMPORALES		
T. de Cobre	12	8
DIU + LNG	0	0
HORMONALES		
AOC	22	15
Inyectables	18	12
Implantes	5	3
Parches	1	1
PAE	0	0
Anillo Vaginal	0	0
QUIRÚRGICOS		
Ligadura de Trompas	14	9
Vasectomía	0	0
Total	***151***	***100***

Fuente: Entrevista

Elaboración: Carlos Guzmán Ojeda



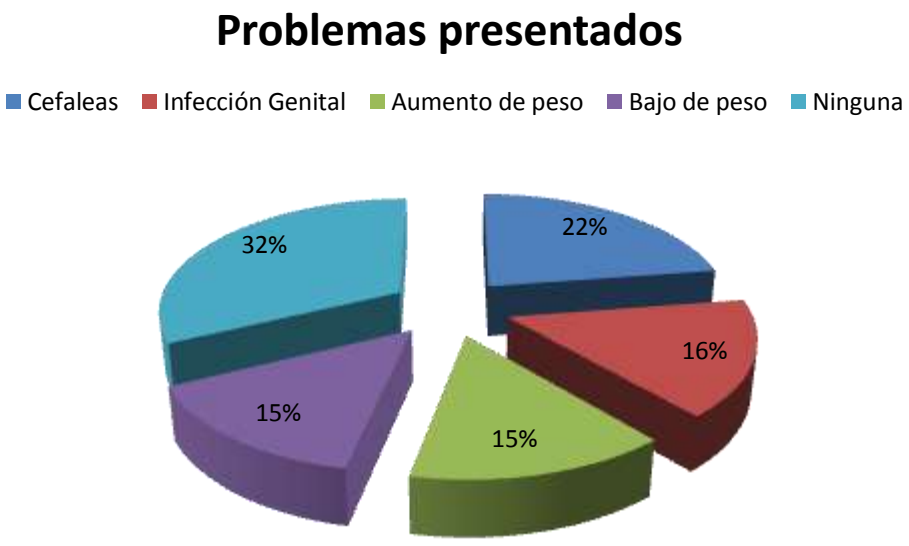
Podemos identificar que el método más utilizado son: preservativo masculino en un 19 %, seguido del método del ritmo 16%, AOC 15%, Inyectables 12 %, el coito interrumpido en 10%, ligadura de trompas 9%, y la T de cobre en un 8%.

TABLA Nro. 17. Problemas presentados por el uso de anticonceptivos en las usuarias de edad fértil.

Problemas presentados	***f***	***%***
Cefaleas	14	22
Infección genital	10	16
Aumento de peso	9	15
Bajó de Peso	9	15
Ninguna	20	32
Total	***62***	***100***

Fuente: Entrevista

Elaboración: Carlos Guzmán Ojeda



De las 62 usuarias, 20 casos (32%) no han presentado ninguna problema, 14 casos (22%) ha presentado cefalea, 10 casos (16%) infecciones vaginales.

DISCUSIÓN

El uso de métodos anticonceptivos, es uno de los factores más importantes para evitar la fecundación, y constituye la práctica más eficaz para prevenir embarazos no deseados y de alto riesgo.

En mi estudio el 94 % de las mujeres en edad fértil que pertenecen al Barrio “San Vicente Alto” de la Ciudad de Loja, conocen sobre los métodos anticonceptivos y el 84 % conoce sobre planificación familiar, lo que armoniza con lo que hemos enunciado al revisar algunos documentos con la revista ENDEMAIN (Encuestas Demográfica Materna e Infantil) 2004, realizada por el Centro de Estudio Poblacional y de Desarrollo Social (CEPAR) en el Ecuador tomando como ciudades principales Quito y Guayaquil, en donde se cita que el 96 % de las mujeres ecuatorianas tienen conocimiento de al menos un método anticonceptivo.

Respecto a la edad en donde es más frecuente su primer embarazo, tenemos que el 55% corresponde entre los 16-20 años, mientras que según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la edad más frecuente oscila entre los 12 a 20 años con un 76%, según el ENDEMAIN 2004 un 46 % entre los 21 – 25 años, pero esta edad ha ido cada vez siendo más temprana, otra de las causas en nuestro estudio de embarazos en edades tempranas, es la mala práctica de los anticonceptivos o una pobre información sobre el empleo y función de cada uno de ellos.

