

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
UNIDAD CENTRAL
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE MEDICINA**



INFORME FINAL

**PREFERENCIA DE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS HORMONALES POR
USUARIAS INSCRITAS EN EL PROGRAMA DE PLANIFICACION FAMILIAR
UCSF B SAN ISIDRO, PERIODO MAYO- JULIO 2015**

PRESENTADO POR:

Roque Hernández, Mindy Guadalupe
Velásquez Rivera, Delmy Haydee
Sisco Martínez, Albert Isaac

ASESOR:

Dr. José Eduardo Fuentes.

**PARA OPTAR AL TÍTULO DE:
DOCTOR EN MEDICINA**

SAN SALVADOR; AGOSTO DE 2015

ÍNDICE

CONTENIDO	PÁGINA
I. Resumen.....	3
II. Introducción.....	5
III. Objetivo general y específico	6
IV. Marco teórico.....	7
V. Hipótesis.....	26
VI. Diseño Metodológico.....	27
VII. Resultados	31
VIII. Discusión.....	43
IX. Conclusiones.....	45
X. Recomendaciones.....	46
XI. Bibliografía.....	47
XII. Anexos.....	49

RESUMEN

En las familias donde ocurren embarazos no planificados pueden llegar a tener múltiples repercusiones, la planificación familiar permite elegir libremente y con responsabilidad, el número y el espaciamiento de sus hijos/as y a optar por una menos numerosa, actualmente se cuenta con múltiples métodos anticonceptivos para lograrlo.

Esta investigación trata sobre la preferencia de los métodos anticonceptivos hormonales por las usuarias inscritas en el programa de planificación familiar de la UCSF B San Isidro, durante los meses de mayo a julio del dos mil quince, contando con la participación de ciento cuarenta y seis pacientes (totalidad de la muestra) que asistieron a su control médico además contando con la revisión del expediente clínico.

Posterior a la recolección de todos los datos, estos se procesaron a través del software Microsoft Office 2013, el programa Word se utilizó para la digitalización y procesamiento de los datos, Excel para la edición y presentación de gráficas, realizando un análisis de frecuencias con variables, obteniendo como resultado que el método hormonal más utilizado es el inyectable trimestral con un 61%, que el 41% de las mujeres prefieren los inyectables trimestrales como método de planificación, que el 32% de mujeres que más planifican están entre las edades de 20-24 años; además que el 73% de la población que usa un método de planificación ya ha tenido al menos un embarazo previo; con respecto a los efectos adversos, podemos decir que el 25% ha padecido alguna vez en la vida cefalea relacionado al uso de métodos anticonceptivos y que solo el 64% de las mujeres conocen los demás métodos disponibles en la unidad de salud.

Podemos concluir que el método más utilizado en el ECOSF B San Isidro es el hormonal inyectable trimestral pero que no es el método preferido por la mayoría de las usuarias; siendo estas en su mayoría mujeres adultas jóvenes que ya han tenido una gravidez previa y que conocen sobre demás métodos; además que a pesar de que han

presentado algún efecto adverso los continúan utilizándolo posiblemente por la poca ofertadas de otros métodos por el ministerio de salud.

INTRODUCCIÓN

Un componente esencial de la atención integral a la familia es el acceso a los servicios de salud reproductiva de calidad, que incluye la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos; así como de procrear con la libertad de hacerlo o no, cuándo y con qué frecuencia.

Para tal fin existen diferentes tipos de métodos de planeación familiar con los que cuenta la población Salvadoreña teniendo en cuenta que el control efectivo de la reproducción es esencial para que una mujer sea capaz de llevar a cabo sus metas personales y esta la que carga con la responsabilidad de escoger el método que más comodidad le ofrezca.

A nivel mundial hay estudios sobre los métodos de planificación encontrando así datos proporcionados por la organización mundial de la salud (OMS) donde calculan que en los países en desarrollo unos 222 millones de mujeres desean posponer o detener la procreación pero no utilizan ningún método anticonceptivo.

El uso de anticonceptivos ha aumentado en muchas partes del mundo, especialmente en Asia y América Latina, pero sigue siendo bajo en al África subsahariana. A nivel nacional la Encuesta Nacional de Salud Familiar (FESAL) reporta que de las mujeres salvadoreñas, prácticamente la totalidad (99 %) de 15 a 44 años de edad ha oído hablar de al menos un método anticonceptivo, el conocimiento de al menos un método no presenta mayor variación por área de residencia o estado civil/ familiar de las mujeres. Además que el uso de estos por las mujeres casadas o acompañadas de 15 a 44 años de edad ascendió del 34 por ciento en 1978 al 73 por ciento en 2008. En los últimos 5 años, el aumento en el uso se debió al incremento de los métodos temporales.

Se estima que uno de los métodos de anticoncepción más utilizados son los métodos hormonales, entre estos la inyección bimensual y trimestral, por su alta eficacia anticonceptiva y por sus pocos efectos adversos. Sin embargo no son métodos inocuos y cierto porcentaje de la población que utiliza estos métodos anticonceptivos los abandonan por los efectos adversos que puedan presentar, como cefaleas, mareo, vómitos, hemorragias uterinas, trombosis, entre otros. Otro porcentaje de las usuarias siguen planificando con estos métodos a pesar de los efectos adversos.

Según la OMS en 2008 al 2012 en América Latina y el Caribe la planificación pasó de 64% a 67%, en la UCSF San Isidro no hay datos de que porcentaje de la población femenina ocupa métodos de planificación por lo cual fue objeto de estudio para ver si estos datos son equivalentes a nivel mundial; así poder identificar cual es el método hormonal que las usuarias prefieren; o porque estos son dejados de utilizar; y con ello poder dar mejor atención a las paciente y ofrecerles el mejor método que produzca menos efectos adversos.

OBJETIVO GENERAL

Determinar la preferencia y la elección de los métodos de planificación familiar en las usuarias que están inscritas en el programa de Planificación Familiar, de la UCSF de San Isidro en los meses de mayo a julio.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Determinar el número de mujeres en edad fértil que están inscritas en el programa de planificación familiar.
2. Distribuir y clasificar por edad a las mujeres inscritas en el programa de planificación familiar.
3. Identificar el método de planificación preferido por las usuarias.
4. Indagar el método de planificación más utilizado por las usuarias.
5. Describir los antecedentes obstétricos, religión y escolaridad de las mujeres inscritas en el programa de planificación familiar de la UCSF San Isidro.
6. Identificar los efectos adversos más frecuentes que presentan las usuarias que utilizan anticonceptivos hormonales.

MARCO TEORICO

La historia de la anticoncepción es larga, desde tiempos remotos; sin embargo, en la sociedad moderna, el control voluntario de la fertilidad es incluso más importante. La mujer actual no desea más de uno o dos hijos, por lo que se pasa la mayoría de su vida reproductiva intentando evitar el embarazo.

El control efectivo de la reproducción es esencial para que una mujer sea capaz de llevar a cabo sus metas personales. Desde una perspectiva más amplia, el rápido crecimiento de la población humana amenaza la supervivencia de todos.

A la velocidad actual, la población mundial se doblará en 54 años y la de muchos de los países más pobres del mundo lo hará en 20 años. Tanto para el individuo, como para el planeta, la salud reproductiva requiere un uso cuidadoso de los medios para prevenir el embarazo y las enfermedades de transmisión sexual (ETS).

Los métodos más frecuentes de anticoncepción en Estados Unidos son la esterilización, los anticonceptivos orales y los preservativos, en ese orden. Los anticonceptivos hormonales proporcionan unos amplios beneficios sanitarios, tanto anticonceptivos como no anticonceptivos, incluyendo la reducción del riesgo de cáncer de ovario y de endometrio.

Los factores que afectan a la posibilidad de embarazo son la fecundidad de ambos miembros de la pareja, el momento de las relaciones relativo al de la ovulación, el método anticonceptivo usado, la efectividad intrínseca del anticonceptivo y el uso correcto de éste. Es imposible establecer la efectividad de un método anticonceptivo sin tener en cuenta todos los factores. La mejor manera de valorar la efectividad es la evaluación a largo plazo de un grupo de mujeres sexualmente activas que usen un

método en concreto durante un período de tiempo determinado y observar la frecuencia de la gestación.

Se realizó un estudio que sobre las elecciones contraceptivas elegidas por las mujeres de Estados Unidos cuando se realizó la encuesta nacional sobre fertilidad dirigida por el gobierno, sobre una gran muestra nacional. La primera elección fueron los anticonceptivos orales, usados por un 18,9% de las mujeres de 15 a 44 años. La anticoncepción femenina definitiva fue la segunda opción, usada por el 16,7%. El 22,4% de las parejas dependían de la anticoncepción definitiva, convirtiéndose ésta en la primera opción anticonceptiva. Los preservativos fueron la tercera opción, usados por el 11,1%.¹

Con la edad disminuye el uso de anticonceptivos orales y aumenta la tasa de anticoncepción definitiva. Como resultado, el 41% de las mujeres menores de 35 a 39 años y el 50 % de las mujeres entre 40 y 44 años se someten a un método de anticoncepción femenina definitivo. Alrededor de un 10% de las mujeres utilizan más de un método anticonceptivo. Los preservativos son el segundo método más frecuente.²

Aunque el uso de la anticoncepción es alto, Las tasas de aborto por grupos de edad indican que el uso de éste es mayor en las mujeres más jóvenes y mínimo en aquellas al final de su tercera década y principio de la cuarta. Su uso aumenta con la edad de la mujer. Las mujeres jóvenes es más probable que sufran un embarazo no planificado debido a que son más fértiles que las mujeres mayores y a que es más probable que tengan relaciones sexuales sin protección.

^{1 y 2} Berek, Jonathan S. Ginecología de Novak, 16ª ed., Editorial: Lippincott Williams & Wilkins, España 2013.

Aunque la situación mundial en cuanto a planificación familiar ha mejorado en las últimas décadas; se calcula que más de 120 millones de mujeres en los países en vías de desarrollo no reciben métodos de planificación familiar a pesar de necesitarlos.

La Encuesta de Salud Familiar de El Salvador (FESAL 2002/03) reporta una tasa Global de Fecundidad de 2.97 hijos por cada mujer; con amplias variaciones según residencia. Las mujeres que viven en el área rural, tienen en promedio 4 hijos. Igualmente, reporta una tasa global de uso de métodos de planificación familiar del 67.3% en mujeres casada o unidas; siendo menor en el área rural (60.1%); el método más utilizado es la esterilización femenina con un 32.7%, seguido por los inyectables con un 18.3% y los orales con un 5.8% y el porcentaje de uso de los otros métodos menor al 3%.³

La edad, las condiciones especiales y la vulnerabilidad de ciertos grupos determinan el mayor o menor uso de anticonceptivos. El rango de edad de mayor uso en el país es entre los 35 y los 39 años. Es de interés de este grupo de investigación conocer la preferencia en cuanto a los métodos anticonceptivos hormonales utilizados por las usuarias inscritas en el programa de planificación familiar de la UCFB San Isidro en los meses de mayo a julio de 2015.

La UCSF B San Isidro, pertenece al cantón del mismo nombre, ubicado en el municipio de Verapaz, San Vicente. Se encuentra a una altura de 728 MSN. Geográficamente, el cantón San Isidro colinda al Norte con el cantón San José Borjas, al Sur con cantón Molineros, al Oriente con el Cantón Concepción de Cañas del municipio de Tepetitán y al Poniente colinda con los cantones San Antonio Jiboa y El Carmen.

³ Encuesta nacional de salud familiar, FESAL 2008, <http://www.fesal.org.sv/2008/informe/final/espanol/descargas/InformeFinal/InformeFinal-FESAL2008.zip>

La UCSF San Isidro cuenta con una población total de 2530 habitantes con 662 familias, las áreas de influencia geográfica de la unidad son los cantones: San Isidro, San José Borjas, San Antonio Jiboa y San Juan Buena Vista, cuenta con dos caseríos: Santa Teresa y Hacienda Nuevo Oriente

ANATOMIA DEL APARATO REPRODUCTOR FEMENINO

VER ANEXO 1

VAGINA

Es un tubo fibromuscular hueco que se extiende desde el vestíbulo vulvar hasta el útero. Sin embargo, toda la vagina se caracteriza por su distensibilidad, que es más evidente durante el parto.

UTERO:

El útero es un órgano fibromuscular dividido normalmente en un cuello del útero inferior y un cuerpo superior o cuerpo uterino

Cuello del útero:

La porción del cuello del útero expuesta en la vagina es el exocérnix o portio vaginalis. Tiene una superficie redondeada convexa con una apertura hacia el canal endocervical redondeada o hendida (el orificio externo). El canal endocervical tiene unos 2 o 3 cm de longitud y se abre proximalmente en la cavidad endometrial en el orificio interno.

