

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA



TRABAJO DE GRADO

LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN CLIMATERIO DE MUJERES ENTRE 40 A 65
AÑOS EN LA UNIDAD COMUNITARIA DE SALUD FAMILIAR SAN JULIÁN EN EL
DEPARTAMENTO DE SONSONATE EN EL PERIODO DE JULIO A DICIEMBRE DE
2021

PARA OPTAR AL GRADO DE
DOCTORA EN MEDICINA

PRESENTADO POR
SOFÍA GERALDINE AVILÉS FIGUEROA
MARGARITA ESPERANZA CARBALLO SANDOVAL

DOCENTE ASESOR
DOCTOR NELSON EMILIO MONTES REYES

MARZO, 2021
SANTA ANA, EL SALVADOR, CENTROAMERICA

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

AUTORIDADES



M. Sc. ROGER ARMANDO ARIAS ALVARADO

RECTOR

DR. RAUL ERNESTO AZCUNAGA LOPEZ

VICERRECTOR ACADÉMICO

ING. JUAN ROSA QUINTANILLA QUINTANILLA

VICERRECTOR ADMINISTRATIVO

ING. FRANCISCO ANTONIO ALARCON SANDOVAL

SECRETARIO GENERAL

LICDO. LUIS ANTONIO MEJIA LIPE

DEFENSOR DE LOS DERECHOS UNIVERSITARIOS

LICDO. RAFAEL HUMBERTO PEÑA MARIN

FISCAL GENERAL

FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE

AUTORIDADES



M. Ed. ROBERTO CARLOS SIGUENZA CAMPOS

DECANO

M. Ed. RINA CLARIBEL BOLAÑOS DE ZOMETA

VICEDECANA

LICDO. JAIME ERNESTO SERMEÑO DE LA PEÑA

SECRETARIO

DR. JOSE MANUEL ESCOBAR CASTANEDA

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA

AGRADECIMIENTOS

Agradezco infinitamente a Dios Todopoderoso, por darme la sabiduría y la fortaleza necesaria para llegar a este escalón de mi vida en la cual enfrente muchos obstáculos y sin su ayuda me hubiera rendido en muchas etapas de esta carrera.

A mi madre Etelia Margarita Sandoval de Carballo uno de los pilares más importantes de mi vida por siempre apoyarme, motivarme y hacerme confiar en que yo podía seguir adelante y nunca dejarme vencer. Gracias por estar conmigo cuando más lo necesite por desvelarse conmigo por madrugar para mi nada de esto sería posible sin su ayuda.

A mi padre Felipe Noé Carballo Chacón uno de los pilares más importantes de mi vida gracias por todo su esfuerzo para sacarme adelante por acompañarme en cada etapa y nunca dejarme sola su motivación y confianza que me brindo a lo largo de esta carrera fueron mi fuerza para nunca rendirme gracias por estar siempre para mi eres mi mayor ejemplo por seguir.

A mi hermano Edgardo Heriberto Carballo Sandoval, gracias por ser mi principal fuente de inspiración por siempre apoyarme y estar para mi cada vez que lo necesitaba sin importar nada.

A mi familia, a mi hermano Noé Ernesto Carballo Sandoval y a mi abuela gracias por apoyarme tanto y por sus oraciones.

Le agradezco la confianza, apoyo y de dedicación de tiempo a todos mis maestros que formaron parte de mi formación y que me brindaron su conocimiento que me servirá para el resto de mi vida. A mis amigos por todos los momentos que pasamos juntos y por las veces que me motivaron a seguir adelante.

A mi Universidad de El Salvador por sentirme orgulloso de poder llamarme estudiante de esta universidad y poder culminar mis estudios como médico.

Margarita Esperanza Carballo Sandoval.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco principalmente a Dios, por ser el inspirador y darnos fuerza para continuar en este proceso de obtener uno de los anhelos más deseados.

A mis padres Carlos Alberto Avilés Ramírez y Sofía Ivonne Figueroa de Avilés, ustedes han sido siempre el motor que impulsa mis sueños y esperanzas, quienes estuvieron siempre a mi lado en los días y noches más difíciles durante mis horas de estudio.

A mi hermana Marcela Ivonne Avilés por estar siempre presentes, acompañándome y por el apoyo incondicional, que siempre me ha brindado a lo largo de esta etapa.

A mis abuelitas Ana Erlinda Grijalva y María Antonia Ramírez a pesar de nuestra distancia física, siento que están conmigo siempre y aunque nos faltaron muchas cosas por vivir juntos, sé que este momento hubiera sido tan especial para ellas como lo es para mí.

A Jennifer Alexandra Linares y Familia Linares por siempre brindarme su apoyo, por sus consejos y sobre todo amistad brindada en los momentos más difíciles de mi vida.

A mis amigos ya que en el camino encuentras personas que iluminan tu vida, que con su apoyo alcanzas de mejor manera tus metas, a través de sus consejos, de su cariño, y paciencia para nunca rendirte.

De igual manera mis agradecimientos a Universidad de El Salvador, a toda la Facultad de Medicina, a mis profesores quienes con la enseñanza de sus valiosos conocimientos hicieron que pueda crecer día a día como profesional, gracias a cada uno de ustedes por su paciencia, dedicación, apoyo incondicional y amistad.

Sofía Geraldine Avilés Figueroa.

INDICE

RESUMEN	viii
INTRODUCCIÓN.....	x
CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	11
1.1 Situación problemática	12
1.1.1 Enunciado del problema	13
1.1.2 Justificación de la investigación	13
1.2 Alcances y limitaciones de la investigación	14
1.2.1 Temporal.....	14
1.2.2 Geográfica	14
1.2.3 Específica o social	14
1.3 Objetivos.....	14
1.3.1 General.....	14
1.3.2 Específicos.....	15
CAPITULO II:MARCO TEORICO.....	16
2. 1 San Julián, Sonsonate	17
2.1.1 Posindependencia	17
2.1.2 Villa.....	17
2.1.3 Información general	18
2.1.4 Datos fundacionales	18
2.1.5 Desarrollo económico	18
2.2 Antecedentes.....	19
2.3 Marco legal	21
2.3.1 Internacional.....	21
2.3.2 Nacional.....	24
2.4 Marco conceptual.....	27
2.4 Historia natural del climaterio y menopausia	30

2.5.1 Historia de la anticoncepción	32
2.5.2 Complicaciones de embarazo en el climaterio y menopausia.....	34
2.5.3 Anticoncepción en el climaterio.....	35
2.6 Tipos de anticonceptivos	38
2.6.1 Métodos anticonceptivos temporales	38
2.6.2 <i>Anticonceptivos orales combinados (ACO)</i>	40
2.6.3 Anticonceptivos inyectables combinados (AIC).....	43
2.6 Cuando interrumpir la anticoncepción.....	68
CAPITULO III: MARCO METODOLOGICO	69
3.1 Tipo de estudio.....	70
3.2 Población y muestra.....	70
3.3 Técnica de recolección de información.	71
3.4 Procedimiento	72
3.5 Presupuesto para la investigación	73
3.6 Consideraciones éticas:.....	73
3.7 Análisis de los resultados.....	73
CAPITULO IV: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	93
4.1 Conclusiones.....	94
4.2 Recomendaciones	97
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	99
ANEXOS.....	102
Anexos 1: Cronograma de actividades	103
Anexo 2: Presupuesto	107
Anexo 3: Cuestionario	108
Anexo 4: Carta solicitud de permiso.....	112

Resumen

OBJETIVO: Determinar el uso de métodos de planificación familiar en mujeres en la etapa de climaterio entre 40 a 65 años que consultan en Unidad Comunitaria en Salud Familiar Intermedia San Julián, Sonsonate en el período de Julio a Diciembre del año 2021. Determinar los principales métodos de planificación familiar utilizado por mujeres en etapa de climaterio de 40 a 65 años en UCSF San Julián. Identificar el estado de salud de las mujeres en etapa de climaterio de 40 a 65 años en UCSF San Julián. Detallar los antecedentes ginecológicos de las mujeres que se encuentran en el climaterio y están utilizando método de planificación familiar en mujeres de 40 a 65 años en UCSF San Julián.

MÉTODOLOGIA: investigación descriptiva, tipo transversal, universo: todas las mujeres en etapa de climaterio en las edades entre 40 a 65 años que consultan en la UCSF I San Julián del Departamento de Sonsonate en el periodo de Julio a Diciembre del año 2021; que son un total de 19 pacientes dato obtenido del programa SIMMOW, El instrumento que se utilizó es un cuestionario formulado por preguntas categorizadas, cerradas y unas abierta.

RESULTADOS: en el estudio se observó que las edades de las mujeres en la etapa de climaterio están dentro del rango de 40 a 60 años no se documentó ningún caso de mujeres arriba de los 60 años, utilizando un método de planificación familiar de forma preventiva, de estas mujeres un 59% se encuentra acompañada y un 35% se encuentra casada; según el estado nutricional un 47% de las mujeres se encuentra en sobrepeso y un 41% se encuentra en estado nutricional normal; 12 de las 19 mujeres no padecen de ninguna patología crónica y solo 5 mujeres padecen de hipertensión arterial crónica; un 76% presento la menarquia en una edad igual o menor a 12 años; un 59% no presenta su periodo menstrual desde que usa un método de planificación

familiar; un 72% no presenta ciclos menstruales regulares; el método de planificación familiar más utilizado es el inyectables con un 53% seguido del anticonceptivo oral en un 35%; la mayoría de las mujeres manifiesta presentar uno o más de los síntomas de bochorno relacionado con la etapa de climaterio, de estas 6 mujeres de las 19 manifiesta presentar calores, 5 de las 19 mujeres manifiesta presentar pérdida de la libido y 9 de las 19 mujeres manifiesta presentar cefalea; un 82% manifiesta tener citología vigente; 91% manifiesta que el resultado de la citología es negativo, un 21% de estas mujeres son multíparas teniendo 5 hijos o más; y solo un 84% ha presentado complicaciones durante sus partos; en un 91% ha verificado parto vía vaginal y en un 97% han buscado asistencia hospitalaria; un 89% de las mujeres llevan sus controles de planificación familiar atendido por médico; un 67% de las mujeres a presentado aborto a lo largo de su vida reproductiva; 45% de las mujeres manifiesta que se dio cuenta de los métodos de planificación por sus amigas; 40% de las mujeres manifiesta que no se esteriliza por miedo. En el estudio concluimos que la salud reproductiva sigue teniendo muchos vacíos debido a la falta de educación y debido a determinantes sociales, psicológicos y religiosos muchas mujeres aun no saben si están en la etapa de climaterio y no saben cuándo dejar de planificar.

Introducción

El climaterio es un proceso de cambios continuos, tanto psicológicos, físicos, sociales y emocionales; la mujer en esta etapa vive apremiadas por esos cambios hormonales que las llevan a sufrir bochornos presentando inconformidad consigo misma y además presentando temor sobre su vida sexual, lo que convierte a esta etapa de la vida en procesos emocionales sumamente importantes, pues en ella se forman hábitos de conducta y comportamientos sociales.

Con esta investigación se logró determinar el uso de Métodos de Planificación Familiar que poseen las mujeres en etapa de climaterio en las edades entre 40 a 65 años que consulta en la Unidad Comunitaria en Salud Familiar Intermedia San Julián del departamento de Sonsonate (en adelante UCSFI) en el periodo de julio a diciembre del 2021, en base a lo cual, realizo una intervención dirigida a los mujeres en esta etapa generando así en un futuro la confianza necesaria en ellas para poder consultar sobre el método de planificación que sea de más beneficio en esta etapa que toda mujer enfrenta, conociendo además la sintomatología que se enfrenta en esta etapa de su vida reproductiva, conociendo los riesgos y complicaciones sobre un embarazo en esta etapa de su vida.

CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Situación problemática

La fertilidad cambia con la edad. En general, el potencial de reproducción disminuye a medida que las mujeres envejecen y normalmente la fertilidad finaliza entre cinco y diez años antes de la menopausia.

La mejor edad reproductiva de una mujer es cerca de los 20 años. La fertilidad disminuye gradualmente a partir de los 30 años, sobre todo después de los 35 años. Cada mes que lo intente, una mujer sana y fértil de 30 años de edad tiene una probabilidad del 20% de quedar embarazada. Eso significa que por cada 100 mujeres fértiles de 30 años de edad que intentan quedar embarazadas en un ciclo, 20 tendrán éxito y los 80 restantes tendrán que intentarlo de nuevo. A la edad de 40 años, la probabilidad de una mujer es inferior al 5% por ciclo; por lo tanto, se espera que menos de 5 de cada 100 mujeres tengan éxito cada mes.

Las mujeres mayores de 40 años aún tienen la posibilidad de embarazo. Por esa razón, es efectiva la anticoncepción en los últimos años reproductivos para minimizar la cantidad de embarazos no deseados.

Las ventajas de indicar anticoncepción en los últimos años reproductivos son: prevenir embarazos no deseados, impedir la abrupta variación hormonal asociada con la transición a la menopausia y proveer beneficios no anticonceptivos adicionales.

Los embarazos en mujeres de 40 en adelante tienen un riesgo particularmente aumentado vinculado con el mayor riesgo de mortalidad materna, mortalidad perinatal y anomalías cromosómicas entre otras causas.

La planificación familiar en mujeres en la etapa de climaterio nos ayuda a prevenir embarazos de alto riesgo, además de evitar las enfermedades de transmisión sexual y que las mujeres puedan vivir su sexualidad a plenitud.

1.1.1 Enunciado del problema

¿Cómo se está realizando la planificación familiar en las mujeres entre 40 a 65 años de edad en la unidad comunitaria de salud familiar intermedia de San Julián en el Departamento de Sonsonate en el periodo de Julio a diciembre del año 2021?

1.1.2 Justificación de la investigación

El ciclo de vida de una mujer comprende varias etapas desde la infancia, la pubertad, adolescencia, climaterio y la menopausia.

El climaterio se conoce como el período de transición durante el cual la mujer pasa de la vida reproductiva a la no reproductiva. En promedio se inicia a los 40 años y se caracteriza por una disminución de la actividad ovárica, asociado a una disminución en la producción de estrógenos y que pierde con los años la capacidad para producir hormonas, folículos y ovocitos.

A la edad de 40 años, la probabilidad de fecundidad de una mujer es inferior al 5% por ciclo; por lo tanto, se espera que menos de 5 de cada 100 mujeres tengan éxito cada mes.

A pesar del bajo porcentaje de fertilidad en las mujeres premenopáusicas requieren servicios adecuados de planificación familiar, ya que en este grupo se presenta un alto índice de gestaciones indeseadas, morbilidad materna e incluso malformaciones fetales.

La realización de este trabajo es debido a que no se han realizado estudios en esta área que es tan fundamental en la UCSF I San Julián ya que con esto se puede orientar a la mujer hacerse

responsable de la vida sexual usando métodos anticonceptivos así se evitarían complicaciones tanto para la mujer como para los hijos que puedan procrear en esta etapa.

1.2 Alcances y limitaciones de la investigación

1.2.1 Temporal

El presente trabajo de investigación se realizará en un periodo de 6 meses del 1 de julio hasta el 31 de diciembre del año 2021.

1.2.2 Geográfica

San Julián es un municipio ubicado en el departamento de Sonsonate, El Salvador. De acuerdo con el Censo de Población y Vivienda de 2007, tiene 18.648 habitantes. De los cuales 1,636 son mujeres de entre 40 a 65 años de las cuales 893 viven en la zona urbana y 743 en la zona rural.