En cuanto al número de hijos en nuestro estudio oscilan entre 1 a 2 representando el 73 %, lo cual se correlaciona con el estudio del ENDEMAIN que demuestra que en las zonas urbanas las mujeres tienen un promedio de 1 a 3 hijos.

La actitud que presenta la población en estudio frente a los métodos anticonceptivos y planificación familiar es positiva, argumentando la

planificación familiar y la prevención de enfermedades sexuales, sosteniendo que existe inseguridad al utilizarlos, además un 10% de la población se muestra indiferente respecto al tema.

Entre los métodos anticonceptivos, los más utilizados en un estudio realizado por la OMS en los países de Sudamérica, Argentina tenemos que el 85% corresponden a métodos de barrera como el preservativo, seguidos de los anticonceptivos hormonales orales e inyecciones. En nuestro estudio se ha demostrado que de los métodos anticonceptivos, los mas utilizados son el preservativo masculino en un 19 %, seguido del método del ritmo 16%, AOC 15%, Inyectables 12 %, el coito interrumpido en 10%, ligadura de trompas 9%, y la T de cobre en un 8%, debido a que las relaciones sexuales están cada día a edades más tempranas y el nivel económico. En otro estudio sobre este tema realizado en la Universidad de Trujillo-Perú por la Msc. Luz Vázquez Jiménez en el 2007, en sus estudiantes se demostró que el método mas usado es el preservativo masculino en un 87.8%, seguido de los anticonceptivos orales 79,6 % e inyectables, el cual se correlaciona.

Entre los efectos negativos presentados por el uso de los métodos anticonceptivos tenemos que el 60% de las usuarias en edad fértil presentan: cefalea, infecciones genitales, aumento y pérdida de peso, en relación con el estudio sobre “Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en la población de 15 a 44 años del área urbana, Cunduacán. Tabasco, México 2005” por la Dra. Nery Suárez Lugo, se demostró que los efectos adversos son aumento y pérdida de peso 43% e infecciones genitourinarias 12%.

CONCLUSIONES

En la presente investigación realizada en las mujeres en edad fértil, que pertenecen al Barrio San Vicente Alto de la ciudad de Loja, me ha permitido determinar las siguientes conclusiones:

1. El 94 % de las mujeres en edad fértil, conocen al menos un método anticonceptivo, mientras que el 6 % lo desconocen. El 84 % saben sobre que es planificación familiar frente a un 16% que no, la edad en la que tuvieron su primer embarazo, esta entre 16 a 20 años lo que equivale 55 %.

2. Con respecto a su instrucción el 49 % tiene nivel medio, el 31% nivel básico. En cuanto a su ocupación el 68 % son amas de casa.

3. El 73 % de las mujeres en edad fértil tienen un número de hijos que oscila de 1 a 2, y el 19 % de 3 a 4 hijos.

4. La mayoría de las mujeres en edad fértil consideran, a los métodos anticonceptivos como buenos, en un 71%, frente al 18% que tienen una actitud negativa sobre estos métodos.

5. Los métodos anticonceptivos más utilizados son: preservativo masculino, método del ritmo, anticonceptivos orales combinados e Inyectables que representan al 62 %, y los menos utilizados son: la temperatura corporal basal, los parches y el método del moco cervical que equivale a un 3%.

6. Entre los efectos negativos más importantes que se dan por la utilización de métodos anticonceptivos son: cefalea, infecciones genitales y aumento y baja de peso, que representa el 68%, frente al 32% que no presenta ninguna consecuencia.

RECOMENDACIONES.

- Capacitar a las familias en especial a los padres y madres, mediante conferencias, trípticos, folletos, revistas y cualquier medio de comunicación, sobre planificación familiar y la utilización de los métodos anticonceptivos, sus beneficios y efectos adversos.

- Promover la creación de un grupo o club de mujeres en edad fértil, en donde se pueda compartir experiencias y conocimientos, que ayuden a la mujer y a su pareja a sentirse más seguros sobre el uso de métodos anticonceptivos y planificación familiar.