La mucosa cervical generalmente contiene tanto epitelio escamoso estratificado, característico del exocérnix, como epitelio columnar secretor de moco, característico del canal endocervical. Sin embargo, la intersección donde se encuentran estos dos epitelios, la unión escamocolumnar, es topográficamente variable y dependiente de la estimulación hormonal. Este límite dinámico, la zona de transformación, es la más vulnerable a la aparición de neoplasias escamosas.

Cuerpo del útero:

El cuerpo del útero varía de tamaño y forma dependiendo del estatus hormonal y de los embarazos previos.

El cuerpo del útero está dividido en varias regiones distintas. El área en la cual el canal endocervical se abre a la cavidad endometrial se conoce como el istmo o segmento uterino inferior. A cada lado de la porción superior del cuerpo uterino, un área en forma de embudo recibe la inserción de las trompas de Falopio y se llaman los cuernos uterinos; el útero por encima de esta área es el fondo uterino.

TROMPAS DE FALOPIO

Las trompas están divididas en varias regiones:

- **Intersticial:** porción más estrecha de la trompa que está dentro de la pared uterina y forma los orificios tubáricos en la cavidad endometrial.
- **Ístmica:** segmento estrecho más cercano a la pared uterina.
- **Ampolla:** segmento con el diámetro más largo, lateral al istmo.
- **Fimbria (infundíbulo):** orificio abdominal de la trompa, en forma de tubo, que se abre a la cavidad peritoneal; esta apertura tiene el borde con numerosas proyecciones digitales, como flecos, que aportan una superficie amplia para la captación de los óvulos. La fimbria ovárica es una conexión entre el final de la trompa y el ovario, acercándolos

OVARIO

El ovario a lo largo de la edad fértil

Las ovogonias forman ovocitos primarios o sufren atresia. Hasta donde se sabe sobre la función ovárica, no es posible generar ovocitos adicionales después del nacimiento. Este fenómeno difiere de la situación masculina donde el esperma se produce continuamente durante la vida adulta

El número máximo de ovogonias se alcanza a la semana 20 de gestación, cuando el ovario contiene entre seis y siete millones de ovogonios. Al nacimiento existen entre uno

y dos millones de ovogonios y menos de 400,000 al inicio de la pubertad de las cuales solo 500 están destinados a ovular

CICLO MENSTRUAL.

El ciclo menstrual típico tiene una duración de 28 a más o menos 7 días, mientras que la hemorragia menstrual dura de 2 a 6 días y el volumen promedio es entre 20 y 60 mililitros. Por convencionalismo, el primer día de la hemorragia vaginal se considera el primer día del ciclo menstrual. Los intervalos del ciclo menstrual varían entre las mujeres y a menudo en una misma mujer en diferentes momentos de la edad fértil. El ciclo menstrual es menos variable entre los 20 y 40 años de edad. De manera específica, se observa ciertas tendencias hacia intervalos más cortos al principio del climaterio, seguida de intervalos más prolongados en las siguientes etapas de la transición

Tomando como base la función ovárica, el ciclo menstrual se divide en una fase preovulatoria o folicular y una posovulatoria o lútea. Las fases correspondientes en el endometrio se denominan fases proliferativas y secretoras. En la mayoría de las mujeres, la fase lútea del ciclo menstrual es estable y tiene una duración de 13 a 14 días. Así las variaciones en la duración del ciclo normal, generalmente son causadas por variaciones en la duración de la fase folicular. **VER ANEXO 2**

A continuación se describen los diferentes métodos de planificación familiar disponibles a nivel mundial y de uso en nuestro país, enfatizando en los anticonceptivos hormonales con los que abastece el ministerio de salud a las unidades comunitarias de salud familiar de este país.

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS TEMPORALES

Los métodos Anticonceptivos Temporales son aquellos que brindan protección anticonceptiva únicamente mientras la pareja los utiliza; entre ellos se encuentran los métodos hormonales, los métodos de barrera y los métodos naturales, estos métodos son

convenientes para las personas que quieren esperar, espaciar o limitar los embarazos. El objetivo de los métodos temporales es servir durante un periodo específico de tiempo; una vez suspendido el uso, existe la posibilidad de embarazo.⁴

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS HORMONALES

Son los métodos temporales de planificación familiar que contienen estrógenos y progestinas o sólo progestina, se usan por vía oral, intramuscular o subdérmica, con el objetivo de prevenir el embarazo. Estos métodos no protegen de las infecciones de transmisión sexual (ITS).

CLASIFICACION.

- a) Los métodos anticonceptivos hormonales combinados contienen estrógenos y progestina y su vía de administración puede ser oral, inyectable, transdermico (parche) y transvaginal (anillo).

- b) Los métodos anticonceptivos hormonales sólo de progestina no contienen estrógeno y su vía de administración puede ser oral, inyectable, o subdérmica.

ANTICONCEPTIVOS ORALES COMBINADOS (ACO)

Son pastillas que contienen estrógeno y progestina en diferentes dosis, que previenen temporalmente el embarazo. Se recomienda utilizar aquellos denominados de baja dosis, es decir, los que contienen 35 microgramos de Etinil Estradiol o menos.

• ⁴ Guía técnica de atención en planificación familiar 2008, Ministerio de Salud Pública y asistencia social, El Salvador, http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/guia/Guia_planificacion_familiar.pdf

DESCRIPCIÓN O TIPO

1. Sobre o paquete con 21 pastillas que contienen hormonas.
2. Sobre o paquete con 28 pastillas: 21 pastillas que contienen hormonas y 7 pastillas sin contenido hormonal.
3. Sobre o paquete con 28 pastillas: 24 que contienen hormonas y cuatro sin contenido hormonal.

MECANISMO DE ACCIÓN

Principalmente inhiben la ovulación y en forma secundaria espesan el moco cervical dificultando el paso de los espermatozoides. No actúan interrumpiendo la gestación.

La protección anticonceptiva está limitada a cada uno de los ciclos en los cuales se ingieren las pastillas o píldoras en forma correcta y sistemática. El retorno de la fertilidad es inmediato a la suspensión del método.

Es un método muy efectivo cuando se usa correcta y sistemáticamente teniendo una tasa de embarazo accidental al primer año de uso de menos del 1% (tasa teórica). Cuando no se usa en forma correcta y sistemática, la tasa de embarazo accidental al primer año es del 6 al 8% (Tasa típica).

BENEFICIOS:

Ayuda a proteger contra: riesgo de embarazo, cáncer endometrial, cáncer de ovario, enfermedad pélvica inflamatoria sintomática. Puede ayudar a proteger contra: quistes ováricos, anemia por deficiencia de hierro reduce, dismenorrea, sangrado menstrual irregular, acné, hirsutismo.

SIGNOS DE ALARMA

En muy raras ocasiones pueden presentar los siguientes signos: dolor intenso en el pecho o dificultad para respirar, visión borrosa, cefalea intensa con síntomas neurológicos focales, dolor intenso en las piernas o el abdomen.

EFFECTOS SECUNDARIOS POSIBLES

Algunas mujeres pueden presentar: cefalea, náusea y vómitos, mareo, sensibilidad mamaria anormal, irregularidades menstruales, cambios del estado de ánimo.

ANTICONCEPTIVOS INYECTABLES COMBINADOS (AIC)

Los anticonceptivos inyectables combinados son compuestos de estrógenos sintéticos, que se metabolizan a nivel hepático y liberan un estrógeno natural; y progestinas sintéticas, que se usan por vía intramuscular con el objetivo de prevenir temporalmente el embarazo.

DESCRIPCIÓN O TIPO

1. 5 mg. de Valerato de Estradiol más 50 mg de Enantato de noretisterona. Nombre comercial: Mesigyna, Norigynon, Mesigest
2. 5 mg. de Cipionato de estradiol más 25 mg. de Acetato de medroxiprogesterona. Nombre comercial: Ciclofem, Ciclofemina
3. 10 mg. de Enantato de estradiol más 150 mg. Acetofénido de dihidroxiprogesterona. Nombre comercial: Nomagest, Deproxone, Novular, Topasel

MECANISMO DE ACCIÓN

Principalmente inhibe la ovulación y en forma secundaria espesa el moco cervical, dificultando el paso de los espermatozoides.

DURACIÓN DEL EFECTO ANTICONCEPTIVO

La protección anticonceptiva es por un período de 30 días.

RETORNO DE LA FERTILIDAD

El retorno de la fertilidad es inmediato una vez terminados los 30 días de protección anticonceptiva. Aproximadamente un mes más que con la mayoría de los otros métodos-

EFFECTIVIDAD

Bajo condiciones correctas y sistemáticas de uso, este método tiene una tasa de riesgo de embarazo accidental al primer año menos de 1%.

BENEFICIOS

Los mismos que para los anticonceptivos orales combinados.

SIGNOS DE ALARMA

En muy raras ocasiones pueden presentar los siguientes signos: Visión borrosa, Cefalea intensa con síntomas neurológicos focales, Dolor intenso en las piernas o en el abdomen, Dolor intenso en el pecho o dificultad para respirar

EFFECTOS SECUNDARIOS POSIBLES

Algunas mujeres pueden presentar en más del 10%: cefalea, aumento de peso, náuseas, sensibilidad mamaria anormal, irregularidades menstruales, amenorrea, cambios del estado de ánimo. Descartar otras patologías que puedan estar causando estos posibles efectos.

PARCHES COMBINADOS

Es un plástico pequeño, delgado, cuadrado, flexible, que se usa contra el cuerpo. Libera continuamente 2 hormonas una progestina y un estrógeno, como las hormonas naturales, progesterona y estrógeno en el cuerpo de la mujer directamente a través de la piel al torrente sanguíneo.

DESCRIPCIÓN O TIPO

El parche libera norelgestromina (progestina) 150 mcg diarios y 20 mcg. de etinilestradiol diarios.

MECANISMO DE ACCIÓN

Actúa fundamentalmente inhibiendo la ovulación. Las hormonas se absorben por vía transdérmica.

DURACIÓN DEL EFECTO ANTICONCEPTIVO Y RETORNO DE LA FERTILIDAD

La protección anticonceptiva esta limitada a cada uno de los ciclos en los cuales se coloca el parche en forma correcta y sistemática. El retorno de la fertilidad es inmediato al interrumpir el parche, no hay demora.

EFFECTIVIDAD Y BENEFICIOS

El riesgo del embarazo con el uso correcto es de 0.03% y de 8% con el uso típico. Los mismos que para los anticonceptivos orales combinados.

ANILLO VAGINAL COMBINADO

Se trata de un anillo flexible que se coloca en la vagina, y libera continuamente dos hormonas: una progestina y un estrógeno como las hormonas naturales progesterona y estrógeno producidos en el organismo de la mujer. Su nombre comercial es NuvaRing.

DESCRIPCIÓN O TIPO

Es un anillo flexible que mide 5.4 cm de diámetro por 4 mm de ancho, fabricado de etileno de vinil acetato.

MECANISMO DE ACCIÓN

Las hormonas se absorben a través de la pared de la vagina directamente al torrente sanguíneo, inhibiendo la ovulación.

La protección anticonceptiva está limitada a cada uno de los ciclos en los cuales se coloca el anillo en forma correcta y sistemática. El retorno de la fertilidad es inmediato al interrumpir el anillo, no hay demora. El riesgo del embarazo es 0.03% con el uso correcto y de 8% con el uso típico. Sus beneficios son los mismos que para los anticonceptivos orales combinados.

SIGNOS DE ALARMA

En muy raras ocasiones pueden presentar los siguientes signos: visión borrosa, dolor intenso en el pecho o dificultad para respirar, cefalea intensa con síntomas neurológicos focales, dolor intenso en las piernas o en el abdomen, problemas trombo-embólicos.

EFFECTOS SECUNDARIOS POSIBLES

Algunas mujeres pueden presentar: cefalea, irregularidades menstruales, flujo vaginal blanco, irritación, rubor o inflamación de la vagina (vaginitis).

ANTICONCEPTIVOS ORALES SOLO DE PROGESTINA DEFINICION

Son píldoras que contienen bajas dosis de progestinas, no contienen estrógenos y que se ingieren diariamente en forma continua.

DESCRIPCIÓN O TIPO

Existen 2 formulaciones:

1. 500 mcg. de linestrenol
2. 2. 75 mcg desogestrel

MECANISMO DE ACCIÓN

Inhibe la ovulación, Espesa del moco cervical dificultando la penetración de los espermatozoides, Hace lento el desplazamiento del óvulo en las Trompas de Falopio.