1.2.3 Específica o social

Mujeres de 40 a 65 años de cualquier nivel educativo, religión o afinidad política que consultan en la UCSF I San Julián en la etapa de climaterio y que se encuentran usando un método de planificación familiar.

1.3 Objetivos

1.3.1 General

- Identificar la planificación familiar en climaterio de mujeres entre 40 a 65 años en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar San Julián en el Departamento de Sonsonate en el periodo de Julio a Diciembre de 2021.

1.3.2 Específicos

- Determinar los principales métodos de planificación familiar utilizado por mujeres en etapa de climaterio de 40 a 65 años en UCSF San Julián.
- Identificar el estado de salud de las mujeres en etapa de climaterio de 40 a 65 años en UCSF San Julián.
- Detallar los antecedentes ginecológicos de las mujeres que se encuentran en el climaterio y están utilizando método de planificación familiar en mujeres de 40 a 65 años en UCSF San Julián.

CAPITULO II: MARCO TEORICO

2.1 San Julián, Sonsonate

San Julián es un municipio situado en el departamento de Sonsonate, El Salvador. Su expansión territorial es de 81.64 Km² y se encuentra a una elevación media de 51 metros sobre el grado del océano. San Julián se sitúa a 56 kilómetros de distancia de San Salvador, la ciudad más importante del país centroamericano. El municipio de San Julián limita al sur con la población de Santa Isabel Ishuatán; mientras tanto que al norte se hallan Izalco y Armenia.

Este municipio está dividido a grado administrativo en 11 cantones y 30 caseríos.

El nombre originario de San Julián es Cacaluta, de procedencia náhuat. Según la interacción geográfica realizada en 1740 por el Alcalde mayor de San Salvador, Manuel de Gálvez Corral, el poblado de San Julián Cacaluta contaba con 4 indios tributarios; sus ocupaciones económicas eran la crianza de gallinas y además del cultivo de maíz y algodón, se cultivaba el bálsamo y cacao. (San Julián en sanjulian.gob.sv , s.f.)

2.1.1 Posindependencia

En 1824 conformó parte del distrito de Opico en el departamento de San Salvador; 3 años más tarde lo ha sido de la jurisdicción del distrito de Izalco. En 1835 pasó al distrito de Quezaltepeque, para volver en 1836 al distrito de Izalco. Según un informe municipal de 1859 la urbe producía algodón y café. (San Julián en fisdl.gob, s.f.)

2.1.2 Villa

En el 24 de abril de 1912, el poblado de San Julián ha sido alto al título de «villa» por decreto de la Asamblea Nacional Legislativa; el decreto ha sido sancionado en el 26 de abril por el régimen del mandatario Manuel Enrique Araujo. En el 11 de abril de 1913, la Secretaría de Impulso acordó la construcción de una Junta Particular de Impulso en la Villa de San Julián; esta ha sido presidida por el alcalde, el vicepresidente podría ser el Comandante Local, los

vocales eran don Ricardo Paniagua y don Manuel Rivera Engelard, el secretario ha sido don Joaquín Valeriano Maza y el tesorero ha sido don Juan Antonio Trigueros. En 1966, obtuvo el título de «ciudad».

2.1.3 Información general

El topónimo náhuatl Cacaluta significa «La metrópoli de los cuervos» o «Lugar de guaras». Las fiestas patronales se celebran del 22 al 28 de enero en honor a San Julián Obispo o Julián de Cuenca.

En la actualidad esta urbe tiene una de las ocupaciones turísticas más reconocidas, que es la Ruta del Bálsamo, puesto que tiene gigantescas extensiones con cultivos de este medicinal árbol.

2.1.4 Datos fundacionales

Originalmente, a lo largo de la era precolombina, esta población era exitosa como Cacaluta; Se considera que, para el año 1550, esta ciudad contaba únicamente con 300 pobladores; los cuales, desaparecieron entre los siglos XVII y XVIII.

Según los registros, para el siglo XVIII; San Julián Cacaluta era un diminuto y acabado poblado donde sus únicos 20 pobladores se dedicaban al cultivo de cacao y bálsamo.

Para el año 1770, San Julián Cacaluta pasó a conformar parte de la parroquia de Guaymoco; la presente Armenia, y contaba con 18 familias nativas, lo cual representa a 69 pobladores. Tiempo después, en el año 1824, pasó al distrito de Opico, del departamento de San Salvador.

2.1.5 Desarrollo económico

Las actividades económicas del municipio se basan principalmente en la ganadería y agricultura. En sus tierras prosperan los cultivos de algodón, maíz, frijol y el famoso café salvadoreño; además, de extensas plantaciones de bálsamo. (diario oficial tomo 72 número 98, 1912)

2.2 Antecedentes

- ✓ Estudio realizado en UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD CARRERA DE MEDICINA INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE: “FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y CALIDAD DE VIDA SEGÚN LA ESCALA DE PUNTUACIÓN MENOPÁUSICA (MRS) EN MUJERES DE 40 A 59 AÑOS CLIMATÉRICAS QUE ACUDEN AL SUBCENTRO DE SALUD DE HUACHI CHICO, CANTÓN AMBATO, PERIODO OCTUBRE 2014 A ENERO DEL 2015” Requisito previo para optar por el Título de Médico Autora: Escobar Acosta, Lilian Fernanda Tutor: Dr. Salazar Faz, Fernando Abel Ambato - Ecuador Abril, 2015 se llegó a la conclusión que Las características Somáticas que afectan a la calidad de vida en mujeres de 40 a 59 años climatéricas, según la escala de valoración MRS fue la presencia leve de Bochornos en 48 pacientes es decir que 37.2%, 53 presentan palpitaciones leves lo que significa el 41.1%, 47 mujeres presentan trastornos leves del sueño es decir el 36.4% y finalmente en el caso de las molestias osteo articulares 41 pacientes con problemas leves es decir el 31.8%. (Escobar Acosta, 2015)
- ✓ Un estudio realizado por AYALA-FAJARDO, PORTELA-BUELVAS, & MONTERROSA-CASTRO (2012) denominado ¿CUÁL ES LA CALIDAD DE VIDA EN EL CLIMATERIO QUE TIENEN MUJERES COLOMBIANAS DIABÉTICAS CUANDO SE EVALUAN CON “MENOPAUSE RATING SCALE” ?, llegó a las siguientes conclusiones: El 70.3% de las mujeres presentaban oleadas de calor, siendo moderadas, severas o muy severas en la mitad de ellas. Molestias músculo/articulares tenían el 69.2% siendo moderados, severo o muy severos en seis de cada diez. Más de la mitad manifestaron trastornos del sueño, siendo severo o muy severo en el 13.7%.

Aunque menos de la mitad (45.8%) informó tener problemas sexuales, la tercera parte de ellas afirmó que eran severos o muy severos. La manifestación severa y muy severa más prevalente fueron los problemas sexuales (30.6%). El 25% de las mujeres tenían deterioro severo en la escala urogenital, escala con mayor compromiso. (Ayala Fajardo L. M., 2012)

- ✓ En el artículo de MONTERROSA CASTRO, ÁLVARO; PATERNINA CAIDEDO, ÁNGEL; ROMERO PÉREZ, IVETTE (2011) con el título: “LA CALIDAD DE VIDA DE LAS MUJERES EN EDAD MEDIA VARÍA SEGÚN EL ESTADO MENOPÁUSICO” publicado en Iatreia, en el cual se llegaron a las siguientes conclusiones: Se hizo un estudio transversal aplicando un formulario y la escala MRS, según lo expuesto por el autor este grupo hace parte de un conjunto mayor de mujeres que conforman el proyecto de investigación CAVIMEC (estudio que evalúa la Calidad de Vida en la Menopausia y Etnias Colombianas), y también hace parte de la base de datos del proyecto de investigación de la Red Latinoamericana para el Estudio del Climaterio y la Menopausia (REDLINC). (Monterrosa Castro, Paternina Caidedo, & Romero Pérez, 2011) (Pérez, 2011)
- ✓ UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR FACULTAD DE MEDICINA ESCUELA DE TECNOLOGIA MÉDICA CARRERA EDUCACION PARA LA SALUD INFORME FINAL CONOCIMIENTOS, CREENCIAS Y PRACTICAS SOBRE EL CLIMATERIO Y MENOPAUSIA QUE POSEEN LAS VENDEDORAS QUE PERTENECEN AL COMITÉ INTERSECTORIAL (CIS) DEL CENTRO DE GOBIERNO DE SAN SALVADOR, MAYO 2012. PRESENTADO POR: Br. CARMEN ADELINA BARRERA DE CARRILLO DOCENTE DIRECTORA: LICDA. SANDRA ELIZABETH CUBIAS DE CALDERON. San Salvador, Julio de

2012. Concluyeron De las mujeres que pertenecen al Comité Intersectorial (CIS) del Centro de Gobierno de San Salvador, de las edades de 40 años en adelante , los conocimientos en relación a climaterio y menopausia, órganos reproductores femeninos, signos y síntomas, causas, manifestaciones, factores de riesgo, diagnóstico y tratamiento, son deficientes debido a que nuestro sistema de salud muestra poco interés por informar a la población sobre este tema, ya que el conocimiento juega un papel muy importante para la modificación de actitudes, creencias y prácticas de la población objetivo, y que interviniendo sobre él, se puede contribuir a un mejor desarrollo de la salud sexual y reproductiva del grupo meta. (Barrera de Carrillo, 2012)

2.3 Marco legal

2.3.1 Internacional

La Planificación Familiar es el esfuerzo consciente de parejas e individuos de planear y poder tener el número deseado de hijos y de regular el espaciamiento y el momento de su nacimiento.

La planificación familiar se logra mediante la práctica de la anticoncepción y a través del tratamiento de la infertilidad involuntaria.

Hasta la CIPD de El Cairo (1994) y la Cuarta Conferencia Mundial sobre los Derechos de la Mujer de Beijing (1995), los programas de Planificación Familiar se centraban en frenar el crecimiento demográfico, en muchos casos, como en los programas de esterilizaciones forzadas y masivas llevados a cabo en diversos países hasta la década de los 80, a expensas de los derechos humanos.

La inclusión de la perspectiva de derechos propició que, a partir de las conferencias antes mencionadas, que la salud reproductiva, incluida la planificación voluntaria de la familia, pasara a ser el centro de las iniciativas para promover los derechos humanos de la mujer. Ambas

conferencias invocaron valores éticos y principios de derechos humanos y manifestaron que la libertad de adoptar decisiones reproductivas es fundamental para lograr la igualdad entre hombres y mujeres y para lograr el desarrollo sostenible. Se afirmó que la libertad de escoger cuantos hijos tener y cuando tenerlos es un derecho humano fundamental. Sin embargo, muchas mujeres que quieren evitar el embarazo siguen sin ver resuelta sus necesidades de anticoncepción y acceso a servicios. Las razones para ello son múltiples: insuficientes servicios e insumos; falta de información sobre las opciones anticonceptivas y su utilización y miedo a la desaprobación social o a la oposición de la pareja. Los programas de planificación familiar han obtenido éxitos importantes en contextos políticos, económicos y culturales muy diversos, y han contribuido a mejorar las condiciones de vida en los países en desarrollo. Uno de los beneficios más inmediatos de la planificación familiar es la reducción de la mortalidad materna, beneficios evidentes en la mejora de la salud infantil. En los países donde el nivel de fecundidad es elevado, es frecuente que las mujeres experimenten su primer embarazo durante la adolescencia. Esta pauta de embarazo precoz supone una barrera importante para la educación de las mujeres. En algunos de estos países, una cuarta parte de las mujeres abandonan los estudios, incluso antes de haber completado la enseñanza primaria a causa de un embarazo precoz.

Las mujeres de estos países pueden pasar, a lo largo de su vida, aproximadamente 6 años en estado de embarazo y 23 años teniendo a su cargo niños menores de 6 años. Entre las mujeres adolescentes y jóvenes, la proporción de embarazos no planificados es elevada, y éstos podrían ser retrasados si se ampliase el acceso a métodos anticonceptivos. Sin embargo, los datos demuestran que es mucho menos probable que las mujeres de 15 a 19 años usen anticonceptivos modernos frente a las mujeres de más de 20 años. Otros de los retos que han de afrontar los 53

programas de planificación familiar son la mejora de servicios y la calidad de prestaciones, así como la prevención de infecciones de transmisión sexual, especialmente el VIH/sida.

Plataforma de Acción, Beijing, 1995 párrafo 95: El cuidado de la SSR, incluyendo la información y los servicios de planificación familiar, se reconoce no sólo como una intervención clave para mejorar la salud de las mujeres y los y las niños / as, sino también como un derecho humano. Todas las personas tienen derecho al acceso, la elección y los beneficios del avance científico en la selección de métodos de planificación familiar.

Un enfoque basado en los derechos para la planificación familiar adopta una visión holística de las personas, lo que incluye:

- Tomar en consideración las necesidades de cuidado de la salud sexual y reproductiva de las y los usuarias/os.
- Analizar todos los criterios de elegibilidad y las prácticas recomendadas para ayudarles a elegir y usar un método de planificación familiar.
- Ser respetuosos con las decisiones que atañen a su salud.

La prestación de servicios respetando los derechos humanos y reproductivos del usuario es fundamental para brindar atención de calidad. Los sistemas de salud tienen la responsabilidad vital de velar por el respeto efectivo de los principios éticos universales de los derechos humanos, las libertades individuales y la dignidad y de hacer suyos los valores de los derechos reproductivos, la igualdad de género, y el empoderamiento de las mujeres. Para proveer de una atención de calidad respetuosa con los derechos sexuales y reproductivos, los servicios se deben centrar en los usuarios y responder a las necesidades de la comunidad. Para ello, se deben de

contemplar procesos participativos en los que se tengan en cuenta las preocupaciones de todos los actores sociales pertinentes. (Organization WH. World Health Organization)

2.3.2 Nacional

a) Constitución de la republica

Art. 1. El salvador reconoce a la persona humana como el origen o el fin de la actividad del Estado, que está organizado para la conservación de la justicia, de la seguridad jurídica y del bien común. Así mismo reconoce como persona humana a todo ser humano desde el instante de la concepción. En consecuencia, es obligación del estado asegurar a los habitantes de la República, el goce de la libertad, la salud, la cultura, el bienestar económico y la justicia social.

Art. 65. Describe que la salud de los/as habitantes de la República constituye un bien público. El estado y las personas están obligados a velar por su conservación y restablecimiento. El estado determinara la política nacional de salud controlara y supervisara su aplicación.

Art. 68. Un Consejo Superior de Salud Pública velara por la salud del pueblo. Estará formado por igual número de representantes de los gremios médicos, odontológico, químico - farmacéutico, médico veterinario, laboratorio clínico, psicología, enfermería y otros niveles de licenciatura que el Consejo Superior de Salud Pública haya calificado para tener su respectiva Junta.

b) Código de salud

Art. 1. El presente código tiene por objeto desarrollar los principios constitucionales relacionados con la salud pública y asistencia social de los habitantes de la República y las normas para la organización, funcionamiento y facultades del consejo superior de salud pública

y asistencia social y demás organismos del Estado, servicios de salud privados y las relaciones de estas entre sí en el ejercicio de las profesiones relativas a la salud del pueblo.