- Realizar programas educativos, en los que intervengan estudiantes del Área de la Salud Humana, especialmente a los que pertenecen a la Carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja, para que impartan sus conocimientos a la población, sobre los métodos anticonceptivos y planificación familiar.

- Promover los beneficios que brinda el Ministerio de Salud Pública del Ecuador en planificación familiar.

- Los médicos rurales y médicos en general que laboran en los subcentros de salud, que promuevan la utilización e información, sobre los métodos anticonceptivos y planificación familiar.

BIBLIOGRAFÍA

1. Catharine A. MacKinnon Sexuality, Toward a Feminist Theory of the State. Publicado por Harvard University Press, USA (2006), pp 127 - 154.

2. Arthur C. Guyton. Tratado de Fisiología Médica. Capitulo 82 “Embarazo y Lactancia”. Décimo primera edición. Elseivier España. GEA editorial, S.L:L. 2006, pp 1027 -1029.

3. Bancroft J, Reinisch JM. Adolescence and puberty. Oxford: Oxford University Press; 2006, pp. 221,222.

4. Jorge R. Gori, Antonio Lorusso, Ginecología de Gori. Capitulo 31 “Planificación Familiar”. 2da. Edición, Editorial el Ateneo. 2008, pp 553-555.

5. Dreyer C, Discacciati, V, Bakalar Ka, Planificación Familiar. Programa de Educación de Medicina Familiar/Esteban Rubisntein, Buenos Aires: Hospital Italiano de Buenos Aires, 2007, pp 37-40.

6. Jorge R. Gori, Antonio Lorusso, Ginecología de Gori. Capítulo 31 “Planificación Familiar”. 2da. Edición, Editorial el Ateneo. 2008, pp 556.

7. Julio Frenk Mora, Introducción a los métodos anticonceptivos. Información general. Segunda Edición. Noviembre 2002 ISBN 968-811-927-X, pp 18-20.

8. Organización Mundial de la Salud. Mejorando el acceso a la calidad de atención en planificación familiar. Criterios de elegibilidad médica para el uso de anticonceptivos. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2005, pp 65-67.

9. Derek Llewellyn Jones- Ginecología y Obstetricia. Séptima Edición. Impresiones Harcourt. España. 2006, pp 137, 138.

10. Planificación familiar, Métodos de Barrera OMS, 2007, pp 80-85.

11. Norma y Protocolo de Planificación Familiar. MSP. Proceso de Normatización del SNS. CONASA, 2010, pp 94-102.

12. Jorge R. Gori, Antonio Lorusso, Ginecología de Gori. Capítulo 31, Planificación Familiar. 2da. Edición, Editorial el Ateneo. 2008, pp 566, 567.

13. Norma y Protocolo de Planificación Familiar, MSP. Proceso de Normatización del SNS. CONASA. 2010, pp 48-52.

14. Orientación en Planificación Familiar. PAE. OMS. 2010, pp 45.

15. Cabero R. Luis, Tratado de Ginecología, Obstetricia y Medicina de la Reproducción, Tomo 1: Editorial Panamericana, Madrid España, 2008, pp 223-225.

16. Erick Montenegro P. Implantes Anticonceptivos. vol. 19 no. 2005, pp 31-35.

17. Planificación Familiar, Un Manual Mundial Para Proveedores, OMS, 2007, pp 101-104.

18. Protocolo de Planificación Familiar, SNS. CONASA. MSP. 2010, pp 60.

19. Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para los usos de Anticonceptivos. Segunda Edición. OMS. 2005, pp 76-80.

20. Jorge R. Gori, Antonio Lorusso. Ginecología de Gori. Capítulo 31, Planificación Familiar. 2da. Edición. Editorial el Ateneo. 2008, pp 568-571.

21. Bernal-Delgado E, Latour-Pérez J. The association between vasectomy. FertilSteril. 2007, pp 61-63.

22. American College of Obstetricians and Gynecologists. Smoking and women's health. In: Special issues in women's health. Washington, DC: ACOG; 2005, pp 151.