DURACIÓN DEL EFECTO ANTICONCEPTIVO

La protección anticonceptiva depende del uso diario y continuo. Si se omiten 1 ó más tabletas el método no es efectivo.

RETORNO DE LA FERTILIDAD Y EFECTIVIDAD

El retorno de la fertilidad es inmediato a la suspensión del método. Cuando el método se usa de una manera correcta y sistemática, la tasa de embarazo accidental después del primer año de uso es menor al 1% en mujeres en período de lactancia. En mujeres que no están lactando la tasa de efectividad es ligeramente menor.

En uso irregular del método la tasa de embarazo es de aproximadamente un 12%.

BENEFICIOS

Ayuda a proteger contra: Riesgo de embarazo, En enfermedades en las cuales los estrógenos están contraindicados, Se pueden utilizar en las mujeres lactantes, Disminuye la enfermedad pélvica inflamatoria, Pueden utilizarse en mujeres que están amamantando.

SIGNOS DE ALARMA Y EFECTOS SECUNDARIOS POSIBLES

Dolor abdominal intenso (signo de alerta de embarazo ectópico), en este caso se debe acudir inmediatamente a consulta. Los efectos secundarios que algunas mujeres pueden presentar son: Más comunes: Irregularidades menstruales (hemorragia, manchado prolongado ó amenorrea) que son menos frecuentes cuando se usa durante la lactancia Menos comunes: Cefalea, Sensibilidad mamaria anormal, Náuseas y aumento de peso.

ANTICONCEPTIVOS INYECTABLES SOLO DE PROGESTINA

Los anticonceptivos hormonales inyectables son métodos que contienen solamente una progestina sintética (no contienen estrógeno). Son de larga duración, que se aplican cada 2 ó 3 meses, según el tipo de inyectable.

DESCRIPCIÓN O TIPO

Existen 3 formulaciones diferentes, todas contienen una progestina sintética esterificada:

1. 200 mg. de Enantato de noretisterona (NET-EN) en ampollas de 1 ml. de solución oleosa. Nombre comercial = Noristerat
2. 150 mg. de Acetato de medroxiprogesterona microcristalina (DMPA) en ampollas de 3 ml. de suspensión acuosa. Nombre comercial = Depoprovera.
3. 104 mg de Acetato de medroxiprogesterona subcutánea. Aprobada por la FDA en diciembre 2004.

MECANISMO DE ACCIÓN

Inhibición de la ovulación: Espesamiento del moco cervical, dificultando la penetración de los espermatozoides.

DURACIÓN DEL EFECTO ANTICONCEPTIVO

La protección anticonceptiva conferida por el Enantato de Noretisterona (NET-EN) se extiende por lo menos a 60 días después de su aplicación. La protección anticonceptiva conferida por el Acetato de Medroxiprogesterona (DMPA) se extiende hasta por lo menos 90 días después de su aplicación.

RETORNO A LA FERTILIDAD

El retorno de la fertilidad es más tardío que con los otros métodos hormonales. La posibilidad de embarazo durante el primer año de discontinuación de uso del método es menor entre usuarias de DMPA que entre usuarias de otros métodos. Aproximadamente a los 14 meses de discontinuado el método, las tasas de embarazo ya son semejantes a las de mujeres que no han usado métodos anticonceptivos. Este

retraso parece ser independiente del número de inyecciones aplicadas y de la edad de la usuaria. No se han reportado casos de infertilidad permanente aducible al método.

EFFECTIVIDAD

El nombre comercial= Depo-subQ provera 104. (Aún no disponible en el salvador).

Es un método altamente efectivo con una tasa de embarazo accidental después del primer año de uso menor del 1%.

BENEFICIOS DMPA

Ayuda a proteger contra: Riesgo de embarazo, Cáncer de endometrio, Fibromas uterinos, Puede ayudar a proteger de Enfermedad pélvica inflamatoria, Anemia por deficiencia de hierro (También NET- EN) Reduce: Crisis de anemia falciforme, Síntomas de endometriosis (dolor pélvico y sangrado endometrial) NET-EN, Ayuda a prevenir la anemia por deficiencia de hierro.

SIGNOS DE ALARMA Y EFECTOS SECUNDARIOS POSIBLES

No se han descrito complicaciones importantes con su uso. Los problemas principales asociados con el uso de este método son las irregularidades menstruales, sangrado prolongado o abundante y amenorrea. Algunas mujeres pueden presentar cefalea, mastalgia, aumento de peso, náusea, nerviosismo, cambio del estado de ánimo o del deseo sexual, mareos, distensión y molestia abdominal. El retraso en el retorno a la fertilidad puede también ser un problema en algunos casos.

ANTICONCEPTIVO SUBDERMICO SOLO DE PROGESTINA (IMPLANTES)

Es un método anticonceptivo temporal, de acción prolongada, de aplicación subdérmica y que contiene una progestina sintética (no contiene estrógeno) la cual es liberada a dosis diarias muy pequeña en forma controlada para alcanzar el efecto anticonceptivo deseado.

DESCRIPCIÓN

Los implantes de que se usan en la actualidad son:

NorplantR: consiste en 5 cápsulas delgadas de dimetilpolisiloxano, conteniendo cada una 36 mg de levonorgestrel, liberando un promedio de 30 mcg. de levonorgestrel por día. *f*

El JadelleR consta de dos cilindros de silastic (hule de silicón) de 75 mg. de levonorgestrel.

El ImplanonR consiste de un cilindro de 68 mg.de etonorgestrel. (Aun no disponible en el país).

El efecto anticonceptivo con la utilización de Norplant es 5 a 7 años y comienza inmediatamente después de su aplicación. Jadelle tiene una eficacia de 5 años e Implanon de 3 años. En mujeres que pesan 80 kg. o mas, Jadelle y Norplant pierden eficacia después de cuatro años de uso. La fertilidad se restablece casi inmediatamente después que los implantes son retirados. La tasa de embarazo es menor de 1 por cada 100 mujeres que utilizan los implantes en el primer año de uso. Con la utilización de Jadelle durante los 5 años de uso podría darse un embarazo por cada 100 mujeres y con Norplant en los 7 años de uso alrededor de 2 embarazos por cada 100 mujeres.

DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS (DIU)

Es un método temporal de planificación familiar que consiste en insertar un dispositivo dentro de la cavidad uterina. El DIU es una buena alternativa para las usuarias que no desean un embarazo y no quieren usar un método permanente.

DESCRIPCIÓN O TIPO

Los DIU son pequeños dispositivos fabricados de polietileno flexible con hilos que facilitan su colocación y extracción. Existen los no medicados como los de Cobre, y los medicados o liberadores de hormonas (levonorgestrel) estos últimos

liberan constantemente pequeñas cantidades de hormona esteroidea en el útero. Los DIU más utilizados actualmente en el Salvador son los no medicados, de los cuales el más usado es el de polietileno en forma de T recubierto de cobre (TCu-380A). Los DIU se obtienen en el mercado en sobres estériles individuales.

La protección anticonceptiva se inicia inmediatamente después de su inserción y el efecto de la TCu-380A dura hasta 10 años. Es inmediato al retiro del dispositivo. El dispositivo intrauterino es un método altamente efectivo. La Tcu-380A presenta un índice de falla al primer año de uso de 0.6 al 0.8%

DIU HORMONALES

Los DIU hormonales liberan diariamente pequeñas cantidades de levonorgestrel, una progestina usada ampliamente en los implantes y los anticonceptivos orales. Está disponible en el mercado con el nombre comercial de Mirena. Este método de planificación no está disponible en las unidades de salud.

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS PERMANENTES

Los Métodos Anticonceptivos Permanentes se entenderán que son aquellos que evitan de manera definitiva el embarazo y son recomendados para las personas que ya no desean tener más hijos; estos se efectúan de dos formas: la esterilización femenina y la esterilización masculina (vasectomía).

PREFERENCIA DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Según diversas bibliografías consultadas y los años en los que se realizaron las investigaciones, cambia la preferencia de los métodos anticonceptivos, pero siempre están en primer orden los métodos de planificación hormonales, a pesar de que los resultados no son homogéneos y varían de un estudio a otro. Estas variables se han investigado y las variaciones se deben a los diferentes niveles de escolaridad

estudiados, además de la religión, la condición socioeconómica, el año en el que se realizó la investigación, la provisión los servicios de salud y el grado de desarrollo del país de estudio, entre otros factores. A continuación se presentan varios estudios que se realizaron en países de América Latina.

En un estudio descriptivo realizado en la Consulta de Planificación Familiar del Centro Policlínico Docente "Nguyen Van Troi", en Cuba, confeccionó una encuesta que se aplicó a 173 mujeres que acudieron trimestralmente a las consultas planificadas entre los años 1995-1996, donde se pudo “apreciar que las tabletas anticonceptivas orales constituyen el método anticonceptivo más preferido por las mujeres que asisten a nuestra consulta, y ocupa el 49,72 %, un 28.9% DIU, un 15.6% Otro método anticonceptivo y un 4% diafragma.”⁵

Según un estudio realizado en el Hospital “Materno Infantil del Este”, Petare, en el año 2009⁶, en Caracas, Venezuela, sobre métodos de planificación familiar entre diferentes usuarias de dicho hospital, se reportó que las mujeres “más jóvenes se ubicaron en el grupo de preferencia de anticonceptivos orales combinados con un promedio de edad de 26.66 años; seguidas por las usuarias de anticonceptivos inyectados con 30.69 años. En tercer lugar se ubicaron las usuarias de DIU con 32.76 años y finalmente las de esterilización quirúrgica con 33.98 años. Las pacientes más jóvenes prefieren métodos hormonales temporales y las mayores de 30 años eligen fundamentalmente métodos no hormonales como el DIU o definitivos como la esterilización quirúrgica femenina.”

En otro estudio retrospectivo llamado Proyecto PIENSA, del año 2014, se incluyó varios países de América Latina, en el estudio realizado en Perú se encontró que las participantes usaron “alguno de los siguientes métodos anticonceptivos en algún momento de su vida: 53% de las mujeres utilizó la píldora, 3% dispositivos

⁵ Vivian Herrera Gómez, Anticonceptivo en la Consulta Externa de Planificación familiar, Rev Cubana Med Gen Integr 1997;13(4):345-351, Cuba.

⁶ Drs. Ramón Fernández, Luis López y cols. “Métodos anticonceptivos: prevalencia de uso según método en el Hospital “Materno Infantil del Este”, Petare” Servicio de Planificación Familiar del Hospital “Materno Infantil del Este Dr. Joel Valencia Parparcén. Caracas, Venezuela, puede hallarse en: <http://www.scielo.org.ve/pdf/og/v69n1/art05.pdf>

intrauterinos, 17% el condón masculino, 1% el parche transdérmico, 11% inyectables, 2% el anillo vaginal, y 13% no utilizó métodos anticonceptivos. Respecto a lo anterior, el 35% manifestó haber interrumpido algún método más de tres meses. El 48% usaba algún método al momento de realizarse el presente estudio.”⁷ mientras que el mismo estudio realizado en Chile reportó que “los anticonceptivos orales combinados lo usan el 71% de la población de estudio, un 14.2% usó Otro método antinceptivo, mientras que el anillo vaginal fue utilizado por 6.4% de la población”⁸

⁷ Y ⁸ Eduardo Cáceres Chú, Jorge Thornberry y cols. Proyecto PIENSA (Programa de Investigación y Educación en Salud Reproductiva): impacto de la asesoría en la elección anticonceptiva en mujeres peruanas, Rev. Perú. ginecol. obstet. vol.60 no.3 Lima jul./set. 2014, puede ser hallado en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S2304-1322014000300005&script=sci_arttext

HIPÓTESIS

El método de planificación familiar hormonal de preferencia de las usuarias de la UCSF San Isidro es la inyección trimestral durante el período de mayo a julio del 2015.g

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

- Descriptivo, de corte transversal

2. PERIODO DE INVESTIGACIÓN

- Mayo-Julio del año 2015

3. UNIVERSO (POBLACIÓN):

- 146 usuarias

Por conveniencia el universo se tomará en su totalidad para realizar la investigación, por este motivo no hay muestra.

4. VARIABLES

a) Dependientes

- Efectos adversos.

b) Independientes

- Método de planificación hormonal.
- Antecedentes obstétricos.
- Religión.
- Escolaridad.
- Edad.
- Lugar de procedencia.