Art. 40.- El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social es el Organismo encargado de determinar, planificar y ejecutar la política nacional en materia de Salud; dictar las normas pertinentes, organizar, coordinar y evaluar la ejecución de las actividades relacionadas con la Salud.

Art. 41.- Corresponde al Ministerio Numeral 4) Organizar, reglamentar y coordinar el funcionamiento y las atribuciones de todos los servicios técnicos y administrativos de sus dependencias.

Art. 42. El ministerio por medio de la Dirección General de Salud como Organismo Técnico, será el encargado de ejecutar las acciones de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud de los habitantes, así como las complementarias pertinentes en todo el territorio de la República, a través de sus dependencias regionales y locales de acuerdo con las disposiciones de este código y reglamentos sobre la materia.

SECCION 1:

Promoción para la Salud

Art. 44. La educación para la salud será acción básica del Ministerio, que tendrá como propósito desarrollar los hábitos, costumbres, actitudes de la comunidad, en el campo de la salud. Para ello determinara las dependencias encargadas de elaborar los programas para la obtención de estos objetivos.

c) Política de salud sexual y reproductiva

OBJETIVO 1: Promover el ejercicio de la salud sexual y reproductiva, los derechos sexuales y reproductivos y sus determinantes en el ciclo de vida. Estrategia: Información, educación, comunicación de acuerdo con el ciclo de vida en salud sexual y reproductiva y derechos sexuales y reproductivos.

OBJETIVO 6: Impulsar la intersectorialidad, para contribuir en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos y de la atención en salud sexual y reproductiva. Estrategia: Generar espacios de intersectorialidad para garantizar los derechos sexuales y reproductivos y el abordaje de la salud sexual y reproductiva.

Líneas de acción:

1. Promover la coordinación intersectorial, interinstitucional y multidisciplinaria para la salud sexual y reproductiva y ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos a nivel local, municipal y departamental.
2. Coordinación entre MINSAL y MINED para la incorporación de la salud sexual y reproductiva en la currícula educativa en los diferentes niveles y en la formación de docentes con la visión de un estado laico.
3. Coordinar acciones con las redes sociales e institucionales para el abordaje de la salud sexual y reproductiva en situaciones de emergencia y desastres por ciclo de vida.
4. Establecer alianzas estratégicas para el diseño de acciones conjuntas y coordinadas en torno a la salud sexual y reproductiva, con énfasis en adolescentes.
5. Fortalecer acciones intersectoriales para el abordaje integral de la respuesta al VIH/Sida.

6. Coordinar esfuerzos entre MINED y MINSAL y organizaciones de la sociedad civil para incrementar conocimientos en SSR de población no escolarizada, adolescente y joven

Art. 154.- El Ministerio dictará las normas para la prevención de las enfermedades de transmisión sexual y para el tratamiento, control y rehabilitación de los enfermos. Estas normas y las acciones correspondientes deberán ser cumplidas en todos los establecimientos de salud públicos y privados y por todas aquellas entidades u organizaciones que brinden atención médica.

2.4 Marco conceptual

Climaterio: Es un conjunto de síntomas y signos que se presentan en la perimenopausia y postmenopausia como consecuencia de la declinación o cese de la función ovárica que conlleva a un estado de hipoestrogenismo.

El climaterio es un período de tiempo variable, que no siempre está asociado con síntomas, cuando éstos ocurren, se designa “síndrome climatérico”; con consecuencias psicosomáticas y socioculturales cuyo grado varía en gran medida, dependiendo en parte del modo en que cada mujer haya vivido hasta ese momento y de sus antecedentes médicos. (Lizcano, 2016)

En El Salvador, según la Dirección General de Estadísticas y Censos del Ministerio de Economía. Proyección de Población de El Salvador: 1995- 2025. Se estima, que en el año 2005 aproximadamente un 11% de las mujeres fueron mayores de 49 años, por lo que más de 300,000 mujeres estuvieron expuestas a sufrir de la sintomatología derivada del climaterio y la menopausia. Y se espera que para el 2025 se incrementará de modo tal, que sólo las mujeres mayores de 65 años serán el 7.9% de la población salvadoreña.

Perimenopausia: Período comprendido desde el inicio de los eventos psíquicos, endocrinológicos clínicos y psicológicos que preceden a la menopausia hasta la terminación del primer año después de la misma.

Premenopausia: Totalidad de la vida reproductiva de la mujer hasta la última menstruación.

Postmenopausia: Etapa iniciada a partir del último período menstrual ya sea por menopausia inducida o natural.

Menopausia inducida: Cese de la menstruación debido a pérdida de la función ovárica por la extirpación quirúrgica de ambos ovarios o daño de la función ovárica por quimioterapia o radiación o factores inmunológicos

Menopausia natural: Último período menstrual que ocurre debido a la pérdida de la actividad folicular del ovario. Se diagnostica en retrospectiva una vez que han transcurrido doce meses consecutivos de amenorrea para la cual no exista ninguna otra causa obvia, patológica o fisiológica

Menopausia prematura: Cuando el cese de la menstruación ocurre a una edad menor a dos desviaciones estándar de la media estimada para una población de referencia. Se acepta la edad menor de 40 años.

Menopausia tardía: Cuando el cese de la menstruación ocurre a una edad mayor a dos desviaciones estándar de la media estimada para una población de referencia. Se acepta 54 años.

En general los cambios secundarios al climaterio y la menopausia ocurrirán en un orden establecido de la siguiente manera:

Corto Plazo	Alteraciones Neurovegetativas (Inestabilidad Motora)	Alteraciones Psicológicas	DISFUNCION SEXUAL
	<ul style="list-style-type: none"> • Oleadas de calor • Sudoración • Palpitaciones • Parestesias • Nauseas • Cefaleas • Artralgias y mialgias • Insomnio. • Alteraciones del ciclo menstrual. 	<ul style="list-style-type: none"> • Labilidad emocional • Nerviosismo • Irritabilidad • Estado anímico depresivo • Perdida de la memoria 	
	<ul style="list-style-type: none"> • Síntomas de atrofia urogenital • Sequedad vaginal • Dispareunia • Disuria • Polaquiuria • Incontinencia Urinaria • Infecciones de vías urinarias 	<ul style="list-style-type: none"> • Atrofia de piel y mucosas • Dislipidemias 	
Largo Plazo	<p>Hipertensión arterial, Osteoporosis, Enfermedad Cardiovascular Eventos cerebro-vasculares Trastornos de la memoria Demencia</p>		

2.4 Historia natural del climaterio y menopausia

Los efectos del hipoestrogenismo afectaran diferentes órganos y sistemas entre ellos: cerebro, mama, colon, sistema cardiovascular, óseo, vasomotor, y tracto urogenital, entre otros.

Bochornos: Es el síntoma a corto plazo más común, el 75% de las mujeres que inician el climaterio y menopausia los presentarán. Es debido al estímulo a nivel cerebral que ejercen la elevación de FSH y LH. Típicamente se presentan en cara, cuello y parte superior del pecho, para luego generalizarse, duran entre 2 y 4 minutos.

La severidad de los síntomas vasomotores se clasifica como: (clasificación de Voda) 1. Calores Ligeros: Sensación de calor de duración de 1-2 minutos, con sudoración ligera, rubor y parestesias. 2. Calores Moderados: Sensación de calor de duración de 5 minutos con sudoración y rubor. 3. Calores Graves: Sensación de calor intenso de hasta 12 minutos de duración con sudoración profusa e intenso rubor. Se interrumpe la actividad habitual de la mujer (asociado a mareos, dolor precordial, etc.)

Disturbios del sueño y depresión: Existe durante esta etapa alteración de neurotransmisores a nivel cerebral (serotonina).

Alteraciones de la sexualidad: Con los cambios hormonales de esta etapa de la vida, se producen alteraciones de la libido, reducción de la lubricación vaginal y de la elasticidad produciendo resequead y dispareunia.

Alteraciones en el tracto urogenital: La deficiente producción estrogénica, ocasionará atrofia de las capas superficial e intermedia del epitelio uretral y vaginal produciendo: uretritis atrófica, incontinencia de urgencia y de esfuerzo, disuria y predisposición a infección de vías urinarias.

Así mismo, la atrofia vaginal incrementa el pH y cambian la flora vaginal normal, produciendo leucorrea e infecciones vaginales, dispareunia y en ocasiones hasta sangrado vaginal.

Osteoporosis: Secundario al hipoestrogenismo del climaterio y la menopausia, alrededor de los 50 años, la velocidad de resorción ósea supera la de regeneración, perdiéndose entre el 1 y el 5% de la masa ósea por año en los primeros 5 años de la menopausia, tornándose más lenta posteriormente (0.75% anual).

Enfermedades cardio y cerebro vasculares: La incidencia de estas patologías se incrementará posterior a la menopausia, debido a la pérdida del factor protector de los estrógenos en el metabolismo de los lípidos, disminución del óxido nítrico y de las prostaciclina y aumento de la agregación plaquetaria

Cambios degenerativos de la función cerebral: El hipoestrogenismo favorece la disminución de las interconexiones neuronales, aumento de la apoptosis neuronal, incremento del depósito de beta amiloides, disminución de la serotonina a expensas de la disminución del triptófano, e incremento de las aminas bioactivas, y de las enzimas monoamino oxidasas, ocasionando los cambios del humor, de la memoria, del sueño, irritabilidad y depresión.

En esta investigación decidimos analizar a las mujeres que planifican en el periodo de climaterio entre los 40 a 65 años debido a que en este municipio no se ha realizado una investigación en este sector que, aunque es poca la probabilidad de embarazo son mujeres sexualmente activas y tomamos como referencia a una mujer alemana que en el año 2015 a los 65 años que contaba con 13 hijos y que a esta edad quedo embarazada de cuatrillizos contando con buena salud y sin complicaciones.

2.5.1 Historia de la anticoncepción

En el primer texto médico del que se tiene noticia, *El Papiro de Petri*, de 1850 antes de Cristo, figuraban ya las recetas anticonceptivas. El segundo escrito fundamental, El Papiro de Ebers, tiene la primera alusión a un tapón de hilaza medicado.

En la crónica de la anticoncepción, la alusión bíblica citada con más frecuencia es un pasaje del Génesis, capítulo 38: "Empero Onán, sabiendo que la prole no podría ser suya, una vez que entraba a la dama de su hermano se derramaba en la tierra para no ofrecer prole a su hermano..."

La primera alusión griega sobre la anticoncepción está en de la obra de Aristóteles *Historia Animalium*, del siglo IV previo a Cristo que mencionaba: "Ciertos impiden la concepción untando el fragmento de la matriz en la que cae el semen con aceite de cedro o con un unguento de plomo o con incienso mezclado con aceite de olivo". "Tómese algo de aceite y de mercurio y fríase constantemente y tómese una píldora tan enorme como una semilla de yayuba con el estómago vacío e impedirá la preñez para toda la vida...". La religión islámica no se oponía a la anticoncepción y el coitus interruptus figuraba antes que nada como un procedimiento dicho en las más viejas tradiciones del profeta.

Soranos, el ginecólogo más relevante de la antigüedad hizo la explicación más brillante y original sobre las técnicas anticonceptivas anteriormente del siglo XIX.

La primera explicación de un condón se localizó en la obra de Falopio, cuya pretensión ha sido conseguir la custodia contra la sífilis, aunque hay otras teorías sobre los principios de esta vaina.

En 1870 aparece el primer preservativo de caucho, de calidad aún mediocre y poco práctico. En 1930, con el desarrollo del látex, surge el nuevo preservativo, más fino y sólido.

Los espermicidas ya eran conocidos a partir de la antigüedad y su desarrollo empezó una vez que en 1677 por Van Leewenhock, Spallanzi halló que el pH de una solución de semen se reducía al aumentar vinagre, y como resultado, los espermatozoides perdían su efectividad. El primer paso de desarrollo relacionadas con el desarrollo de los espermicidas se presentó en 1885 una vez que el inglés Walter Rendel encontró el primer óvulo anticonceptivo sobre la base de manteca de cacao y quinina. A fines del siglo XIX, ciertos productores norteamericanos propusieron tapones vaginales compuestos de manteca de cacao y de ácido bórico.

Durante el siglo XVIII, Casanova recomendaba la colocación en el fondo de la vagina de la mitad de un limón exprimido cuyo jugo poseía la "fama" de actuar como espermicida.

La iniciativa existente de un lapso estéril viene de la antigüedad, donde se pensaba que la era más conveniente para la concepción eran los días velozmente anteriormente y luego de la menstruación, una teoría que hoy se conoce que es errónea. En 1920 se concibió la teoría moderna del período estéril por Kysaky Ogino y Knauss. El procedimiento de la temperatura basal ha sido predeterminado por Van del Velde en Alemania en 1928 y el procedimiento modificado con base en la secreción del mucus desarrollado por Dorairaj es una variante del procedimiento de la ovulación.

El primer dispositivo intrauterino (DIU) especialmente anticonceptivo era un anillo de tripa de seda de gusano fabricado en 1909 por el médico Richter.⁶ En 1931, Graefenber notificó la utilización de una composición además de tripa de gusano de seda forrada de plata alemana.

A partir de finales del siglo XIX se sospechaba que los ovarios segregaban una sustancia que inhibía la ovulación, sin embargo, hubo que aguardar hasta 1934, año en que Corner y Beard aislaron la progesterona.

Es desde 1950 que el médico Gregory Pincus y el médico John Rock iniciaron a hacer diferentes trabajos con compuestos hormonales, y en 1956 el médico Pincus anuncia en Puerto Rico el hallazgo de la píldora.

La utilización de la anticoncepción a partir de la antigüedad nos muestra que la sociedad, independientemente de su criterio, ha comprendido la necesidad de usar estas técnicas y que, gracias a su evolución, que en primer lugar han estado más influidas por las prácticas y las creencias -algunas aún con vigencia- hoy contamos con anticonceptivos eficaces, inocuos y económicos.

2.5.2 Complicaciones de embarazo en el climaterio y menopausia

Diabetes pregestacional (DPG): El término DPG se refiere a una mujer con diabetes, tipo 1 o 2, que se embaraza, o que cumple con los criterios de diagnóstico de diabetes de la OMS durante el primer trimestre del embarazo:

- Síntomas clásicos de diabetes (polidipsia, poliuria, polifagia y baja de peso) y una glicemia en cualquier momento del día mayor o igual a 200 mg/dl, sin relación con el tiempo transcurrido desde la última comida.
- Glicemia en ayunas en plasma venoso mayor o igual a 126 mg/dl. Debe confirmarse con un segundo examen realizado en el laboratorio, en un día diferente. (Ayuno se define como un período sin ingesta calórica de por lo menos ocho horas).

- Glicemia mayor o igual a 200 mg/dl dos horas después de una carga de 75 g de glucosa durante una PTGO.

Diabetes gestacional (DG): Se refiere a cualquier grado de intolerancia a la glucosa que se manifiesta o se detecta durante el embarazo.

1. Glicemia en ayunas entre 100 y 125 mg/dl en 2 días diferentes y/o
2. Glicemia a las 2 horas post carga mayor o igual a 140 mg/dl en el 2do o 3er trimestre del embarazo

Preeclampsia (PE): Es la hipertensión específicamente inducida por el embarazo, que se caracteriza por aumento de la presión arterial en la segunda mitad de la gestación asociada a proteinuria, y es característicamente reversible en el postparto.