ANEXOS

HOJA DE ENTREVISTA

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE MEDICINA HUMANA

Estimada Sra. o Srta.

Esta entrevista está diseñada para determinar el nivel de conocimientos sobre los métodos anticonceptivos y planificación familiar en las mujeres de edad fértil y su repercusión en sus embarazos, del Barrio "San Vicente Alto" durante el periodo Marzo - Agosto 2011.

Esta entrevista es absolutamente anónima y confidencial

Fecha: ……(d,m,a)

1. ***¿Edad en años cumplidos?***
   - ***10-15( )***
   - ***16-20( )***
   - ***21-25( )***
   - ***26-30( )***
   - ***31-35( )***
   - ***36-40( )***
   - ***41-45( )***
   - ***46-50( )***
2. ***¿Qué nivel de instrucción tiene usted?***
   - ***Analfabeta ( )***
   - ***Básica ( )***
   - ***Nivel Medio ( )***
   - ***Superior ( )***
3. ***¿Qué ocupación tiene?***
   - ***QQDD ( )***
   - ***Estudiante ( )***
   - ***Trabaja ( )***
   - ***Ninguno ( )***
4. ***¿Cuál es su estado civil?***
   - ***Soltera ( )***
   - ***Casada ( )***
   - ***Unión libre ( )***
   - ***Divorciada ( )***
   - ***Viuda ( )***
5. ***¿Conoce que es Planificación Familiar?***

   Si ( ) No ( )

   ¿Si, Que es?

   ……

……

……

¿No, Por qué?

……

…….....

6. ***¿Conoce que son los métodos anticonceptivos?***
   - ***Si ( )*** ***No ( )***

   ¿Qué son?

   ……

   ……

   ……

7. ***¿Cuáles son los métodos anticonceptivos que usted conoce para evitar el embarazo?***

   ……

   ……

   ……

8. ***¿Cómo considera a los métodos anticonceptivos?***
   - ***Bueno ( )***
   - ***Malo ( )***
   - ***No sabe ( )***

   ¿Por qué?

   ……

   ……

   ……

9. ***¿Ha utilizado usted algún método anticonceptivo?***
   - ***Si ( )*** ***No ( )***

10. ***¿Porque razón usted no utilizó algún método anticonceptivo?***

    ……

    ……

11. ***¿A qué edad empezó a utilizar métodos anticonceptivos para evitar el embarazo?***

    ----------años

12. ***¿Qué método usted utiliza para evitar el embarazo?***

- ***Natural***
  - ***i. Método del ritmo o calendario…. ( )***
  - ***ii. Temperatura corporal basal……. ( )***
  - ***iii. Método del moco cervical.……( )***
  - ***iv. Método combinado……..... ( )***
  - ***v. Coito interrumpido……..…… ( )***
  - ***vi. Lactancia y amenorrea……( )***
- ***Método de barrera y químico***
  - ***i. Condón …….( )***
  - ***ii. Diafragma……..( )***
  - ***iii. Espermicidas... ( )***
- ***Métodos intrauterinos temporales***
  - ***i. T de Cobre…..( )***
  - ***ii. DIU+LNG…..( )***
- ***Hormonales***
  - ***i. AOC…….( )***
  - ***ii. Inyectable…( )***
  - ***iii. Implantes….( )***
  - ***iv. Parches……..( )***
  - ***v. PAE…….. ( )***
- ***Quirúrgicos***
  - ***i. Ligadura de trompas ( )***
  - ***ii. Vasectomía…… ( )***

13. ***¿Si usted ha utilizado algún método, que problemas ha presentado?***

……

……

……

……

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

EXPOSICIÓN SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS y PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN EL BARRIO "SAN VICENTE ALTO" DE LA CIUDAD DE LOJA

MÉTODOS DE BARRERA
PRESERVATIVO MASCULINO

MÉTODOS DE BARRERA
PRESERVATIVO MASCULINO

MÉTODOS QUÍMICOS O ESPERMICIDAS
Bases de presentación:
crema, jalea
espuma
lámina
supositorios
tabletas espumantes
Agentes químicos comunes:
nonoxinol-9 (N-9)
mentegol
cloruro de benzalconio (BZK)

sexo
embarazo