Criterios de inclusión:

- Mujer.
- Usuaria fértil actualmente.
- Edad de 15 a 45 años.
- Que hayan presentado o no algún efecto adverso a anticonceptivos.
- Inscrita en el programa de planificación familiar.
- Que pertenezcan al Área Geográfica de Influencia de la unidad de salud.
- Uso de método anticonceptivo hormonal.
- Uso de método anticonceptivo en los últimos 6 meses.

5. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Variable	Definición Operacional	Indicadores De Medición	Técnica	Instrumento
Método de planificación hormonal	Método de planificación para evitar embarazos	<ul style="list-style-type: none"> • Método inyectable de mensual • Método inyectable trimestral • Método de anticonceptivos orales 	Encuesta	Cuestionario
Antecedentes obstétricos	Embarazos y partos previos, sean abortos, nacimientos prematuros o partos de término.	<ul style="list-style-type: none"> • Gestaciones • Partos de término • Partos prematuros • Abortos 	Encuesta	Cuestionario
Religión	Persona que profesa una religión y asiste regularmente a algún centro religioso	<ul style="list-style-type: none"> • Católico • Evangélico • Otros • Ninguna 	Encuesta	Cuestionario
Escolaridad	Cantidad de años de estudio de una persona	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguna • Educación básica incompleta • Educación básica completa • Bachillerato • Universidad 	Encuesta	Cuestionario
Edad	Años cumplidos	<ul style="list-style-type: none"> • Edades entre 15 a 45 años 	Encuesta	Cuestionario
Lugar de procedencia	Cantones o caseríos del área geográfica de influencia de la UCSF San Isidro	<ul style="list-style-type: none"> • Cantón San Isidro • Cantón San José Borjas • Cantón San Antonio Jiboa • Cantón San Juan Buena Vista 	Encuesta	Cuestionario

Efectos adversos	Cualquier signo o síntoma adverso que presentan las mujeres que planifican usando métodos anticonceptivos	<ul style="list-style-type: none"> • Cefalea, • Visión borros • Dolor mamario • Acné • Amenorrea • Inflamación o dolor de piernas • Ictericia • Mareo o vómito • Sangrado uterino intenso o prolongado • Dolor abdominal • Inflamación de piernas • Aumento ponderal • Otros síntomas 	Encuesta	Cuestionario
-------------------------	---	--	----------	--------------

6. FUENTES DE INFORMACIÓN

Primarios:

- Mujeres que están planificando
- Expedientes clínicos

7. TÉCNICAS DE OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN

- Encuesta ANEXO 3

8. HERRAMIENTAS PARA OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN

- Cuestionario

9. MECANISMOS DE CONFIDENCIALIDAD Y RESGUARDO DE LOS DATOS

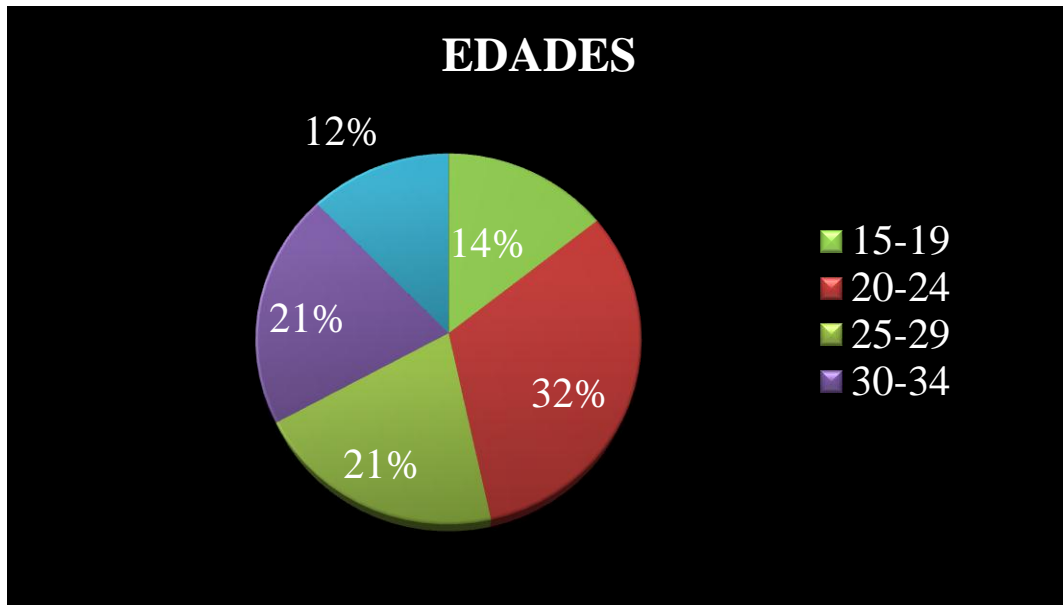
- Consentimiento informado

10. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE INFORMACIÓN

Mediante dispositivos electrónicos de redacción y digitación utilizando Software Microsoft Office 2013, específicamente el programa Word para la digitalización y procesamiento de los datos, Excel para la edición y presentación de gráficas, PowerPoint y Prezi para la exposición del trabajo final.

RESULTADOS

1. Edad.



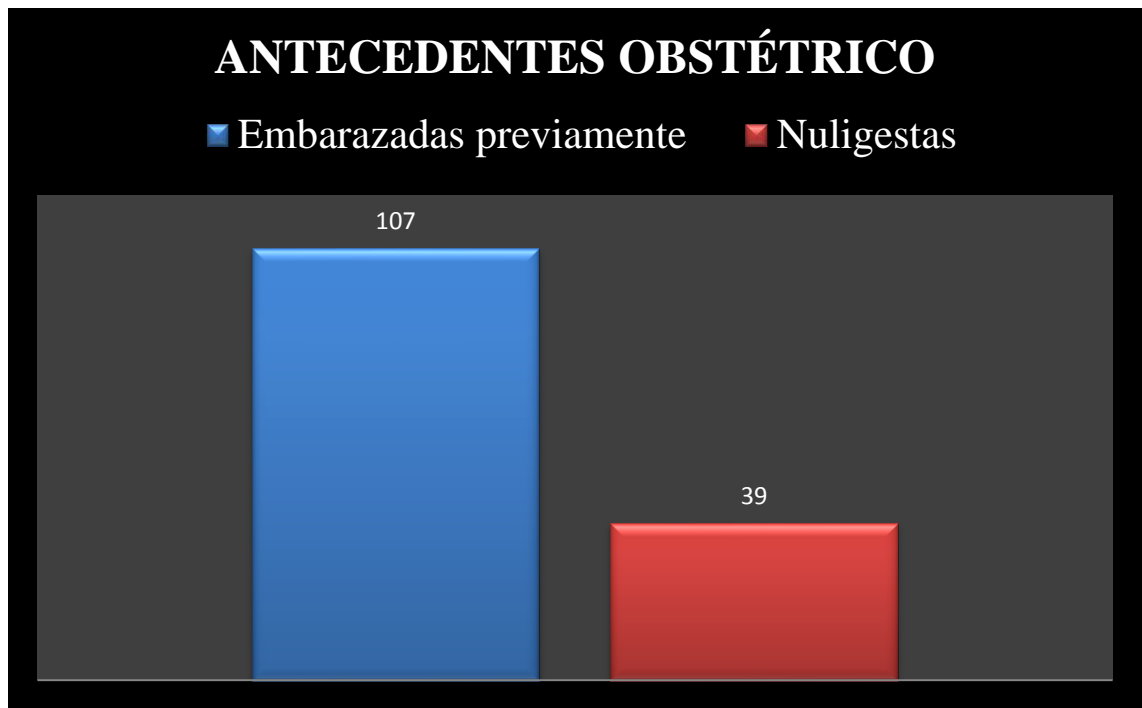
Interpretación:

Según los datos obtenidos, representados en la gráfica, se puede saber que la cantidad de mujeres que más planifican están entre las edades de 20-24 años, que corresponde al 32%, o sea casi la tercera parte del total de encuestados, seguido por las mujeres entre las edades de 25 a 29 años y 30 a 34 años, correspondiente al 21% de la población. Las mujeres que menos utilizan métodos de planificación están entre las edades cercanas a los extremos de la vida reproductiva. Se observa que el 46% de la población, casi la mitad, que utiliza un método anticonceptivo es menor de 25 años.

Análisis:

Según la información recaba en esta investigación se encuentra que hay diferencias con respecto a investigaciones previas, debido a que la investigación de FESAL-2008 menciona que la edad a la que más planifican las salvadoreñas es de 35-39 años. Probablemente se esté dando un cambio en las edades de uso de anticonceptivos, por la educación en Salud Sexual Reproductiva que se ha estado realizando desde hace pocos años en la población joven del país. Se evidencia además el uso de anticonceptivos a tempranas edades, relacionado al precoz inicio de relaciones sexuales en la población.

2. Antecedentes Obstétricos:

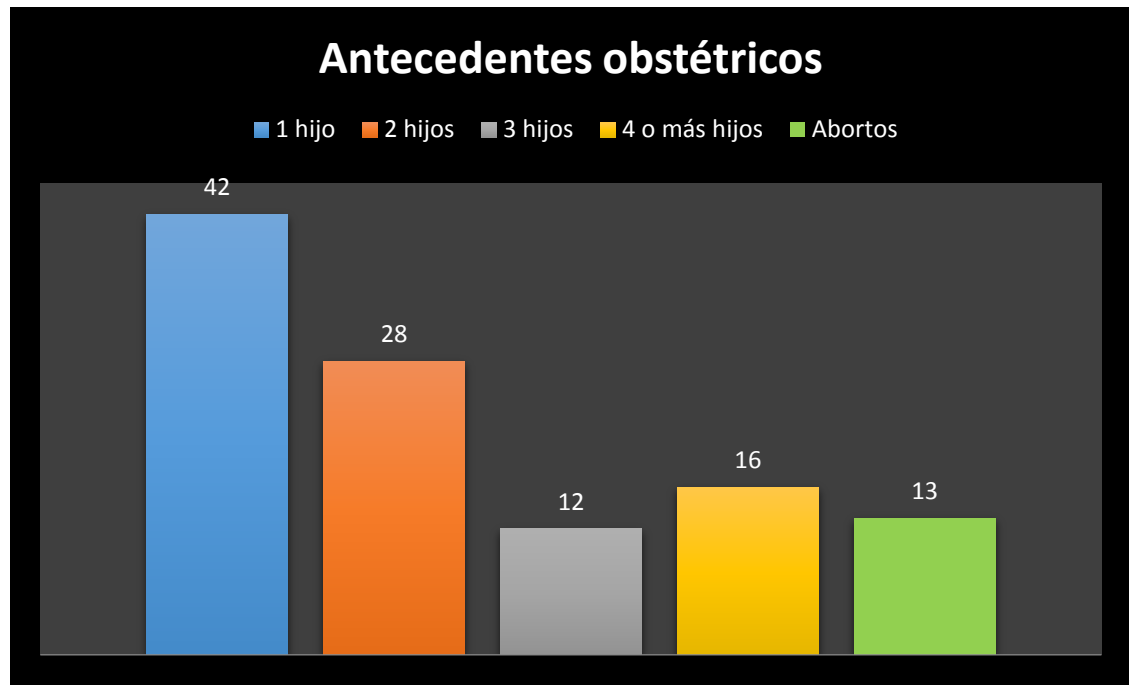


Interpretación:

Se observa que la mayoría de la población que usa un método de planificación ya ha tenido al menos un embarazo previo, correspondiendo a 107 mujeres, o sea el 73% de la población de estudio. Sólo un 27% de la población que planifica no ha tenido ningún embarazo.

Análisis:

La mayoría de la población que utiliza un método anticonceptivo ya ha tenido al menos un embarazo, de lo que se puede analizar que debido al alto costo de la vida, las dificultades sociales y económicas, las familias que ya han tenido un hijo, prefieren esperar a reproducirse y mejorar sus condiciones socioeconómicas. Además nos podemos percatar de que las mujeres están empezando a planificar a edades más tempranas, aún sin haber estado embarazadas, para realmente escoger el momento prudente para reproducirse.