Eclampsia (E): Es la forma más severa de PE, en la que la magnitud del alza tensional y del daño endotelial provoca una encefalopatía hipertensiva capaz de producir un cuadro convulsivo y/o coma en ausencia de patología neurológica previa.

Hipertensión crónica: Es la elevación tensional detectada antes del embarazo o antes de las 20 semanas de gestación y que persiste en el posparto alejado. Predomina en mujeres sobre los 30 años, habitualmente multíparas, con antecedentes familiares de hipertensión.

Hipertensión transitoria o hipertensión gestacional sin proteinuria: Corresponde al aumento de la presión arterial después de las 20 semanas sin asociación con proteinuria. Puede presentarse en forma fugaz, como hipertensión tardía del embarazo o de los primeros días del puerperio, sin signos de repercusión visceral materna ni perinatal, o como alzas tensionales a lo largo del tercer trimestre, sin proteinuria. Se presenta en forma recurrente en embarazos sucesivos, iniciándose en forma cada vez más precoz.

2.5.3 Anticoncepción en el climaterio

La prescripción de un procedimiento anticonceptivo en la mujer que alcanza los últimos años de su historia reproductiva representa un desafío particular. Intervienen varios componentes en la fisiología de la dama en la actualidad, son muchas las cambiantes que se debe tener en cuenta para la toma de elección del procedimiento anticonceptivo más conveniente y aceptado por la usuaria.

Criterios para recomendar un procedimiento anticonceptivo

La perimenopausia es una época en el cual muchas féminas desean conocer cuál es su probabilidad de gestación en la actualidad de la vida, para tomar elecciones anticonceptivas, debido a que esta situación puede prolongarse hasta edades subjetivamente avanzadas. Los embarazos luego de los 35 años de edad poseen más grande peligro de complicación para la mujer y su hijo, ejemplificando: abortos espontáneos, hemorragias, hipertensión, diabetes, más grande número de partes mal formadas, más grande número de cesáreas, y otros. La morbilidad perinatal además se incrementa (prematuridad, bajo peso al nacer, etcétera.).

Criterios para la selección

Para la selección de un anticonceptivo en la perimenopausia se necesita considerar que en un primer instante y como resultado del bajón más precoz de los niveles de progesterona, se crea una situación de hiperestrogenismo (relativo), gracias a la falta del impacto modular que la progesterona practica ante los estrógenos sobre los órganos diana. Este suceso puede condicionar la aparición de hiperplasias de endometrio, enfermedad mamaria, endometriosis o miomas, procesos mucho más comunes en esta edad.

Es fundamental tomar en consideración que con el declinar de la producción de estrógeno nos encontraremos con un "hipoestrogenismo " y como resultado de este la aparición de las próximas situaciones:

- Inicio de la presentación de la sintomatología climatérica (trastornos trófico-genitales, vasomotores, anímicos, alteraciones del sueño, etcétera.)
- Disminución de la masa ósea (osteoporosis)
- Incremento del peligro cardiovascular:
- Aumenta el peligro de crecimiento de peso, altura de la tensión arterial, y niveles de glicemia, así como variación del perfil lipídico.

Estas condiciones no se proporcionan de manera aislada, sino que tienen la posibilidad de darse al mismo tiempo, por lo cual se necesita más que en otras situaciones, individualizar cada caso para brindar consejería y adoptar el procedimiento más seguro y conveniente según los criterios de elegibilidad. Según las propiedades mencionadas y para objetivos prácticos se tienen que tomar en consideración las próximas consideraciones en general:

- Debería tomarse una historia clínica cuidadosa para decidir la elegibilidad de los múltiples procedimientos anticonceptivos y debería proporcionarse a la dama consejería sobre las ventajas y peligros de los procedimientos adecuados.
- En mujeres entre 45 y 49 años con 6 meses de amenorrea la posibilidad de haber alcanzado la menopausia es del 46%; esta posibilidad es del 65% en damas entre 50 y 52 años, y 72% en mujeres más grandes de 52 años.
- El distribuidor y/o asesor debería insistir que la dama debería planear hasta un año luego de haber tenido el cese definitivo de la menstruación por la probabilidad de ovulación

- La dama muestra antecedente de la menopausia indicios e inconvenientes especiales en salud, los cuales con ciertos procedimientos tienen la posibilidad de ser atendidos paralelamente con la anticoncepción.
- Es de tomar en consideración que la utilización de los anticonceptivos luego de los 35 años tiene peligros y beneficios especiales, siendo bastante fundamental el balance en medio de éstos 2 puntos para la mejor selección en las posibilidades anticonceptivas accesibles

2.6 Tipos de anticonceptivos

2.6.1 Métodos anticonceptivos temporales

Los métodos temporales son aquellos que brindan protección anticonceptiva únicamente mientras la usuaria o el usuario los utiliza, estos métodos son convenientes para las personas que quieren esperar, espaciar o limitar los embarazos. El objetivo de los métodos temporales es evitar embarazo durante un periodo específico de tiempo; una vez suspendido el uso, existe la posibilidad de embarazo; entre ellos se encuentran los métodos hormonales, los métodos de barrera y los métodos naturales.

Métodos anticonceptivos hormonales Son los métodos temporales de anticoncepción que contienen estrógenos y progestinas (combinados) o sólo progestina, se usan por vía oral, intramuscular, transdérmico, transvaginal o subdérmica, con el objetivo de prevenir el embarazo. Estos métodos no protegen de las infecciones de transmisión sexual (ITS) ni del VIH. Existen de dos tipos: combinados y solo de progestina.

Anticonceptivos hormonales combinados: Contienen estrógenos y progestina y su vía de administración puede ser oral, inyectable mensual, transdérmico (parche) y transvaginal (anillo).

Mecanismo de acción: Estos cuatro métodos tienen como principal mecanismo de acción la inhibición de la ovulación; y de forma secundaria, se describe que espesan el moco cervical, dificultando el paso de los espermatozoides. No actúan interrumpiendo la gestación.

Duración del efecto anticonceptivo: La duración del efecto anticonceptivo está limitada a cada uno de los ciclos en los que se usa correctamente.

Retorno de la fertilidad: El retorno a la fertilidad es inmediato a la suspensión del método.

Efectividad: Son métodos muy efectivos cuando se usan correcta y sistemáticamente, tienen una tasa de embarazo accidental menor del 1% en el primer año de uso (tasa teórica)

Beneficios: Comparten los mismos beneficios: Protección contra riesgo de embarazo, cáncer endometrial, cáncer de ovario, enfermedad pélvica inflamatoria, quistes de ovario y anemia por deficiencia de hierro. Reducen además la dismenorrea, el sangrado menstrual irregular, el acné y el hirsutismo.

Efectos secundarios posibles Cefalea, náuseas y vómitos, mareo, sensibilidad mamaria, irregularidades menstruales y cambios del estado de ánimo. Los signos de alarma que se presentan, en muy raras ocasiones pueden ser: dolor intenso en el pecho o dificultad para respirar, visión borrosa, cefalea intensa con síntomas neurológicos focales y dolor intenso en las piernas y abdomen. Si se presenta alguno de estos síntomas, la usuaria debe acudir a consulta médica a la brevedad posible y para ello se requiere de una consejería de acuerdo con su condición social.

2.6.2 Anticonceptivos orales combinados (ACO)

TIPO:

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

Uso del método Inicio: Una mujer puede empezar a utilizar el método en cualquier momento que lo desee si existe una certeza razonable de que no está embarazada:

1. Ha estado usando el MELA.
2. No ha tenido relaciones sexo coitales, desde el último periodo menstrual.
3. Tiene menos de 30 días posparto.
4. Sí ha visto regla cinco días antes.
5. Ha tenido un aborto en los últimos siete días.
6. Ha estado usando correctamente otro método anticonceptivo.

Si cumple al menos una de las anteriores condiciones inicie los anticonceptivos orales combinados; Si no se cumple ninguna, no debe iniciar el método y debe descartar embarazo. Si se inicia el método después del 5º día del ciclo, debe utilizar método de respaldo durante siete días. Tomar las pastillas todos los días hasta terminarlas y de preferencia a la misma hora tenga o no tenga relaciones sexuales.

Administración del método

- En presentación de 21 pastillas se ingiere 1 cada día, de preferencia a la misma hora, seguida de 7 días de descanso. Los ciclos siguientes deben iniciarse después del período de 7 días de descanso, sin ingesta de pastillas, independientemente del sangrado menstrual.
- En las presentaciones de 28 pastillas se ingieren 1 de éstas, que contienen hormonas, diariamente durante 21 días consecutivos, seguido de 7 días durante los cuales se ingiere a diario 1 pastilla que puede contener hierro o sólo placebo; debe comenzar el nuevo paquete al día siguiente de terminar el paquete anterior (es decir sin interrupciones).
- Otros esquemas de administración:
 - Es la ingesta continua de AOC por 24 días y 4 días de placebo.
 - Ingesta continúa de AOC sin el período de descanso mensual. Con este esquema se descansa únicamente una semana cada cuatro meses, en la cual aparece la menstruación. Este esquema es utilizado en los siguientes casos:
 - Mujeres con dolor menstrual.
 - Endometriosis anterior o presente.
 - Reglas abundantes sin causa orgánica.
 - Anemias por deficiencia de hierro.
 - Síntomas premenstruales (retención líquidos, dolor cabeza, irritabilidad, tensión mamaria).
 - Fibromas uterinos.
 - Deportistas.
 - Cualquier mujer que no desee tener reglas todos los meses.

Conducta para seguir por uso incorrecto del método

- Si la usuaria olvidó tomar 1 o 2 pastillas en días consecutivos, tomar las pastillas lo antes posible puede tomar 1 o 2 tabletas al mismo tiempo o en el mismo día, y seguir tomándolas como siempre una cada día
- En caso de olvido de 3 o más píldoras seguidas se debe tomar una pastilla lo antes posible y debe usarse un método de respaldo (condón) durante los siguientes siete días.
- En caso de que el olvido haya sido en las últimas 7 pastillas que llevan hormonas, deberá continuar ininterrumpidamente con un nuevo sobre, obviando el período de descanso o las pastillas sin contenido hormonal.
- En caso de olvido de alguna pastilla sin contenido hormonal se debe descartar las píldoras que no se tomó y se debe continuar tomando las restantes hasta terminarlas.

Manejo de efectos secundarios:

- **Cefalea:** indique acetaminofén, 500 mg cada seis horas o ibuprofeno 400 mg cada ocho horas. Si el dolor persiste o se acompaña de características de una cefalea migrañosa debe revisar lo descrito en los criterios de elegibilidad médica.
- **Nausea, mareos y vómitos:** sugiera tomar las pastillas al acostarse o con las comidas. Indique antiácidos si los síntomas persisten y evalúe suspender el método si la usuaria lo desea o si continúa la sintomatología.
- **Sensibilidad mamaria:** recomiende el uso de sostén ajustado incluso para dormir. Utilice compresas de agua fría o caliente dos veces al día sobre el área sensible, indique acetaminofén 500 mg cada seis horas o Ibuprofeno 400 mg cada ocho horas.
- **Irregularidades menstruales:** explique que no es perjudicial y que desaparecerá después de unos pocos meses de uso, o recomiende: o Tomar la pastilla todos los días a la misma hora o instruir al respecto de las pastillas olvidadas. Si a pesar de eso el

sangrado persiste, indique Ibuprofeno 800 mg cada ocho horas después de las comidas por cinco días desde que inicia el sangrado anormal. Si el sangramiento persiste después de tres meses de uso considere cambio de método según criterios médicos de elegibilidad y disponibilidad. Si la sintomatología persiste considere otras causas de hemorragia uterina anormal.

- **Cambios del estado de ánimo:** explique que la sintomatología desaparece después de unos pocos meses de uso. Considere el uso continuo de los AOC si los cambios de humor son muy marcados o se acompañan de depresión severa.

2.6.3 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: 5 mg. de Valerato de Estradiol más 50 mg de Enantato de Noretisterona. 5 mg. de Cipionato de estradiol más 25 mg. de Acetato de medroxiprogesterona. Uso del método Inicio En cualquier momento del ciclo, en que la persona proveedora esté razonablemente segura de que la usuaria no está embarazada. Se recomienda iniciar entre el primero y el séptimo día del ciclo menstrual, dependiendo de la presentación escogida. Sí se inicia después de este período utilizar un método de barrera o abstinencia por 7 días. En mujeres postparto que no se encuentren amamantando, puede iniciar a partir de la tercera semana. En el postaborto: Podrá usarse de inmediato o dentro de los 7 días posteriores a un aborto ya sea del primer o del segundo trimestre haya sido séptico o no. Posterior a los 7 días, se podrá iniciar este método en cualquier

momento en que se pueda estar razonablemente seguro de que no está embarazada, utilizando un método de barrera o abstinencia durante los siguientes 7 días.

Administración del método

Aplicar una vez al mes por vía intramuscular profunda y sin masaje en el sitio de preferencia de la usuaria; teniendo especial cuidado en no derramar ninguna cantidad del líquido. Cuando se utiliza la composición de 5 mg. de Valerato de Estradiol más 50 mg de Enantato de Noretisterona. Se inyecta mensualmente en una fecha fija, y se debe explicar a la usuaria que verá su menstruación en una fecha diferente, alrededor de dos semanas posteriores a la aplicación. También es posible que no presente sangrado menstrual.

Conducta a seguir por uso incorrecto del método

El inyectable mensual cuenta con un periodo de seguridad de 7 días. Si la usuaria llega después de la fecha asignada y fuera de este periodo, no debe aplicarse. Únicamente puede aplicarse después de este periodo si el proveedor o proveedora está razonablemente segura de que la mujer no está embarazada, recomendando siete días de abstinencia o utilización de métodos de barrera.

Seguimiento de la usuaria. Realizar un control inicial a las seis semanas y posteriormente cada año o cuando se estime necesario por la usuaria. En cada control se debe reforzar la consejería del método.

Manejo de efectos secundarios

- **Cefalea:** indique acetaminofén, 500 mg cada seis horas o ibuprofeno 400 mg cada ocho horas. Si el dolor persiste o se acompaña de características de una cefalea migrañosa debe revisar lo descrito en los criterios de elegibilidad médica.

- **Sensibilidad mamaria:** recomiende el uso de sostén ajustado incluso para dormir. Utilice compresas de agua fría o caliente dos veces al día sobre el área sensible, indique acetaminofén 500 mg cada seis horas o ibuprofeno 400 mg cada ocho horas.
- **Irregularidades menstruales:** explique que no es perjudicial y que desaparecerá después de unos pocos meses de uso. Si persiste, considere otras causas no relacionadas con el método.
- **Ausencia de sangrado menstrual:** explique que no es perjudicial y es uno de los efectos secundarios posibles.
- **Sangrado fuerte o prolongado:** explique que, con el uso, los sangrados serán menos fuertes. Oriente sobre la ingesta de tabletas con hierro y alimentos ricos en hierro para prevenir anemia. Indique 800mg de ibuprofeno tres veces al día después de las comidas por cinco días al inicio del sangrado. Si persiste o empeora, considere otras causas no relacionadas con el método.
- **Aumento de peso:** revise la dieta, brinde consejería y promueva actividad física.

Parches Combinados: Es un plástico pequeño, delgado, cuadrado, flexible, que se adhiere a la piel. 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 150 mcg. de norelgestromina (progestina) y 20 mcg. de etinilestradiol diariamente. Uso del método: Requiere usar un pequeño parche adhesivo en la parte superior externa del brazo, espalda, muslos, abdomen o glúteos, en algún lugar que esté limpio y seco;

pero no en las mamas. Se usa sobre la piel todos los días y todas las noches. Se coloca un nuevo parche cada semana, durante tres semanas, seguido de una semana sin parche. Debe aplicarse cada nuevo parche el mismo día de cada semana: el “día del cambio del parche”. Por ejemplo, si se pone el primer parche un domingo, todos sus parches deben aplicarse un domingo. Explicar que para evitar la irritación no debe aplicarse el parche nuevo en el mismo lugar de la piel donde se había puesto el parche anterior. No debe usar un parche en la cuarta semana. Probablemente presente la menstruación esa semana. Después de la semana de descanso debe aplicarse un nuevo parche. Nunca deben pasar más de 7 días sin que este se use. De hacerlo corre riesgo de embarazo. Inicio del método Se recomienda iniciar el primer o segundo día de la menstruación. Procedimiento requerido para su inicio Realizar un breve interrogatorio que permita evaluar los criterios de elegibilidad.

Conducta a seguir por uso incorrecto del método

- En caso de inicio tardío de un nuevo ciclo (después de la semana de descanso): Este método tiene hasta dos días de seguridad. Si se atrasa uno o dos días (hasta 48 horas): - Recomiende que aplique un nuevo parche en cuanto lo recuerde. -Recomiende que modifique el día del cambio de parche. -Asegurar que no necesita un método de respaldo. Si la usuaria se atrasó más de dos días en aplicar un nuevo parche al inicio de un ciclo: -Indique que aplique uno nuevo lo antes posible, -Indique que registre este día como el nuevo día de cambio de parche, -Recomiende que utilice un método de respaldo los siete primeros días que lo use. -Si ha tenido sexo no protegido los últimos cinco días, debe utilizar anticonceptivos orales de emergencia.
- En caso de olvido de cambio del parche en el medio del ciclo (durante la semana dos o tres) Si se atrasa uno o dos días (hasta 48 horas):

- Indique que aplique un nuevo parche en cuanto lo recuerde.
- Indique que mantenga el mismo día de cambio de parche.
- Asegurar que no necesita un método de respaldo.
- Si se atrasa más de 2 días (más de 48 horas):
 - Recomiende que interrumpa el ciclo actual y comience un nuevo ciclo de 4 semanas aplicando un nuevo parche inmediatamente
 - Indique que registre este día de la semana como el nuevo día de cambio de parche
 - Indique que use un método de respaldo los primeros 7 días de uso del parche
- En caso de olvido de retiro del parche al final del ciclo (semana 4)
 - Indique que retire el parche.
 - Indique que comience el próximo ciclo el día habitual del cambio de parche.
 - No necesita un método de respaldo. Provisión del método El método puede ser provisto por médico, enfermera, auxiliar de enfermería y personal comunitario (promotores, parteras y voluntarios adecuadamente capacitados), de acuerdo con disponibilidad.
- Seguimiento de la usuaria.
 - Un control inicial a las seis semanas y posteriormente cada año o cuando se estime necesario por la usuaria.
 - En cada control se reforzará la consejería del método.
 - Manejo de efectos secundarios

- Las mismas recomendaciones que para los inyectables combinados

Anticonceptivos hormonales solo de progestina

Son métodos hormonales que no contienen estrógeno y su vía de administración puede ser oral, inyectable o subdérmica (implantes).

Mecanismo de acción Comparten el mismo mecanismo de acción que consiste en inhibición de la ovulación, y secundariamente espesamiento del moco cervical.

Signos de alarma: No se han descrito complicaciones importantes con su uso en ninguna de las vías de administración.

Anticonceptivos orales solo de progestina (AOPS)

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: 500 mcg. de linestrenol. 75 mcg. de desogestrel
Duración del efecto anticonceptivo La protección anticonceptiva depende del uso diario y continuo. Si se omiten 1 o más tabletas el método no es efectivo.

Retorno de la fertilidad: El retorno de la fertilidad es inmediato a la suspensión del método.

Efectividad: 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 típico del método la tasa de embarazo es de aproximadamente un 12% para las pastillas solo de progestina.

Beneficios Ayuda a proteger contra:

- Riesgo de embarazo
- En enfermedades en las cuales los estrógenos están contraindicados
- Se pueden utilizar en las mujeres lactantes
- Reduce la incidencia de enfermedad pélvica inflamatoria
- Pueden utilizarse en mujeres que están amamantando

Efectos secundarios posibles

Los efectos secundarios que algunas mujeres pueden presentar son:

- Más comunes:
 - Irregularidades menstruales (hemorragia, manchado prolongado o amenorrea) que son menos frecuentes cuando se usa durante la lactancia
- Menos comunes:
 - Cefalea
 - Sensibilidad mamaria
 - Náuseas y mareos
 - Aumento de peso

Uso del método Inicio: Una mujer puede empezar a utilizar el método en cualquier momento que lo desee si existe una certeza razonable de que no está embarazada. Tomar las pastillas todos los días hasta terminarlas y de preferencia a la misma hora tenga o no tenga relaciones sexuales.

Administración del método: Se debe iniciar entre el primero y quinto día de la menstruación. Se ingiere una tableta diaria, ininterrumpidamente, incluso durante la menstruación, por todo el tiempo en que se desee usar el método. Debido a que el efecto anticonceptivo de cada tableta

dura 24 horas, es necesario tomar la tableta a la misma hora, y seguir estrictamente la ingestión diaria

Conducta a seguir por uso incorrecto del método

Si la usuaria olvidó tomar 1 pastilla, debe tomarla lo antes posible, Si la ingiere después de 3 horas de la hora habitual, su efectividad disminuye, por lo que deberá agregar un método de barrera o abstinencia en las siguientes 48 horas.

Precaución: La diarrea y el vómito intensos pueden interferir en la efectividad de las pastillas, en estos casos se debe indicar el uso adicional de un método de respaldo mientras duren los síntomas hasta 48 horas después que los síntomas hayan desaparecido.

Seguimiento de la usuaria: Se debe realizar un control inicial a las seis semanas y posteriormente cada año o cuando se estime necesario por la usuaria. En cada control debe reforzarse la consejería del método.

Manejo de efectos secundarios

- Descartar otras patologías que puedan causar estos efectos
- Cuando hay amenorrea y antecedentes de ingestión irregular de la tableta, se debe descartar la existencia de embarazo
- En caso de sintomatología leve, se debe reforzar la información, consejería y recomendar a la usuaria continuar el uso del método anticonceptivo
- La cantidad de hormona usada es muy pequeña y no se han descrito complicaciones

Anticonceptivos inyectables sólo 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 dos o tres meses, según el tipo de inyectable.

Descripción o tipo Existen 3 formulaciones diferentes, todas contienen una progestina sintética esterificada: - 200 mg. de enantato de noretisterona (NET-EN) en ampollas de 1 ml. de solución oleosa. - 150 mg. de acetato de medroxiprogesterona microcristalina (DMPA) en ampollas de 3 ml. de suspensión acuosa. 45 - 104 mg de acetato de medroxiprogesterona subcutánea.

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), tanto intramuscular como subcutáneo, 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 uso discontinuado 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.

Efectividad Es un método altamente efectivo con una tasa de embarazo accidental después del primer año de uso menor del 1%, durante su uso perfecto y de 8% con uso típico.

Beneficios de este método:

- Riesgo de embarazo.
- Cáncer de endometrio.
- Fibromas uterinos.
- Puede ayudar a proteger de enfermedad pélvica inflamatoria.
- Anemia por deficiencia de hierro.
- Reduce: Crisis de anemia falciforme y síntomas de endometriosis (dolor pélvico y sangrado endometrial).

Efectos secundarios posibles 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, molestia abdominal, desmineralización ósea que no produce osteoporosis. El retraso en el retorno a la fertilidad, puede también ser un problema en algunos casos.

Inicio del uso del método: Los anticonceptivos inyectables que sólo contienen progestina, pueden iniciarse en cualquier momento del ciclo menstrual en que se esté razonablemente seguro de que la mujer no está embarazada, preferentemente durante los primeros siete días del ciclo menstrual. Si el método se inicia después del día siete del ciclo, debe usarse un método de respaldo, como condones o abstinencia durante siete días.

En el postparto, en mujeres lactantes, se debe iniciar después de la sexta semana. En mujeres no lactantes y en el postaborto se pueden iniciar inmediatamente después del evento.

Administración del método

- Enantato de noretisterona (NET-EN): 1 ampolla inyectable profunda cada dos meses; no debe darse masaje en el sitio de aplicación.

- Acetato de medroxiprogesterona (DMPA): 1 ampolla inyectable profunda cada tres meses.
- Los sitios de aplicación aceptables son tanto el brazo (región deltoide) como la región glútea, aunque debe considerarse según la preferencia de las usuarias, evitando dar masaje en el lugar de la inyección.
- DMPA subcutánea: una ampolleta subcutánea cada tres meses en la región abdominal o en el muslo. Conducta a seguir por uso incorrecto del método La NET-EN tiene un periodo de seguridad de 2 semanas y la DMPA de 4 semanas. En el caso de 104 mg. de acetato de medroxiprogesterona subcutánea el período de seguridad es de dos semanas. Si la mujer llega después de este periodo, el proveedor o proveedora puede aplicar el criterio de estar razonablemente seguros de que la mujer no está embarazada, se debe administrar e indicar métodos de respaldo por siete días.

Seguimiento de la usuaria: Efectuar un control al momento de la segunda aplicación y posteriormente controles anuales o cuando exista una condición que amerite un control periódico diferente. En cada control se reforzará la consejería, se vigilará el uso adecuado del método, la posible aparición de efectos colaterales, y se establecerán las fechas de las futuras aplicaciones, así mismo, se evaluará la satisfacción de la usuaria con el uso del método.

Manejo de efectos secundarios: El manejo de la sintomatología leve se debe reforzar en la consejería inicial y recomendar a la usuaria que continúe el uso del método, si es necesario debe descartar cualquier otra patología que cause estos efectos. En caso de sangrado moderado o de manchado prolongado se debe brindar consejería y tranquilizar a la usuaria; si esto no es suficiente y ella desea continuar con el método se puede recurrir al uso de: AOC o estrógenos

por un corto plazo (no más de 3 meses), Ibuprofeno, ácido mefenámico u otro antiinflamatorio no esteroideo.

Si la inyección previa se administró hace más de cuatro semanas, la administración de otra inyección podría ser eficaz; programar la siguiente dosis tres meses después. El sangrado profuso es poco común, puede controlarse administrando dosis mayores de AOC o estrógeno (una pastilla diaria por 21 días); si el sangrado continuo, debe descartarse una patología de base y tratarse según corresponda.

La amenorrea es muy frecuente y no requiere tratamiento médico, solo consejería adecuada. En caso de intolerancia de la usuaria a las alteraciones menstruales, puede ser necesario discontinuarlo o sugerir cambio de método. El aumento de peso puede ser en promedio de cuatro libras por año; por lo que debe hacerse de su conocimiento.

Anticonceptivos subdérmicos solo de progestina.

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 pequeñas en forma controlada para alcanzar el efecto anticonceptivo deseado.

Los implantes que se usan en la actualidad son:

- ♣ Dos cilindros de silastic (hule de silicón) de 75 mg. de levonorgestrel cada uno, para un total de 150 mg.
- ♣ Un cilindro de 68 mg. de etonorgestrel.
- ♣ Dos varillas flexibles hechas de elastómero de silicona, cada una contiene 75 mg. de levonorgestrel.

Duración del efecto anticonceptivo: El efecto anticonceptivo con la utilización del implante de dos cilindros de levonorgestrel es de cinco años, con el de un cilindro de etonorgestrel es de 3 años y el de dos varillas flexibles ha sido aprobado para 4 años. En mujeres que pesan 80 o más kilogramos el implante de dos cilindros de levonorgestrel pierde eficacia después de cuatro años de uso.

Retorno a la fertilidad: La fertilidad se reestablece inmediatamente después que los implantes se retiran.

Efectividad: La tasa de embarazo es menor de 1 por cada 1000 mujeres que utilizan los implantes.

Beneficios: Ayudan a proteger contra riesgo de embarazo, enfermedad pélvica inflamatoria, anemia ferropénica.

Efectos secundarios posibles: Alteración del patrón de sangrado menstrual, manifestado ya sea por amenorrea, sangrado intermitente leve o prolongado, aumento del peso corporal, acné, cambios de humor, cefalea no migrañosa, náuseas y mareos, sensibilidad mamaria.

Uso del método Inicio

- Los implantes pueden colocarse en cualquier momento del ciclo menstrual, en que se esté razonablemente seguro de que la mujer no está embarazada, preferiblemente durante los primeros 5 días del ciclo menstrual con el de un cilindro y 7 días con el de dos cilindros.
- Si el método se inicia después del quinto o séptimo día respectivamente debe usarse un método anticonceptivo de respaldo, durante los 7 días siguientes.

- Si la usuaria está en amenorrea puede insertarse el implante en cualquier momento, si se está razonablemente seguro de que la mujer no está embarazada. Debe abstenerse de tener relaciones sexuales o utilizar protección anticonceptiva adicional durante los siguientes 7 días.

- En el postparto: se puede iniciar inmediatamente después del parto independiente de que este lactando o no.

- En el postaborto se puede iniciar inmediatamente después del evento y no necesita un método anticonceptivo de respaldo.

Seguimiento de la usuaria: • Realizar un control inicial a las seis semanas y posteriormente cada año o cuando se estime necesario por la usuaria. • En cada control se debe reforzar la consejería del método. • Se debe dar especial atención a la programación de la visita al finalizar el período de años de efectividad, según el tipo de implante. Si la usuaria desea continuar con el método se le inserta uno nuevo en el mismo lugar.

Manejo de efectos secundarios: Descartar otra patología que pueda causar estos efectos. ·

Sangrado prolongado o profuso: • Brindar consejería. • Antinflamatorios no esteroideos. •

Anticonceptivos orales combinados por corto plazo. Amenorrea: • Consejería informando a la

usuaria que es un efecto esperado y que no es nocivo. Cefalea y sensibilidad mamaria: •

Usualmente cede con analgesia antinflamatoria no esteroidea. • Si el sangrado prolongado

continúa o este comienza después de varios meses de menstruación normal o ausente, o sospecha

de enfermedad subyacente no vinculada con el uso del método hacer diagnóstico y tratar la

patología según corresponda; sino se encuentra causa para el sangrado evaluar la posibilidad del

retiro del implante y suministrar otro método de elección para la usuaria. • Toda cefalea que empeore o aparezca con mayor frecuencia durante el uso de los implantes debe ser evaluada.

Dispositivos Intrauterinos: de cobre y hormonales (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 o inertes y los medicados que a su vez pueden ser con cobre o liberadores de hormonas (levonorgestrel), estos últimos liberan constantemente pequeñas cantidades de hormona esteroidea en el útero. Los DIU más utilizados actualmente en el país son los 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.