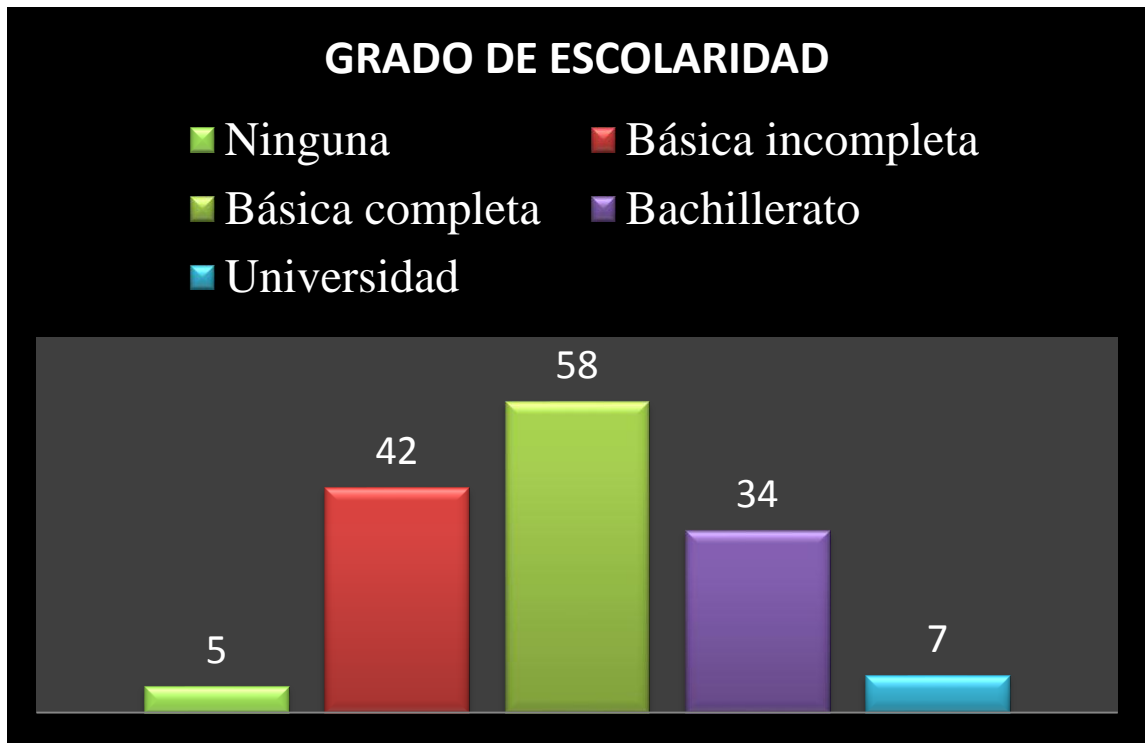
Interpretación:

La mayor cantidad de mujeres entrevistadas 42 de 146 solamente poseen un hijo seguidas con 28 que poseen dos hijos luego se puede observar una equidad entre las mujeres que tienen 3-4 hijos y las que ya tuvieron un aborto.

Análisis:

Podemos observar que el mayor número de mujeres que poseen hijos solo tienen un hijo seguidas por dos hijos esto puede estar influenciada por circunstancias económicas por lo que las mujeres deciden planificar sus segundos hijos para cuando se encuentran mas estables. Estos datos difieren con las encuestas de FESAL que reporta una tasa Global de Fecundidad de 2.97 hijos por cada mujer; con amplias variaciones según residencia. Las mujeres que viven en el área rural, tienen en promedio 4 hijos. Donde podemos ver que nuestra población es rural pero su promedio no es de 4 hijos.

3. Grado de escolaridad:



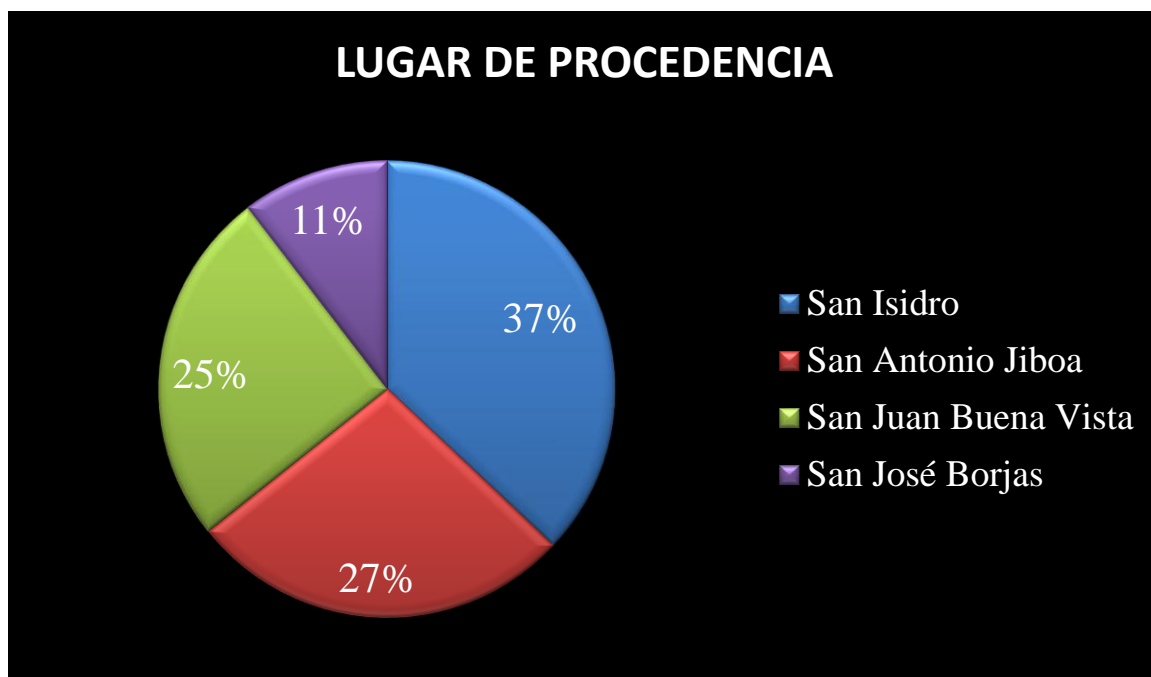
Interpretación:

Al indagar sobre el nivel educativo encontramos que 58 mujeres, que corresponde al 40% de la población encuestada, han finalizado la educación básica completa y 42 mujeres, que corresponde al 29%, han estudiado educación básica sin terminar, además hay 34 mujeres, o sea el 23% de la población, ha realizado estudios de bachillerato y una pequeña cantidad de la población son analfabetas o han terminado sus estudios universitarios. El 97% de la población tiene al menos un estudio de educación básica.

Análisis:

Al analizar los datos encontramos una población del área rural, con poco nivel de escolaridad, pero también con escasa población analfabeta, sin embargo con respecto al promedio nacional y local, no son niveles tan bajos de escolaridad. Es evidente que la población que planifica en su gran mayoría son mujeres alfabetizadas. A pesar de todo esto, aunque es población que está planificando, probablemente no esté muy preparada o muy informada en el método de planificación que está utilizando y esto puede tener consecuencias negativas a la hora de tomar decisiones sobre el método que podrían elegir.

4. Procedencia:



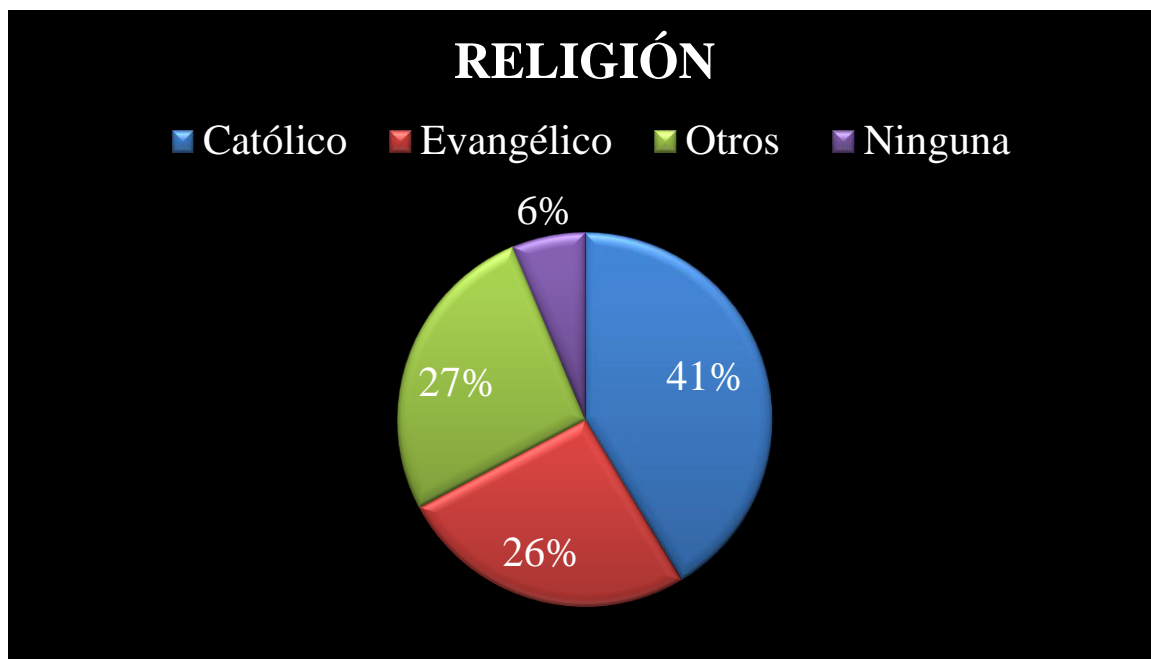
Interpretación:

Se puede ver que el 37% de las mujeres que se encuentran en planificación son del cantón San Isidro; y más del 50% son mujeres que se encuentran en San Antonio Jiboa y San Juan Buena Vista; y una mínima cantidad de 11% pertenece al cantón de San José Borjas

Análisis:

Con esto podemos analizar que si bien es cierto que toda la población pertenece al ECOSF San Isidro y que la población que se encuentra más cercana al ECOSF es la que tiene mayor acceso a los servicios de salud y educación para planificar las familias; y los cantones más lejanos tienen mayor dificultad a contar con ellos por lo que se refleja en la gráfica.

5. Religión que practica:



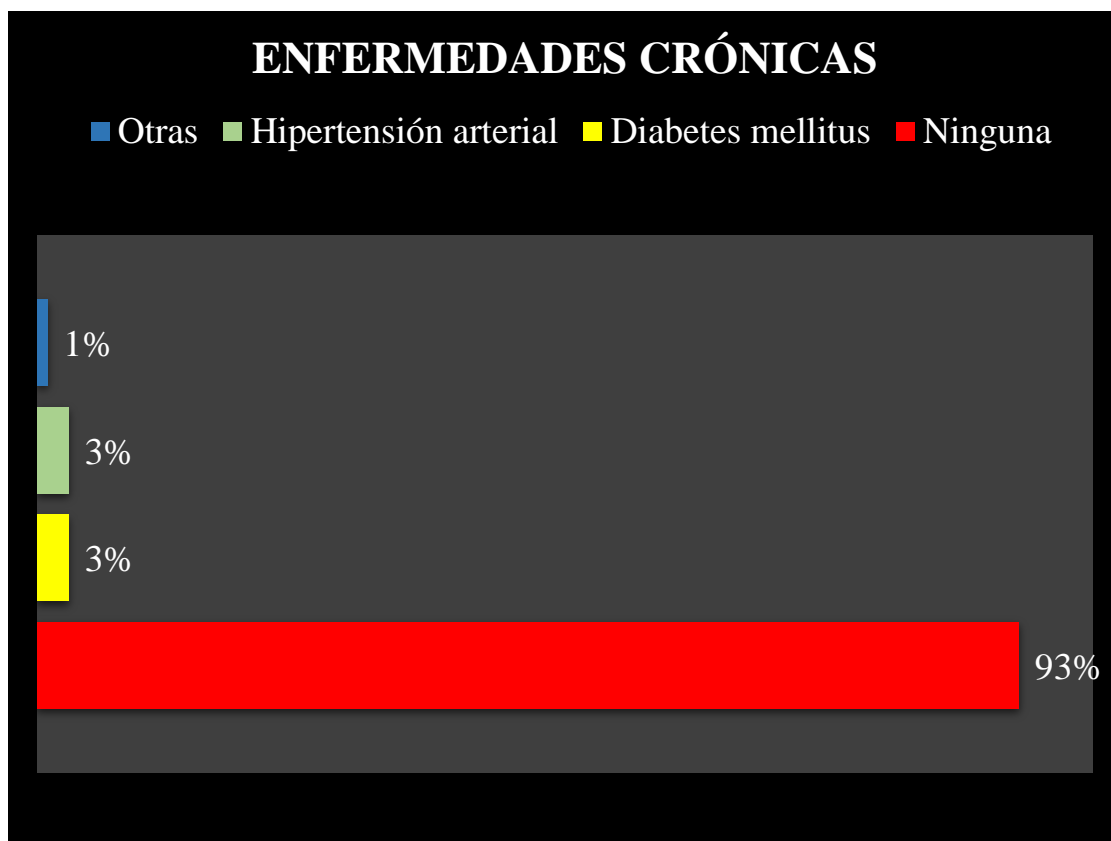
Interpretación:

Como se puede observar en el gráfico el mayor porcentaje de mujeres que profesan la religión católica con un 41%, el menor porcentaje se encuentran las mujeres que no profesan ninguna religión con el 6%, pero se puede observar que más del cincuenta por ciento de las mujeres se encuentra entre evangélicas y otras religiones, las cuales la diferencia entre ambas es mínima de aproximadamente 1%.