Mecanismo de acción: Alto riesgo de VIH, infección por VIH y tratamiento con antirretrovirales INTI (Inhibidores nucleósidos o nucleótidos). El cobre contenido en el dispositivo genera una reacción a cuerpo extraño en el endometrio lo que afecta la viabilidad y la motilidad de los espermatozoides, impidiendo la fecundación. No hay evidencia científica que sustente que los DIU actúan como abortivos.

Duración del efecto anticonceptivo: La protección anticonceptiva se inicia inmediatamente después de su inserción y el efecto de la TCu-380A dura hasta 12 años. La duración de los DIU hormonales es de cinco años.

Retorno de la fertilidad: Es inmediato al retiro del dispositivo. Efectividad: El dispositivo intrauterino es un método altamente efectivo. Tanto Tcu-380A como el DIU hormonal presenta un índice de falla al primer año de uso de 0.6 al 0.8%

Beneficios

- Protege contra riesgo de embarazo
- Puede proteger contra cáncer endometrial
- Dolor abdominal severo con o sin fiebre
- Secreción vaginal purulenta
- Hemorragia vaginal
- Amenorrea de 6 semanas o más
- Hilos no visibles, ni palpables

Efectos secundarios posibles: El DIU en general, es bien tolerado por la mayoría de las usuarias. Los efectos colaterales son poco frecuente, generalmente limitados a los primeros 3 meses posteriores a la inserción y pueden manifestarse de la siguiente manera: Dolor pélvico durante el período menstrual, aumento en la cantidad y duración del sangrado menstrual.

El DIU puede insertarse en cualquier día del ciclo menstrual cuando se esté razonablemente seguro de que no hay embarazo, de preferencia en los primeros 7 días del ciclo menstrual., si han transcurrido más de 7 días desde el inicio del sangrado menstrual no necesita utilizar método anticonceptivo adicional.

En el postparto la inserción debe realizarse preferentemente dentro de los 10 minutos posteriores a la expulsión de la placenta. Esta técnica puede realizarse después de un parto o durante una cesárea. También se puede hacer la colocación del DIU antes de que la usuaria sea dada de alta

dentro de las 48 horas postparto inmediato (requiere capacitación específica). Inmediatamente o durante los primeros siete días después del legrado por aborto incompleto no séptico.

A partir de la cuarta y sexta semana postparto y post-cesárea respectivamente.

La inserción del DIU solamente debe ser realizado por personal de salud debidamente capacitado.

Seguimiento de la usuaria Las consultas siguientes deben programarse:

- La primera consulta entre la cuarta y sexta semana posterior a la inserción.
- La segunda consulta se debe efectuar a los 6 meses a partir de la inserción.
- Posteriormente cada año a partir de la fecha de aplicación del DIU, o cuando el prestador del servicio o la usuaria lo estime necesario.
- En caso de embarazo y si el mismo está dentro de las primeras 10 semanas y los hilos del DIU son visibles, se debe intentar retirar con precaución y suavidad. Si los hilos no son visibles, no se debe intentar el retiro del dispositivo y se debe derivar al nivel de mayor complejidad.

Manejo de efectos secundarios: Las complicaciones inmediatas son las perforaciones uterinas y la hemorragia. Las mediatas son infecciones. Su manejo depende de cada caso en particular. Si la usuaria relata efectos colaterales o complicaciones escuche sus inquietudes, asesórela y si corresponda bríndele un manejo específico. Para el sangrado prolongado, profuso o irregular: tranquilícela explicándole que desaparece después de los primeros tres meses de uso, asimismo se puede utilizar medicamentos antiinflamatorios no esteroideos. Si el sangrado profuso o prolongado continúa descarte patologías ginecológicas y si se diagnosticó dicho problema trátelo o refiera a un nivel de mayor complejidad.

Dolor pélvico o calambres: explique que los calambres también son comunes en los primeros 3 a 6 meses de uso en particular durante la menstruación y que no es perjudicial y que desaparece con el tiempo. Si los calambres continúan y ocurren fuera de la menstruación evalúe buscando patologías subyacentes, trate o refiera a la usuaria. Si los calambres son severos y no se encuentra patología subyacente evalúe la posibilidad de retirar.

Enfermedad pélvica inflamatoria: trate con antibióticos adecuados, no es necesario retirar el DIU si la usuaria desea continuar con el método. Si la mujer no desea continuar con el método, retírelo después de haber comenzado el tratamiento con antibióticos.

Amenorrea: no requiere ningún tratamiento médico, es suficiente con orientación, si la mujer no acepta dicha sintomatología después de la orientación debe retirarse el DIU y ayudarle a elegir otro método.

Anemia: para prevenir la anemia proporcione un suplemento de hierro y fomente la ingesta de alimentos con hierro.

Criterios de elegibilidad médica para DIU: El DIU de levonorgestrel (DIU-LNG) tiene los mismos criterios de elegibilidad médica que los implantes de levonorgestrel. Por su contenido hormonal tiene diferente categoría en algunas condiciones. En esos casos se hace la aclaración a la par de la condición médica respectiva.

Métodos de barrera

Son métodos temporales que impiden la unión del espermatozoide con el óvulo (fecundación).

Descripción o tipo: Dependiendo de su naturaleza se dividen en:

Físicos: Condón (masculino – femenino), Diafragma, Capuchón cervical

Químicos o espermaticidas de uso vaginal: Óvulos, Tabletas 70, Espumas, Cremas, Jalea, Película

Mecanismo de acción

- **Físicos:** Impiden el paso de los espermatozoides hacia el aparato reproductor femenino por acción de una barrera física.
- **Químicos:** Inactivan o destruyen los espermatozoides a nivel de la vagina, haciendo improbable la fecundación.

Condomes

Descripción Condón masculino: Es una bolsa delgada generalmente hecha de poliuretano o látex, lubricado con sustancias inertes, tiene la función de cubrir el pene durante el acto sexual no dejando que el semen entre en contacto con la vagina. Algunos contienen espermaticidas.

Condón femenino: Consiste en un tubo de poliuretano fuerte, lubricado, cerrado en un extremo, de unos 15 cm. de largo y 7 cm. de diámetro. Alrededor de su extremo abierto, se encuentra un anillo exterior de poliuretano flexible que sostiene el condón contra la vulva. El otro extremo tiene un anillo flexible que ayuda a mantenerlo en la vagina durante el contacto sexual. Presentación Empaque individual esterilizado.

Duración del efecto anticonceptivo: La duración del efecto se limita al tiempo de utilización correcta del método.

Efectividad: Con uso correcto y sistemático la tasa de embarazo accidental es del 3% (tasa teórica.). En condiciones habituales de uso el condón masculino tiene tasa de embarazo

accidental del 15% (tasa típica). En el caso del condón femenino estos porcentajes son de 5% para la tasa teórica y 21% para la tasa típica.

Beneficios: Es el único método que protege contra ITS, incluyendo VIH, así como del embarazo (método de doble protección).

Efectos secundarios posibles: En muy raras ocasiones puede presentarse reacción alérgica al látex o al espermaticida, en cuyo caso se debe reforzar la consejería para orientar la elección de otro método. La alergia al látex puede manifestarse por enrojecimiento, escozor o hinchazón después de usar el condón. Criterios de elegibilidad: no existe ninguna condición médica para limitar su uso, excepto cuando haya alergia al látex o al espermaticida. El uso de lubricantes con base de aceite, crema vaginal de Clindamicina y crema vaginal de antimicóticos, pueden dañar el condón de látex.

Métodos naturales

Conjunto de métodos basados en el conocimiento de los periodos fértiles e infértiles de la mujer, incluyen la infertilidad natural post parto (MELA) y el retiro voluntario o coitus interruptus. No requieren el uso de métodos hormonales o de barrera. Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad.

Tipos Métodos basados en síntomas y métodos basados en el calendario. La utilización de estos métodos requiere de la participación activa de la pareja y el correcto conocimiento de los cambios fisiológicos que se presentan durante el ciclo menstrual y que pueden ser alterados por factores emocionales, ingesta de medicamentos que modifican el ánimo como ansiolíticos (excepto benzodiazepinas), antidepresivos, uso prolongado de ciertos antibióticos o antiinflamatorios no esteroideos. Estos medicamentos pueden demorar la ovulación.

Basados en síntomas: Están basados en la observación de signos de fertilidad, por ejemplo, las secreciones cervicales y la temperatura basal. Los más conocidos son: el método de la temperatura basal corporal, el método del moco cervical o Billings, el método de dos días y el método sintotérmico.

Método de la temperatura corporal basal: Este método depende de un solo signo, que es la elevación de la temperatura corporal basal de 0.2°C a 0.5°C, cerca del tiempo que ocurre la ovulación (aproximadamente a la mitad del ciclo menstrual para muchas mujeres). La pareja debe abstenerse de tener relaciones sexuales entre el primer día de la menstruación y el tercer día consecutivo a la elevación de la temperatura basal; la cual debe ser tomada de la misma manera (Oral, rectal, axilar), todas las mañanas antes de levantarse.

Método de moco cervical o de Billings: La abstinencia sexual debe comenzar el primer día que la pareja observa el moco cervical abundante y lubricante, y se continúa hasta el cuarto día después del día cúspide en que el moco cervical es más abundante y filante.

Método de los dos días: Abstinencia sexual a partir del día en que la mujer nota secreciones y el día siguiente. Se reinician relaciones sexuales sin protección después de dos días secos.

Método sintotérmico: Este método es denominado así porque combina varios síntomas y signos. (Temperatura corporal basal, calendario, moco cervical y otros síntomas ovulatorios).

Basados en el calendario: ritmo y collar Son métodos que se basan en evitar tener relaciones sexuales durante el período fértil de la mujer. El período fértil de una mujer se puede reconocer mediante la observación, el registro y la interpretación de signos y síntomas naturales que se relacionan con la ovulación.

Método del calendario (ritmo) o de Ogino-Knaus. Como resultado de la observación continua de las fechas de la menstruación durante 6 meses se puede estimar el principio del período fértil restando 18 días al ciclo más corto, y el final del período fértil, restando 11 días al ciclo más largo. Se debe actualizar cada mes, siempre utilizando los últimos seis ciclos.

Método de los días fijos (collar) Este método se basa en la identificación de una fase fija de fertilidad. Para las mujeres con ciclos entre 26 y 32 días, esta fase va desde el día 8 hasta el día 19 de su ciclo menstrual.

Mecanismo de acción Impiden que los espermatozoides se unan con un óvulo al evitarse el acto sexual alrededor del período en que ocurre la ovulación.

Efectividad Estos métodos bajo condiciones de uso correcto y consistente, proporcionan una efectividad teórica mucho mayor que la efectividad típica.

Método del calendario: La tasa de embarazo accidental durante el primer año de uso es 9% (tasa teórica). En condiciones habituales de uso la tasa de embarazo accidental durante el primer año es del 20% (tasa típica).

Los MBCF no protegen contra ITS/VIH. Si existe riesgo de ITS/VIH (incluso durante el embarazo o posparto) se recomienda el uso correcto y consistente de condones, ya sea solos o en combinación con otro método anticonceptivo. Las mujeres con condiciones que hacen del embarazo un riesgo inadmisibles deben ser informadas de que los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad podrían no ser apropiados para ellas debido a su relativamente alto porcentaje de fallas en el uso típico.

Uso del método

- Para utilizar estos métodos se debe tener en cuenta el registro del ciclo menstrual, el cual se basa en la observación de los cambios fisiológicos que se presentan durante los mismos.
- Su efectividad está determinada por el uso correcto y sistemático de la pareja.
- Estos métodos pueden ser usados por todas las mujeres en su vida reproductiva y sexualmente activa, pero no son recomendados para aquellas que presentan períodos de amenorrea, ciclos irregulares o si no hay colaboración de la pareja.
- En cuanto al método de los días fijos para evitar o espaciar los embarazos, pueden tener relaciones sexuales sin protección durante cualquier día de su ciclo menstrual, excepto entre los días 8 al 19. Las mujeres deben llevar la cuenta de los días de sus ciclos menstruales utilizando un instrumento mnemotécnico especial (un collar de cuentas). Cada cuenta representa un día del ciclo, con cuentas de diferentes colores para indicar los días fértiles e infértiles. La mujer mueve un anillo de hule sobre una cuenta cada día, a fin de marcar en que parte su ciclo menstrual se encuentra. Es requisito indispensable que los ciclos menstruales sean de 26 a 32 días.
- Para los métodos basados en Billings y de dos días si la mujer presenta una infección vaginal u otra patología que modifique el moco cervical el método puede que sea difícil de usarlo. Procedimientos requeridos para su inicio: no necesita ningún procedimiento, sólo asesoría y orientación de la usuaria y/o su pareja.

Seguimiento de las personas usuarias y/o su pareja; se hará cada vez que las personas usuarias y/o su pareja tengan alguna duda sobre la utilización del método. En cada visita se reforzará el uso correcto del método utilizando material audiovisual. Se debe evaluar la satisfacción de la persona usuaria y/o pareja con el uso del método.

Efectos secundarios posibles y su manejo: no se describen efectos colaterales atribuibles al método. Sin embargo, cuando existe falta de comunicación entre la pareja esto puede ser motivo de desacuerdo conyugal y tensión emocional. Consejería La consejería debe basarse en la orientación a la pareja sobre los indicadores de fertilidad, mejorar la comunicación en la pareja, así como el uso correcto del método. También es necesario aclarar que solo funciona en mujeres con ciclos regulares, no protege contra las ITS incluido el VIH y que puede ser difícil reconocer el período fértil cerca de la menarquia, (adolescentes 10 a 19 años), cerca de la menopausia, durante la lactancia o en mujeres con ciclos irregulares.

Coito Interrumpido (CI)

El coito interrumpido (CI), también conocido como retiro, es un método anticonceptivo tradicional en el cual el hombre retira totalmente su pene de la vagina, y lo aleja de los genitales externos de su pareja, antes de eyacular.

El CI previene que el esperma se introduzca en la vagina de la mujer, y de esta manera se evita el contacto entre el espermatozoide y el óvulo.

Este método es apropiado para parejas altamente motivadas y que son capaces de usar este método de manera eficaz; con razones religiosas o filosóficas que no les permiten usar otros métodos anticonceptivos; que necesitan la anticoncepción de manera inmediata y han iniciado un acto sexual sin tener a su disposición métodos alternos; que necesitan un método temporal mientras están a la espera de iniciar otro método; que tienen relaciones sexuales con poca frecuencia.

Beneficios

1. Algunos beneficios del CI son que el método, cuando se usa correctamente, no afecta la lactancia materna y está siempre disponible para uso primario o como un método de respaldo.
2. Además, el CI no implica un gasto económico ni el uso de sustancias químicas. No existen riesgos de salud asociados directamente al CI. Advertencias
3. El uso correcto del CI y su efectividad depende de la disposición y habilidad de la pareja para utilizar el retiro en cada coito.
4. No protege de ITS/VIH.

Método de lactancia y amenorrea (MELA)

El MELA es un método anticonceptivo que se basa en la infertilidad natural postparto cuando se cumplan los 3 criterios siguientes.

1. Amenorrea
2. Lactancia exclusiva o casi exclusiva, requiere amamantar con frecuencia durante el día y la noche.
3. Dentro de los primeros 6 meses postparto

Mecanismo de acción: La succión efectuada por el lactante inhibe la producción de las hormonas que se requieren para la ovulación.

Duración del efecto anticonceptivo: El MELA proporciona una protección anticonceptiva durante los primeros 6 meses después del parto, siempre y cuando se cumplan los 3 criterios mencionados.

Efectividad: del MELA Es sumamente efectivo. La tasa de embarazo accidental es del 2%. La extracción de la leche puede ser algo menos efectiva para prevenir el embarazo que el pecho directo y la tasa de embarazo en ese caso es del 5%.

2.6 Cuando interrumpir la anticoncepción

De acuerdo con la Sociedad Europea de Reproducción Humana y Embriología (ESHRE) se puede dejar de utilizar la anticoncepción hormonal luego de 2 años de amenorrea en damas menores de 50 años, o luego de un año en féminas más grandes de 50 años.

Una vez que 2 dosificaciones de FSH separadas por 6 u 8 semanas presentan valores mejores a 30UI/L, se puede tener en cuenta como factible envejecimiento ovárico. Luego de los 55 años se puede tener en cuenta menopausia natural.

La Organización Mundial de la Salud junto con el colegio John Hopkins Bloomberg de Salud Pública recomiendan que los procedimientos anticonceptivos no hormonales se tienen que conservar a lo largo de por lo menos 12 meses a partir del último lapso menstrual, mientras tanto, que los procedimientos hormonales tienen que sustituirse por uno no hormonal y después mirar un tiempo de 12 meses de amenorrea para la interrupción final. Ellos no reportan una edad específica para este cambio de procedimiento hormonal.

Se sugiere la sustracción de DIU de cobre luego de 12 meses de la última menstruación. Otros recomiendan que los usuarios de procedimientos combinados tienen que modificar a otro procedimiento efectivo sin estrógeno a los 50 años de edad y a otros procedimientos de progestágeno únicamente o de barrera.

CAPITULO III: MARCO METODOLOGICO

3.1 Tipo de estudio

Según la investigación y el tipo de alcance que se logra obtener se realiza una investigación cuantitativa de tipo:

Descriptivo: Ya que se logró determinar el uso de los métodos de planificación familiar en las mujeres en climaterio en las edades entre 40 a 65 años que consultan en UCSF I San Julián, y así también se hizo una descripción de la sintomatología que sufren estas pacientes a través de la recolección, evaluación y análisis de datos obtenidos de los expedientes clínicos.

Según el periodo y secuencia del estudio se caracteriza por ser:

Transversal. Se ha delimitado el periodo de tiempo para la realización de la investigación con las mujeres en etapa de climaterio entre 40 a 65 años que consultan en la UCSF I San Julián en el período comprendido entre Julio a Diciembre del año 2021.

3.2 Población y muestra

a) Población

Mujeres en la etapa de climaterio en las edades entre 40 a 65 años que consultan en la UCSF I SAN JULIAN del Departamento de Sonsonate en el periodo de Julio a Diciembre del año 2021 las cuales son 19 pacientes. Datos obtenidos del programa SIMMOW.

b) Muestra

Es la totalidad de mujeres en etapa de climaterio en las edades de 40 a 65 años en control de planificación familiar en la UCSF I San Julián

Criterios para determinar la muestra

Para determinar la muestra, se establecieron los siguientes criterios:

Criterios de inclusión

- Mujeres en etapa de climaterio.
- Mujeres entre 40 a 65 años
- Mujeres en etapa de climaterio que consultan en la UCSF I San Julián.
- Mujeres que pasaron consulta con médico o que llevan control con promotor de salud en el periodo comprendido entre julio a diciembre del año 2021.

Criterios de exclusión

- Pacientes fuera del grupo etario establecido.
- Pacientes con método de planificación permanente
- Mujeres que cuya consulta en la UCSF I San Julián esté fuera del periodo de estudio.

3.3 Técnica de recolección de información.

Técnicas documentales.

- 1) Dentro de la investigación se incluye la documental bibliográfica que permite obtener información coherente precisa y extensa de libros de texto y diccionarios relacionados con el tema de investigación.

- 2) Documental hemerográfico. La cual permite recopilar información del tema a investigar de: revistas, periódicos, tesis, sitios web.

Técnica de trabajo de campo

El instrumento que se utilizó es un cuestionario formulado por preguntas categorizadas, cerradas y abiertas. Las preguntas fueron elaboradas en base a cada objetivo específico del estudio.

3.4 Procedimiento

Etapa de Preparación.

- a. Se presentó el proyecto a autoridades de la Universidad Nacional de El Salvador, Facultad Multidisciplinaria de Occidente, momento en el que se asigna asesor de tesis a Dr. Emilio Montes Reyes.
- b. Se realizaron reuniones mensuales con docente asesor de tesis para coordinar los avances del proyecto, dos veces por mes.
- c. Luego de la elaboración del cronograma de actividades, se realizó una visita a la UCSF I San Julián, el objetivo radicó en informarle a directora de dicho centro de salud sobre la investigación y así obtener su autorización para poder obtener expedientes para la recopilación de la información.
- d. Se procedió a obtener expedientes para obtener información necesaria para poder realizar la investigación.

Etapa de ejecución:

- a. Se procedió a consultar el fichero de planificación familiar donde se lleva el control de todas las mujeres que planifican para seleccionar las que son de importancia para nuestro estudio.

- b. Se presentó el instrumento a utilizar a nuestro asesor Dr. Montes como también a la directora de la unidad de salud Dra. Carballo para su aprobación.
- c. Del mismo modo se coordinó con el personal de archivo para solicitar los expedientes de las mujeres que están planificando en las edades de 40 a 65 años.

3.5 Presupuesto para la investigación

(Ver anexo)

3.6 Consideraciones éticas:

En este presente estudio respetamos la integridad física y dignidad humana no exponiendo todos los antecedentes que no son relevantes para nuestro estudio y que se encuentran plasmados en los expedientes clínicos de cada paciente.

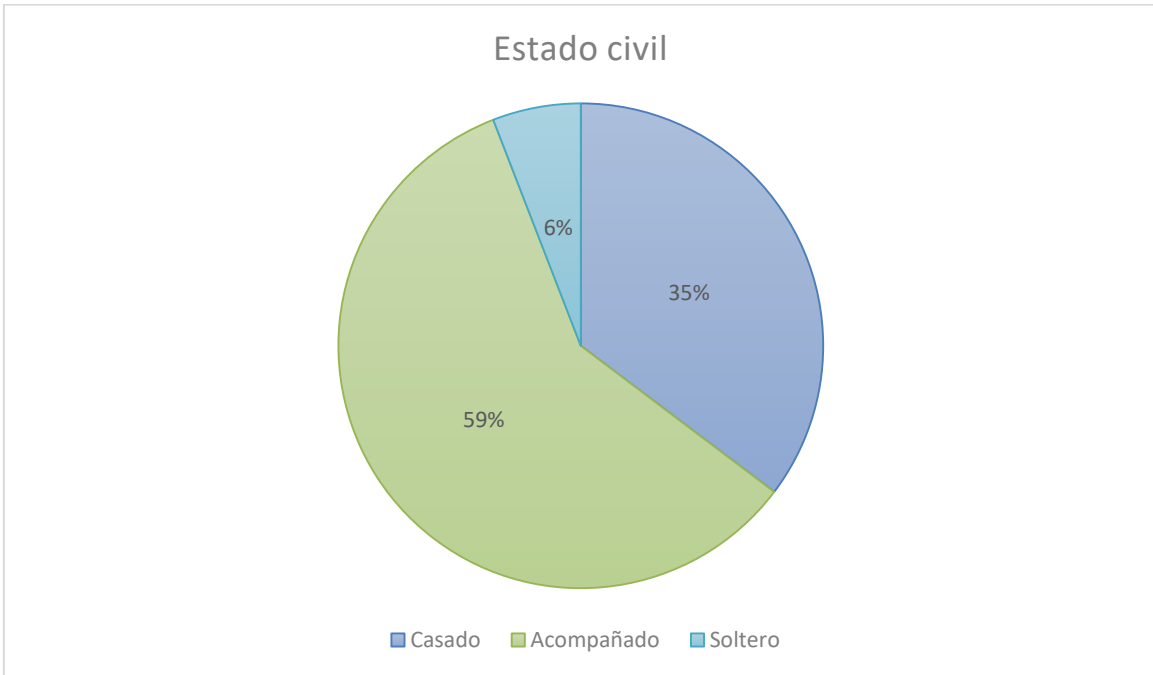
3.7 Análisis de los resultados

Tabulación y análisis de datos, de resultados obtenidos del cuestionario estructurado obtenido de expedientes de las mujeres en la etapa de climaterio en las edades entre 40 a 65 años de edad que consultaron de julio a diciembre 2021 en la UCSF I San Julián.

Pregunta 1: Estado civil:

Estado civil	Resultados
Casada	35%

Acompañada	59%
Soltera	6%



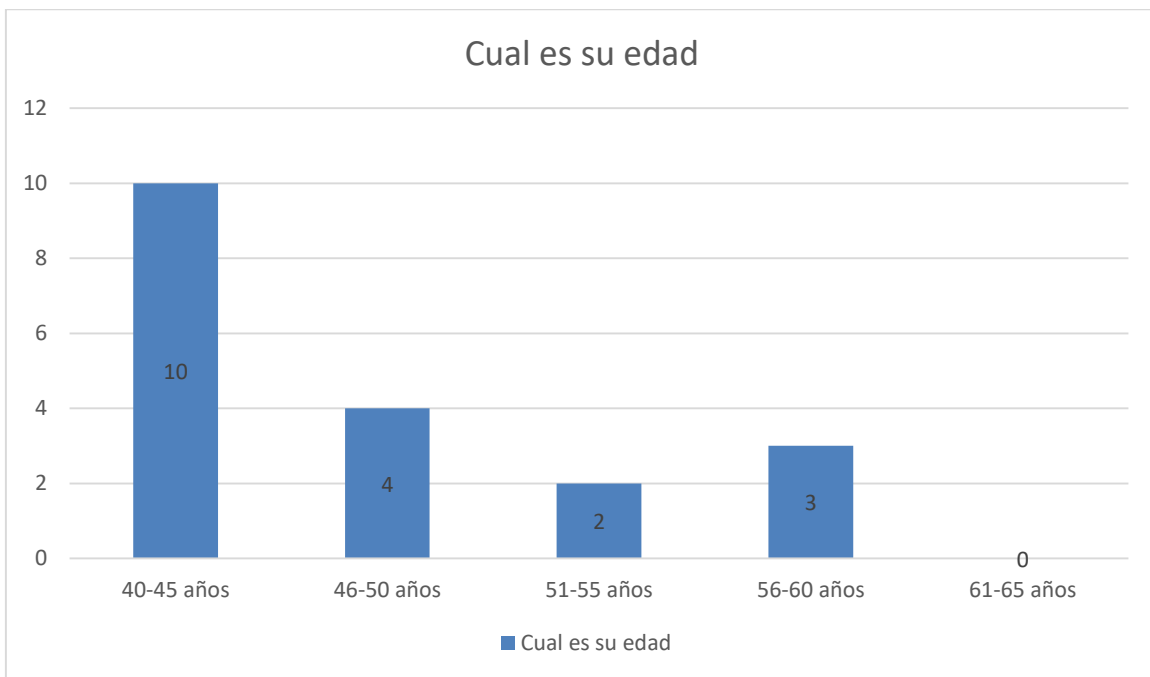
Analisis:

En la población salvadoreña, la mayoría de las mujeres vive en unión libre, como pudimos observar en nuestras encuestas, esto puede ser debido a muchas causas como: la negatividad del hombre para casarse, una pobre educación o por falta de seguridad de la pareja, etc. Si las mujeres están con sus parejas desde una edad temprana y tienen un nivel de educación bajo, es más probable que se encuentren en unión libre y no formalmente casadas

Pregunta 2: Cuál es su edad

Cuál es su edad	Resultados
------------------------	-------------------

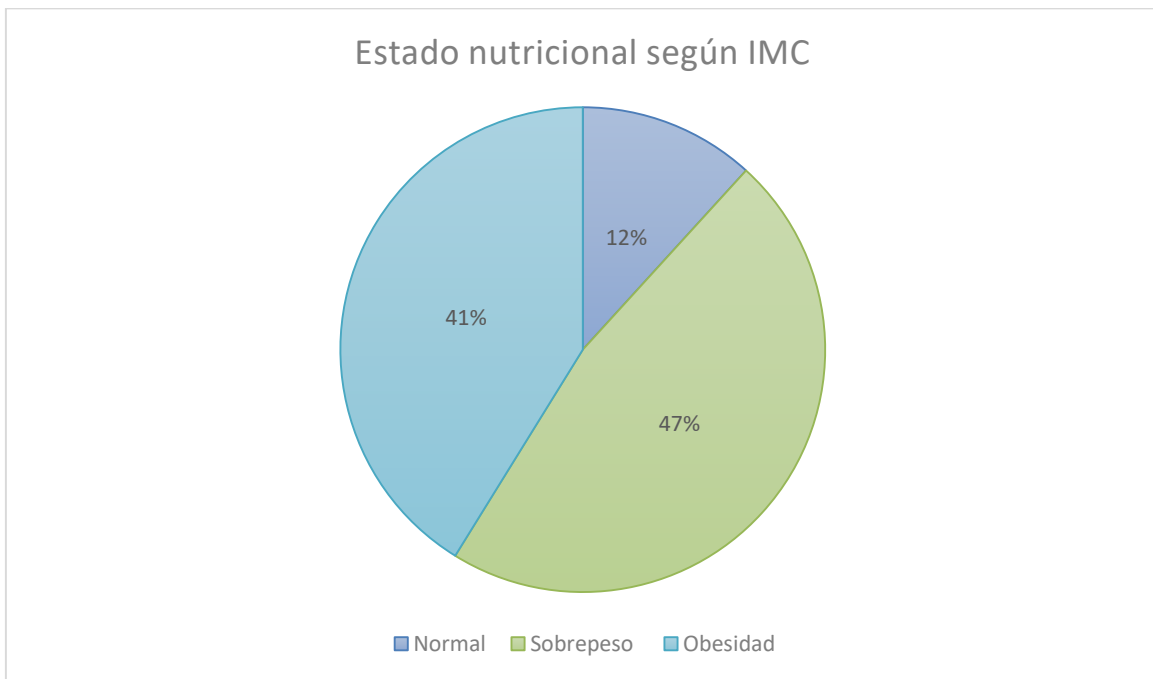
40-45 años	10
46-50 años	4
51-55 años	2
56-60 años	3
61-65 años	0



Análisis: Dentro de nuestra población estudiada la que se encuentra entre las edades de 40 a 45 años son las que más acuden para ponerse en control y utilizar un método de planificación familiar. En la UCSF I San Julián no se documenta ninguna mujer arriba de 60 años utilizando un método de planificación familiar a pesar de que en diferentes partes del mundo se han documentado casos de embarazos en estas edades.