Análisis:

La mayoría de las personas que utilizan métodos anticonceptivos profesan la religión católica, sin embargo esto se explica porque la mayoría de la población del área donde se obtuvo la muestra, profesan la religión católica (68%) esto coincide con lo investigado por los estudios de FESAL en el 2008 donde afirman que la religión no tiene ninguna importancia. Esto podemos observarlo en la distribución, ya que los porcentajes están repartidos equitativamente según la cantidad de como estas religiones están distribuidas en la población de estudio.

6. ¿Padece de enfermedades crónicas?



Interpretación:

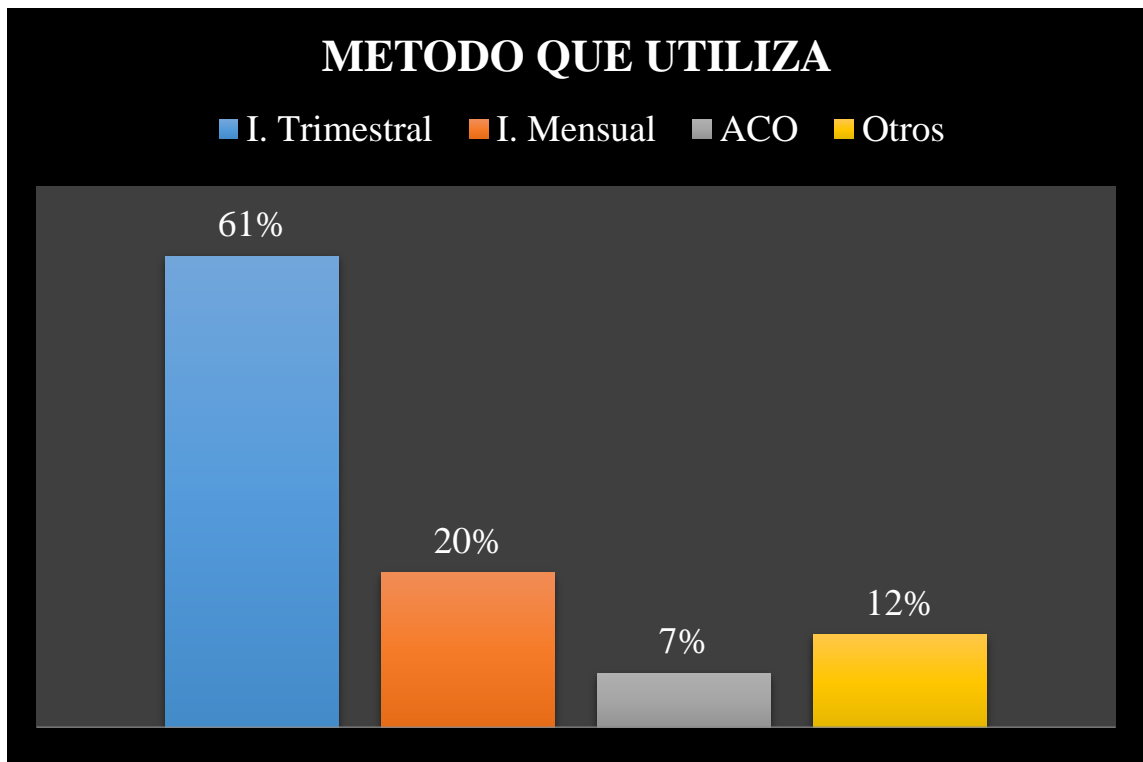
Se observa en la gráfica, que la mayoría de personas que planifican no padecen ninguna enfermedad crónica. Apenas un 7 % de la población que planifica padece de alguna enfermedad, mientras que un 93% planifica sin padecer ninguna enfermedad.

Análisis:

La mayoría de pacientes que usan un método anticonceptivo están sanas, de lo que podemos concluir que la mayoría de usuarias planifican y evitan embarazos no deseados por razones económicas o sociales y no por evitar complicaciones de salud de sus enfermedades. Otro factor a tomar en cuenta es que las enfermedades crónicas son más frecuentes en edades más avanzadas y las usuarias que más planifican son mujeres

jóvenes, por lo tanto no habrá tantos datos de pacientes planificando que padezcan alguna enfermedad crónica.

7. ¿Cuál método de planificación familiar que utiliza?



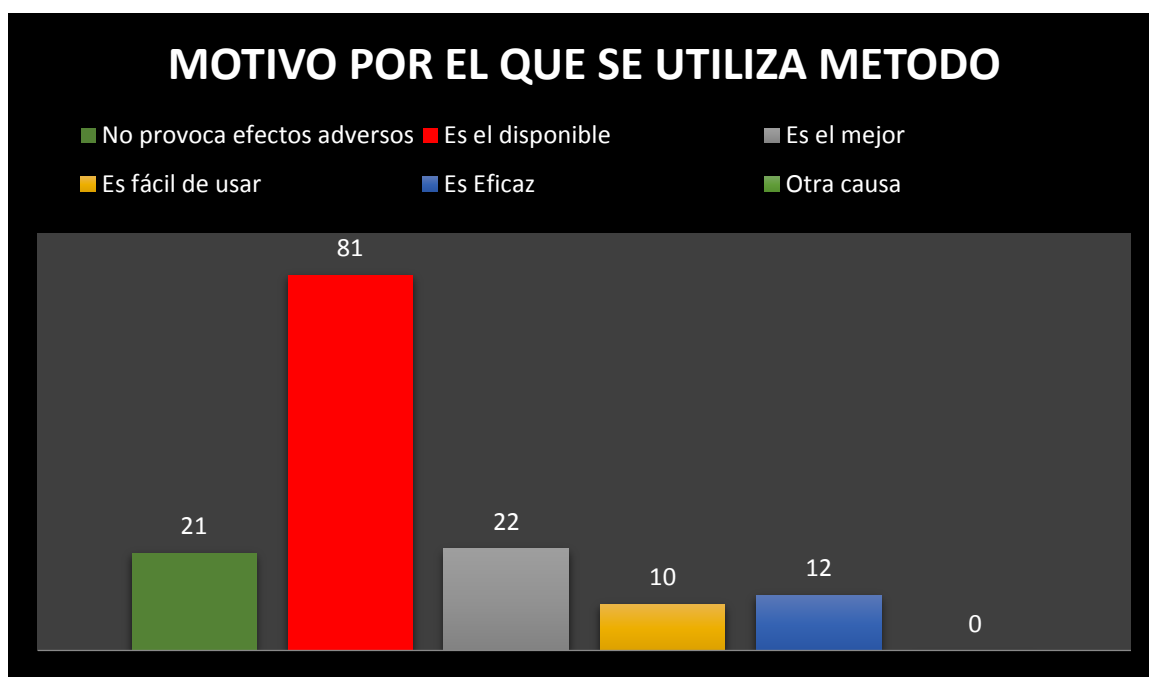
Interpretación:

En el siguiente gráfico se puede observar que el método más utilizado por las mujeres encuestadas son los hormonales inyectables trimestrales con un 61%, el siguiente más utilizado es el hormonal inyectable mensual con un 20% y el 12% de las mujeres prefieren otros y solo un 7% utiliza ACO.

Análisis:

Los resultados obtenidos en este estudio coinciden con la información brindada con el FESAL 2008 en el que asegura que en el área rural el primer lugar lo ocupa el inyectable trimestral, pero contrasta en que el siguiente en preferencia sean los orales ya que este ocupa el tercer lugar en este estudio. Probablemente se deba a la disposición de método en el centro asistencia; así como la asociación casi directa con el nivel educativo de la mujer y la información sobre el mismo.

8. ¿Por qué utiliza este método?



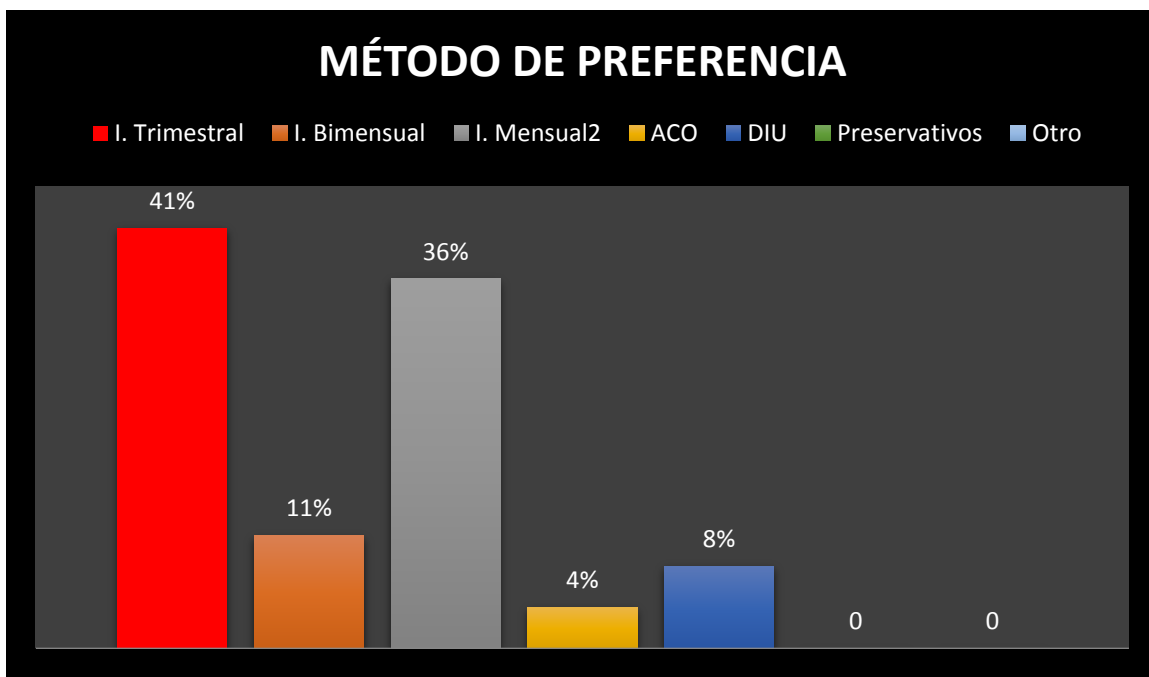
Interpretación:

81 de 146 personas utilizan el método de planificación familiar porque se encuentra disponible, 22 porque es el mejor, 21 porque no provoca efectos adversos, 12 debido a que es eficaz y 10 por ser fácil de usar.

Análisis:

Podemos observar que la principal razón para elegir un método en particular es la disponibilidad de cierto método; sin importar tanto su eficacia o algún efecto adverso que pueda provocar, ya que la mal situación económica de la población no permita que puedan acceder a otros métodos y se limita a las pacientes a elegir los métodos que el Ministerio de Salud ofrece.

9. ¿Cuál es el método de planificación familiar de su preferencia?



Interpretación

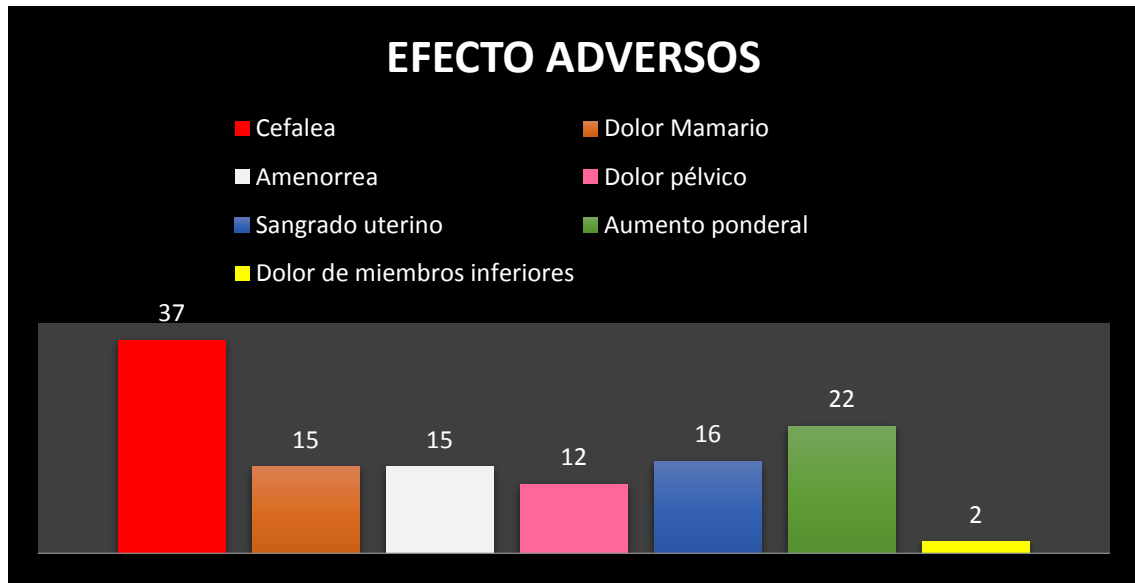
Al indagar sobre el método de planificación de preferencia el 41% de la población entrevistada prefieren los inyectables trimestrales, 36% los inyectables mensuales, 11% inyectables bimensuales, y solo un 8% DIU y 4% ACOS; observando que mas del 50% prefieren métodos hormonales inyectables.

Análisis

Podemos observar que mayor porcentaje de las pacientes prefieren métodos inyectables trimestrales esto nos diferencia a los estudios realizados en otros países por ejemplo los métodos más frecuentes de anticoncepción en Estados Unidos los anticonceptivos orales y los preservativos, en ese orden, al igual que estudios realizados en nuestro país donde se observa que el método que más usaron en el área urbana es el condón masculino (32 por ciento), seguido de los orales, e inyectable mensual (alrededor del 26 por ciento) y en tercer lugar el inyectable trimestral. En cambio, en el área rural el primer lugar lo ocupa el inyectable trimestral (31 por ciento) seguido de los orales (25

por ciento) y del condón masculino (un 20 por ciento). Observando que los estudios coinciden con la investigación ya que la población es una área rural.

10. ¿Ha presentado algún efecto adverso durante la utilización del método de planificación familiar que utiliza?



Interpretación

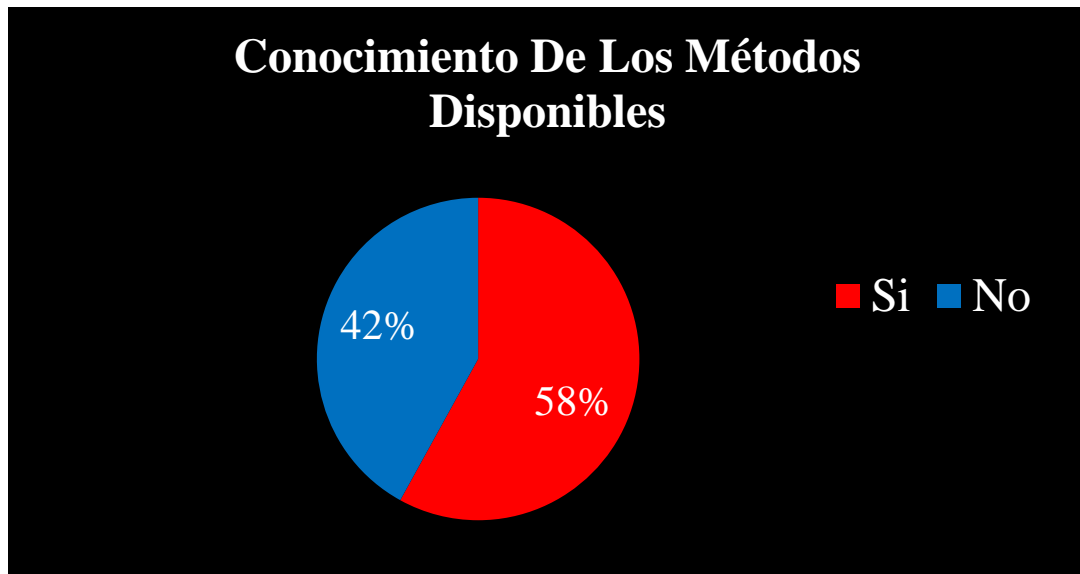
Se observa que son muy frecuentes los efectos adversos en la población en estudio, del total de la población, 37 pacientes, o sea el 25%, ha padecido alguna vez en la vida cefalea relacionado al uso de métodos anticonceptivos; 22 usuarias han presentado aumento de peso, correspondiente al 15% de la población; 16 usuarias, correspondiente al 11%, han presentado sangrado uterino intenso o prolongado, 15 usuarias, o sea el 10%, ha padecido dolor mamario; 12 usuarias, o sea el 17%, han presentado dolor pélvico relacionado al método anticonceptivo, 15 pacientes, o sea el 8% de la población encuestada han presentado problemas de amenorrea.

Análisis

Si se suman todos los datos se observa que los efectos adversos son bastante frecuentes en la población en estudio, mayores comparadas a la bibliografía consultada. Esto podría deberse a dos razones, que las pacientes no reconocen un efecto adverso realmente relacionado al método de planificar y que cada vez que sienten un dolor se lo adjudican al uso de anticonceptivos o que realmente puedan estar presentando en algún momento estos efectos adversos por el uso de un método anticonceptivo. A la hora de

consultarles a las usuarias, refirieron ellas que en algún momento tuvieron algún síntoma adverso pero que fue temporal y cesó sin obligar a las pacientes a cambiar de método.

11. ¿Conoce cuales métodos de anticonceptivos posee su unidad de salud?



Interpretación

Se observa que entre la población encuestada, 94 mujeres conocen los demás métodos disponibles en la unidad de salud, o sea el 64%, mientras que 68 mujeres desconocen los demás métodos con los que cuenta la unidad de salud, correspondiente al 46% de la población.

Análisis:

Es evidente que casi la mitad de la población desconoce los demás métodos de planificación disponibles en la unidad. Esto es un dato sumamente preocupante, porque parece que la población no escoge ningún método anticonceptivo, sino que le imponen un método en particular, sea por la poca disponibilidad de opciones de medicamentos para planificar, por los bajos niveles de escolaridad que repercuten en el grado y nivel de información de las usuarias, o por la falta de interés en conocer otros métodos de planificar para escoger el más apropiado para cada caso.

A las mujeres que sí estaban informadas sobre los métodos disponibles en la unidad de salud, se les preguntó además qué método eran con los que contaba la unidad de salud, sin embargo muy pocas usuarias pudieron describir a totalidad los métodos anticonceptivos que podía escoger.

Esta mala información por parte de la usuaria pudiera traer malas decisiones a la hora de escoger un método, mayor cantidad de efectos adversos y problemas en el resto de la población de que no asistan a solicitar un método de planificación familiar por desconocer la oferta de los demás métodos.

DISCUSIÓN

Con respecto a la información recaba, históricamente ha ido aumentando la cantidad de mujeres que utilizan métodos anticonceptivos, teniendo como primer método de planificación, la esterilización acá en El Salvador.

La Encuesta FESAL 2008 reporta una tasa Global de Fecundidad de 4 hijos por cada mujer el área rural, además que el método más utilizado es la esterilización femenina con un 32.7%, seguido por los inyectables con un 18.3% y los orales con un 5.8% y el porcentaje de uso de los otros métodos menor al 3%.

La edad sí influye en el uso de anticonceptivos, la investigación de FESAL 2008 reporta que la edad a la que más planifican las salvadoreñas es de los 35 a los 39 años, sin embargo según los datos recabados en nuestra investigación, las mujeres están planificando a edades más jóvenes además mujeres que ya han tenido un embarazo previo son las que más utilizan un método para prevenir embarazos y que la mayoría empieza a planificar luego del primer embarazo.

Reporta el estudio FESAL que las condiciones especiales y la vulnerabilidad de ciertos grupos determinan el mayor o menor uso de anticonceptivos, sin embargo de la población que está planificando en su gran mayoría no padece de ninguna enfermedad crónico-degenerativa. Esto podría explicarse principalmente porque las mujeres que padecen alguna enfermedad crónico-degenerativa ya están en edades posteriores al inicio de la menopausia y por lo tanto no necesitan utilizar ningún método anticonceptivo. A pesar de esto hay una pequeña población que todavía está en edades reproductivas y que padecen alguna enfermedad pero que no están planificando.

El alfabetismo y grado de estudio de una persona, tiene mucha relación con la decisión de planificar, en la investigación se evidencio que el 97 % de la población tiene al menos un grado de estudio de educación básica.

Se hizo evidente en la investigación que el acceso a los servicios de salud y la facilidad de consulta a una unidad de salud favorece el inicio de planificación familiar, sin embargo la religión no tiene mucha relación con el hecho de utilizar un anticonceptivo, tal y como lo reporta el estudio de FESAL.

Según los resultados obtenidos se puede afirmar que en nuestra población, las mujeres están empezando a planificar a edades más jóvenes y que el método de

preferencia entre los anticonceptivos hormonales es la inyección trimestral. Por la información recaba por el censo del 2011, se puede observar además que la esterilización femenina no es el primer método anticonceptivo utilizado en la población en estudio. Es muy importante la diferencia entre el método de planificación que utilizan las usuarias y el que prefieren, la inyección trimestral es el método más utilizado (61%), y en otra interrogante mencionaron que el 81% utilizaban ese método porque es el que está disponible, sin embargo se observa que sólo el 41% prefiere utilizar la inyección trimestral, o sea que hay un 20% (14 personas) que no prefieren utilizar ese método por los efectos adversos que les provoca, pero que lo utilizan porque es el que está disponible.

El efecto adverso más frecuentemente reportado por las usuarias, es la cefalea, seguido por aumento de peso y sangrado uterino anormal, en la bibliografía investigada no se reportan frecuencias de efectos adversos, sólo se mencionan que la cefalea, aumento ponderal y sangrado uterino pueden ser mayores al 10% sin especificar cifras. Esta alta prevalencia de efectos adversos de la población, se puede deber a que no pueden cambiar el método anticonceptivo debido a que no tienen otras opciones para escoger otro método que les provoque menos efectos adversos.

Un dato muy interesante, y a la vez preocupante, es el hecho de que muchas de las usuarias que están planificando no conocen los demás métodos que tienen disponibles en la unidad de salud y de las que conocen otros métodos, son muy pocas las que saben realmente cuántos métodos de planificación hay. Esto vulnera la libre elección de un método de planificación y hace más bien que se les esté imponiendo un tipo de método en particular en vez de que las pacientes escojan cuál método deseen utilizar.

CONCLUSIONES

1. Podemos concluir que el método más utilizado en el ECOSF San Isidro es el hormonal inyectable trimestral y que es de preferencias de las mujeres entrevistadas debido a la falta educación sobre el tema de planificación y los bajos niveles adquisitivos que las limita a utilizar los que el ministerio de salud ofrece.
2. Además se observa que la población que más planifica son mujeres adultas jóvenes entre 20-24 años que mayormente han tenido una gravidez previa por lo que se observa que las familias ahora son más pequeñas ya que a partir del primer hijo tienden a planificar mejor sus futuros embarazos.
3. Las pacientes que se encuentra más cerca del ECOSF San Isidro tienen más oportunidades de conocer los métodos de planificación y elegir uno, aunque este se limita a las ofertadas por el ministerio de salud.
4. Los efectos adversos más presentados por las pacientes es cefalea y aumento ponderal aunque esto no limita el uso del método ya que en ocasiones es el único que se encuentra disponible en la unidad de salud. Muy probablemente la alta frecuencia de efectos adversos se debe a que las usuarias no tienen la oportunidad de escoger el método de planificación que deseen, sino que se les impone o lo aceptan por ser el único al que pueden acceder.

RECOMENDACIONES

A la UCSF B San Isidro:

1. Que el ECOSF San Isidro haga campañas de planificación familiar en los cantones más lejanos para que todas las mujeres tengan acceso a información sobre planificación familiar.
2. Educar mejor a la población para que puedan elegir mejor su método de planificación que se adecue a su condición de salud.
3. Que las mujeres puedan planificar desde el momento que inician sus relaciones sexuales no después de haber tenido un hijo, para prevenir embarazos no deseados y complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio
4. Educar sobre los efectos adversos que se pueden presentar; y que las pacientes no abandonen el método para evitar un embarazo no deseado.
5. Dar a conocer todos los métodos anticonceptivos existentes sus beneficios y erradicar los mitos existentes, para aumentar las coberturas y prevenir o disminuir la morbilidad en embarazadas.

Al Ministerio de Salud:

6. Que el Ministerio de Salud aumente la disponibilidad de medicamentos para evitar que las pacientes abandonen el método que utilizan por los efectos adversos y dejen de planificar porque no hay otros anticonceptivos disponibles.

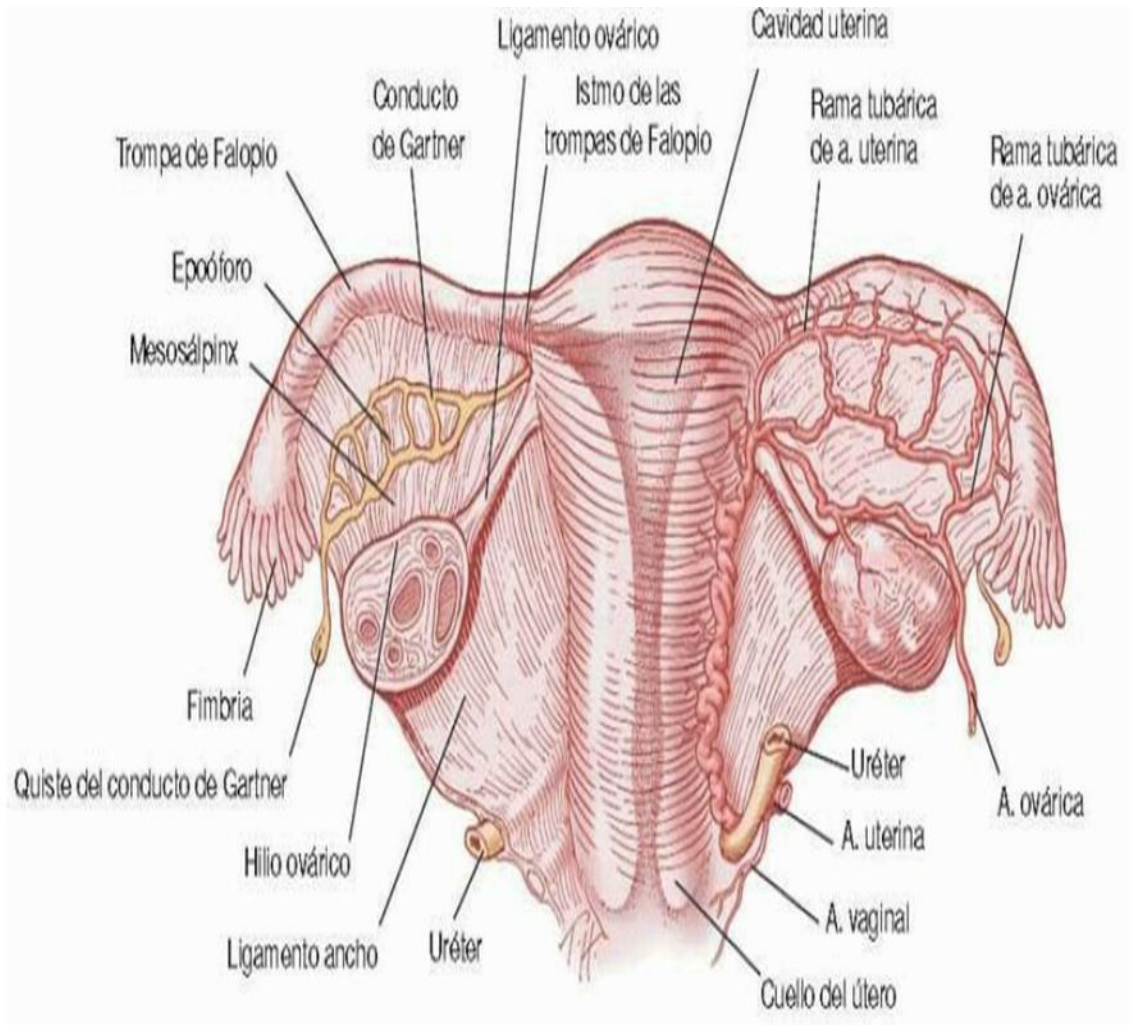
BIBLIOGRAFIA

- Asociación Demografía Salvadoreña (ADS), Comité Consultivo Interinstitucional (CCI): Encuesta Nacional de Salud Familiar de 2008 (FESAL-2008), [consultado: 18 de junio 2015] (pag. 3,7,8,10,15) Disponible en: <http://www.fesal.org.sv/2008/informe/final/espanol/descargas/InformeFinal/InformeFinal-FESAL2008.zip>
- Berek, Jonathan S. Ginecología de Novak. 16ª edición. España. Editorial; Lippincott Williams & Wilkins. 2013 (pag. 79, 80, 109-113)
- Alicia Maroto de Agustín, Mª Angeles Moreno Bueno, Mª Mar Rubio Moreno, Cristina Ortiz Valle y Francisco Escobar Rabadán. Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos por la población femenina de una zona de salud IV (Albacete) [internet]. España.1998 [consultado: 21 de junio 2015] (pag. 4-10) Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135- ,
- Vivian Herrera Gómez y colaboradores "Anticonceptivo en la consulta de planificación familiar" Consulta de Planificación Familiar del Policlínico Docente "Nguyen Van Troi" Rev Cubana Med Gen Integr 1997;13(4):345-351, puede encontrarse en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol13_4_97/mgi05497.htm
- Drs. Ramón Fernández, Luis López y cols. "Métodos anticonceptivos: prevalencia de uso según método en el Hospital "Materno Infantil del Este", Petare" [internet] 2006 [consultado: 3 de junio 2015] (pag.30-33) Disponible en: <http://www.scielo.org.ve/pdf/og/v69n1/art05.pdf>
- Eduardo Cáceres Chú, Jorge Thornberry y cols. Proyecto PIENSA (Programa de Investigación y Educación en Salud Reproductiva): impacto de la asesoría en la elección anticonceptiva en mujeres peruanas, Rev. Perú. ginecol. obstet. vol.60 no.3 Lima jul./set. 2014, puede ser hallado en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S23041322014000300005&script=sci_arttext

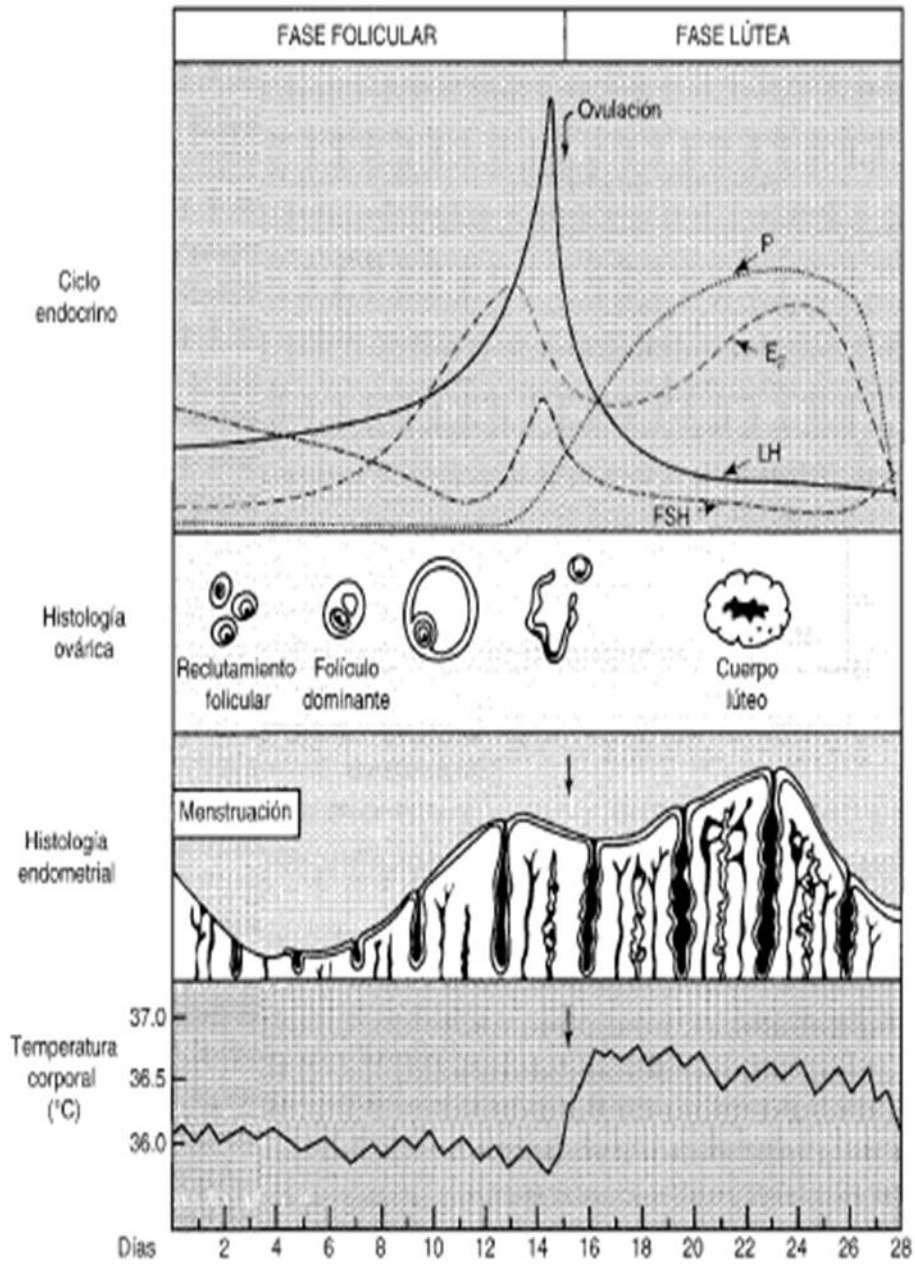
- Ministerio de Salud Pública y asistencia social, El Salvador, Guía técnica de atención en planificación familiar, [internet] 2008 [consultado: 3 de junio 2015] (pag.30-33) Disponible en: http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/guia/Guia_planificacion_familiar.pdf
- Ministerio de Salud, Página oficial sobre información de Ficha Familiar 2011, [internet] [consultado: 1 de julio 2015], <http://siff.salud.gob.sv/>

ANEXOS

- ANEXO 1



- ANEXO 2



- ANEXO 3

A continuación se agrega información adicional relevante sobre la población en estudio del área geográfica de la unidad de san isidro, obtenida del sistema de información en línea de ficha familiar.

MUJERES QUE UTILIZAN ALGÚN MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

	No	ACO	Inyectable	DIU	Esterilización femenina	Método de barrera*	Total
Número de personas	508	15	131	5	127	8	794
Porcentaje	64%	2%	16.4%	0.6%	16%	1%	100%

*Preservativo o diafragma

FAMILIAS QUE PRACTICAN ALGUNA RELIGIÓN

	Católico	Evangélico	Otras	No dato	Ninguna	Total
Número de familias	451	176	5	3	27	662
Porcentaje	68%	27%	<1%	<1%	4%	100%

- ANEXO 4



INSTRUMENTO PARA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

A continuación se presenta un cuestionario para recolectar información sobre métodos de planificación familiar que provee el Ministerio de Salud.

Todos los datos recolectados son confidenciales y se asegura que se utilizará esta información para fines exclusivamente de investigación.

Por favor conteste las siguientes preguntas, según su respuesta se escribirá o marcará el recuadro que corresponda a la respuesta correcta:

DATOS GENERALES

1- Edad: _____

2- Antecedentes Obstétricos:

G P P A V

3- Grado de escolaridad:

Ninguna Educación básica completa Educación básica incompleta
Bachillerato Universidad

4- Procedencia:

San Isidro San Juan Buena Vista San José Borjas San Antonio Jiboa

5- ¿Practica alguna religión?

Católico Evangélico Otra Ninguna

6- ¿Padece de enfermedades crónicas?

Hipertensión Arterial Diabetes Mellitus Cardiopatías
Insuficiencia Renal Cáncer Otras

7- ¿Cuál método de planificación familiar que utiliza?

Inyección trimestral Inyección mensual Anticonceptivos orales
Otros

8- ¿Por qué utiliza este método?

No me provoca efectos adversos Es el que tengo disponible
Creo que es el mejor Es fácil de usar Es eficaz
Otro motivo: _____

9- ¿Cuál es el método de planificación familiar de su preferencia?

Inyección trimestral Inyección mensual Anticonceptivos orales
DIU Preservativos Otro: _____

10- ¿Por _____ qué?

11- ¿Ha presentado algún efecto adverso durante la utilización del método de planificación familiar que utiliza?

Cefalea Dolor pélvico Dolor o congestión mamaria
Amenorrea Sangrado uterino intenso o prolongado
Aumento ponderal Inflamación o dolor inusual en las piernas
Otro: _____

12- ¿Conoce cuales métodos de anticonceptivos posee su unidad de salud?

Si No

¿Especifique?