PREGUNTA 3: Estado nutricional según IMC:

Estado nutricional según IMC	Resultado
Normal	41%
Sobrepeso	47%
Obesidad	12%

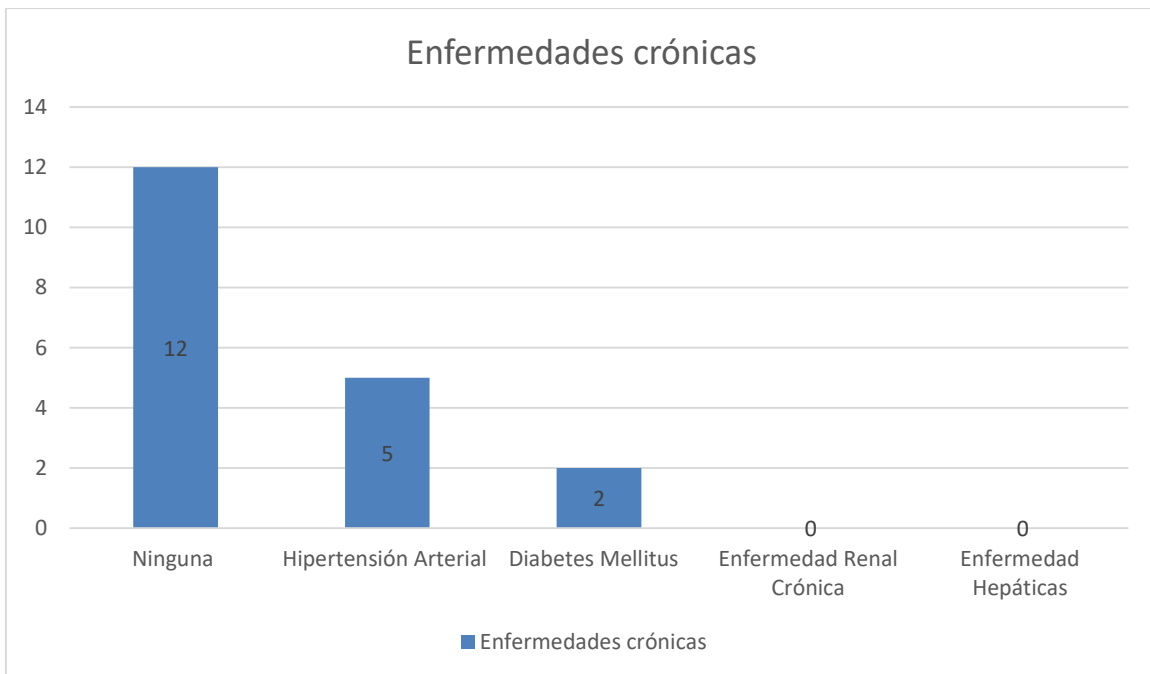


Analisis:

La mayoría de la población se encuentra en sobrepeso esto se debe a que el gasto energético basal disminuye casi linealmente con la edad, además de la reducción de la actividad metabólica del tejido magro y la disminución proporcional de éste. A esto se asocia, en general, una reducción progresiva de la actividad física con el consiguiente balance energético positivo si se mantiene la ingesta.

PREGUNTA 4: Enfermedades crónicas:

Enfermedades crónicas	Resultados
Ninguna	12
Hipertensión arterial	5
Diabetes mellitus	2
Enfermedad renal crónica	0
Enfermedad hepática	0



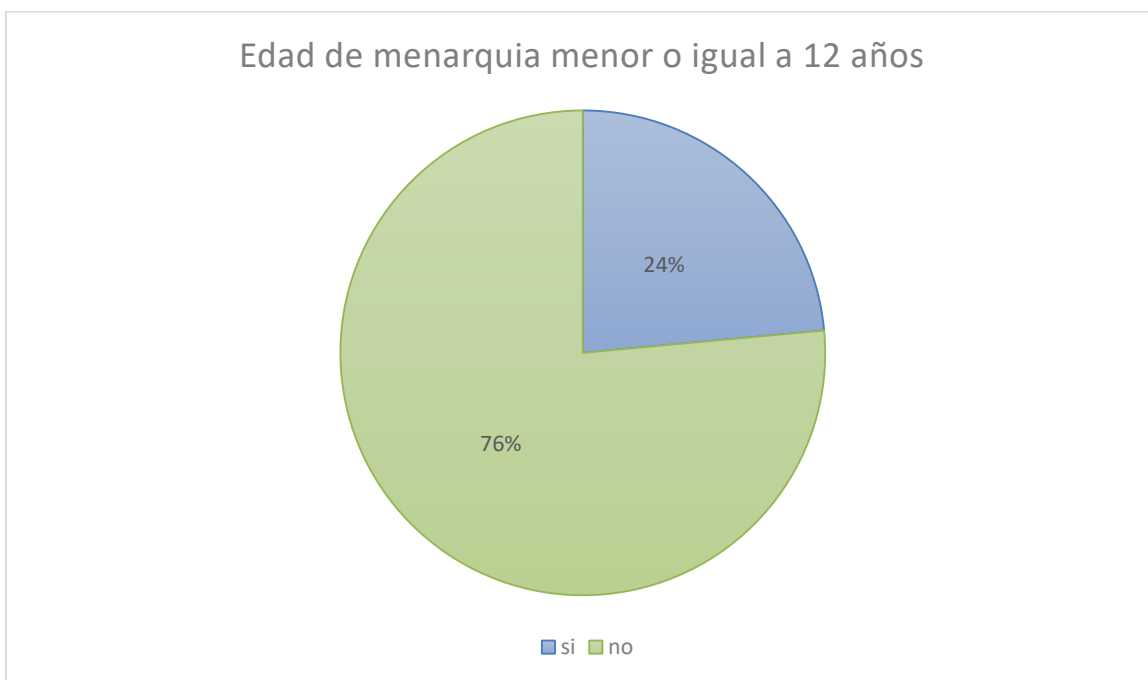
Analisis:

Como se sabe con el aumento de la edad también aumenta la probabilidad de desarrollar enfermedades crónicas además un método de planificación familiar también puede contribuir al desarrollo de estas enfermedades por lo que podemos observar que las mujeres de nuestro estudio el 5% manifiesta hipertensión arterial y el 2% presenta diabetes mellitus esto es de

importancia a la hora de elegir el método de planificación familiar y los fármacos que se darán para estos tratamientos para que no vayan a disminuir el efecto de los anticonceptivos.

PREGUNTA 5: Edad de menarquia menor o igual a 12 años

Edad de menarquia menor o igual a 12 años	Resultado
Si	24%
No	76%



Analisis:

La mayoría de las mujeres de nuestro estudio presento una menarquia después de los 12 años de vida, ya que este desarrollo puede ocurrir tan temprano como a los 8 años o tan tarde como a los 15 años.

PREGUNTA 6: presenta la regla todos los meses

Presenta la regla todos los meses	Resultado
Si	41%
No	59%

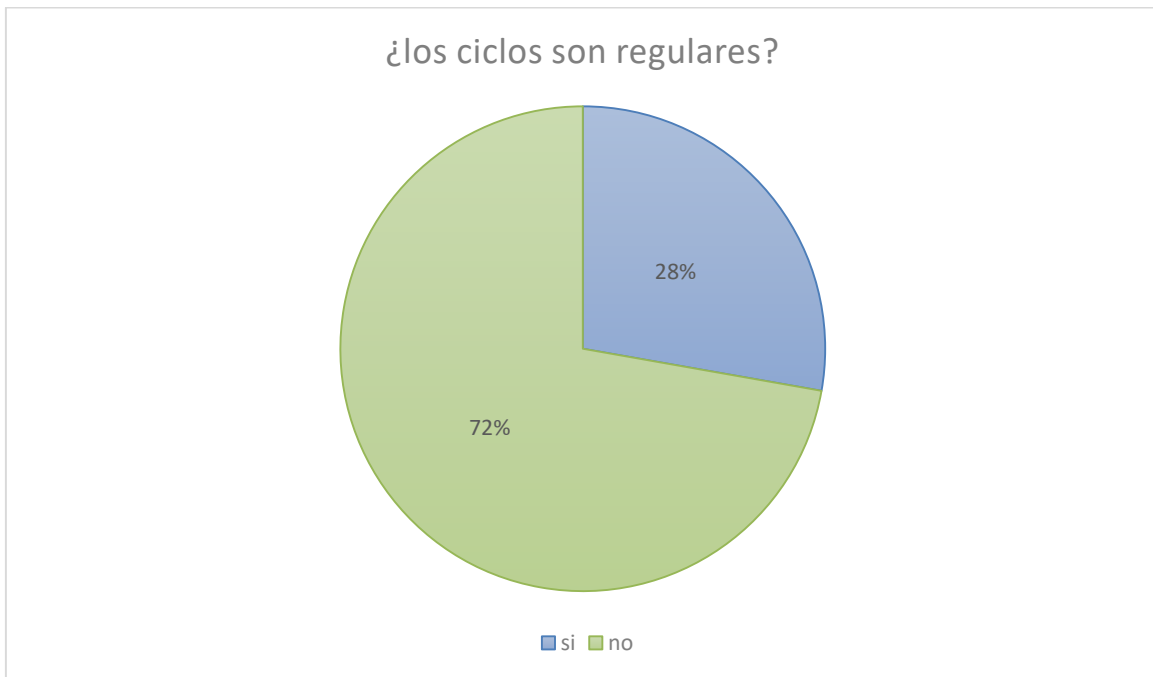


ANALISIS:

Muchos de los métodos de planificación familiar a la hora de emplearlos se les debe de explicar a las pacientes que dentro de los efectos adversos de estos esta la amenorrea en nuestra población en estudio el 41% si presenta regla utilizando método de planificación familiar y el 59% no presenta regla, por lo que se debe supervisar si el periodo de amenorrea es mayor a 12 meses para poder suspender el método de anticoncepción.

PREGUNTA 7: Los ciclos son regulares

Los ciclos son regulares	Resultados
Si	28%
No	72%



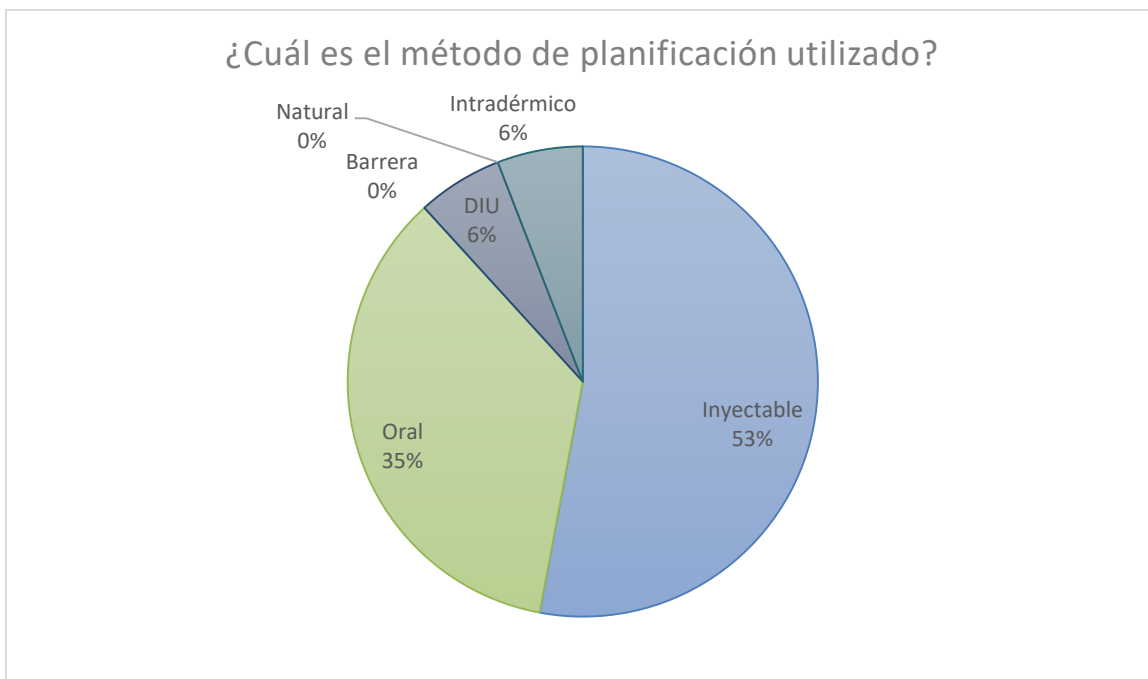
Analisis:

Muchas de las mujeres que utilizan un método de planificación familiar no presentan ciclos menstruales regulares, dentro de nuestra población solo el 28% presenta ciclos regulares.

PREGUNTA 8: Cuál es el método de planificación utilizado

Cuál es el método de planificación utilizado	Resultado
Inyectable	53%
Oral	35%
Barrera	0%
DIU	6%

Natural	0%
Intradérmico	6%



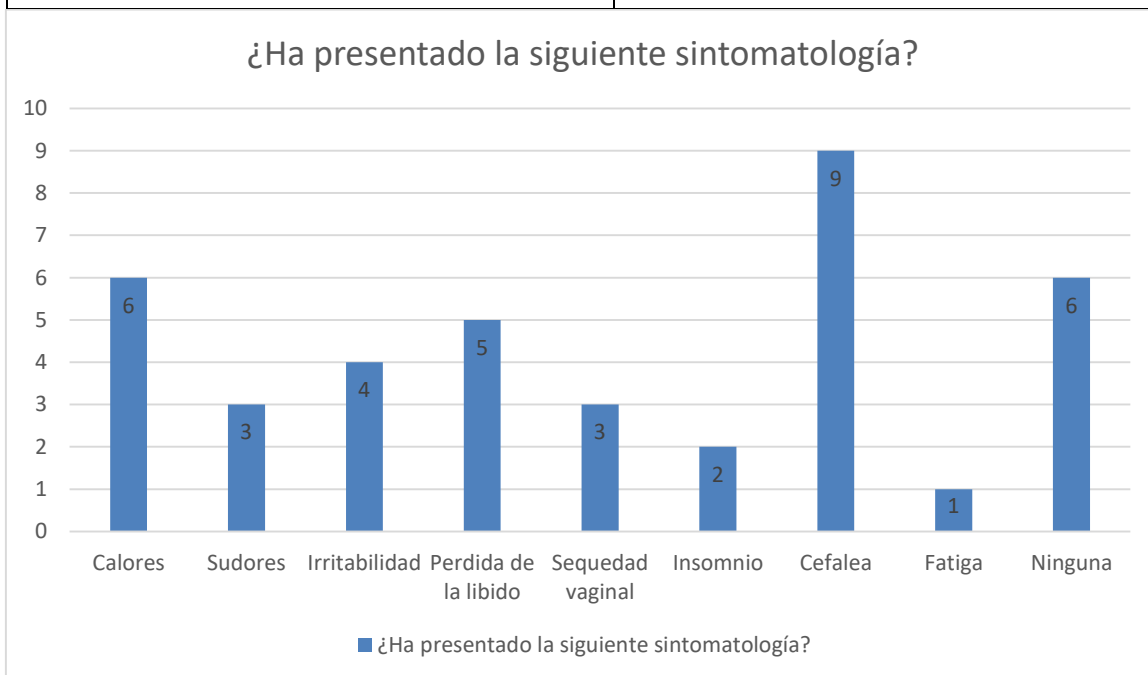
Análisis:

El método de planificación más utilizado en la población es el inyectable, ya que no tienen la obligación de estar recordando cada día de tomar un método. Además, este junto con los anticonceptivos orales es el método que más se ofrece en los diversos sistemas de salud del área pública por lo que se hace más fácil adquirirlo.

PREGUNTA 9: Ha presentado la siguiente sintomatología

Ha presentado la siguiente sintomatología	Resultados
Calores	6
Sudores	3
Irritabilidad	4

Perdida de la libido	5
Sequedad vaginal	3
Insomnio	2
Cefalea	9
Fatiga	1
Ninguna	6



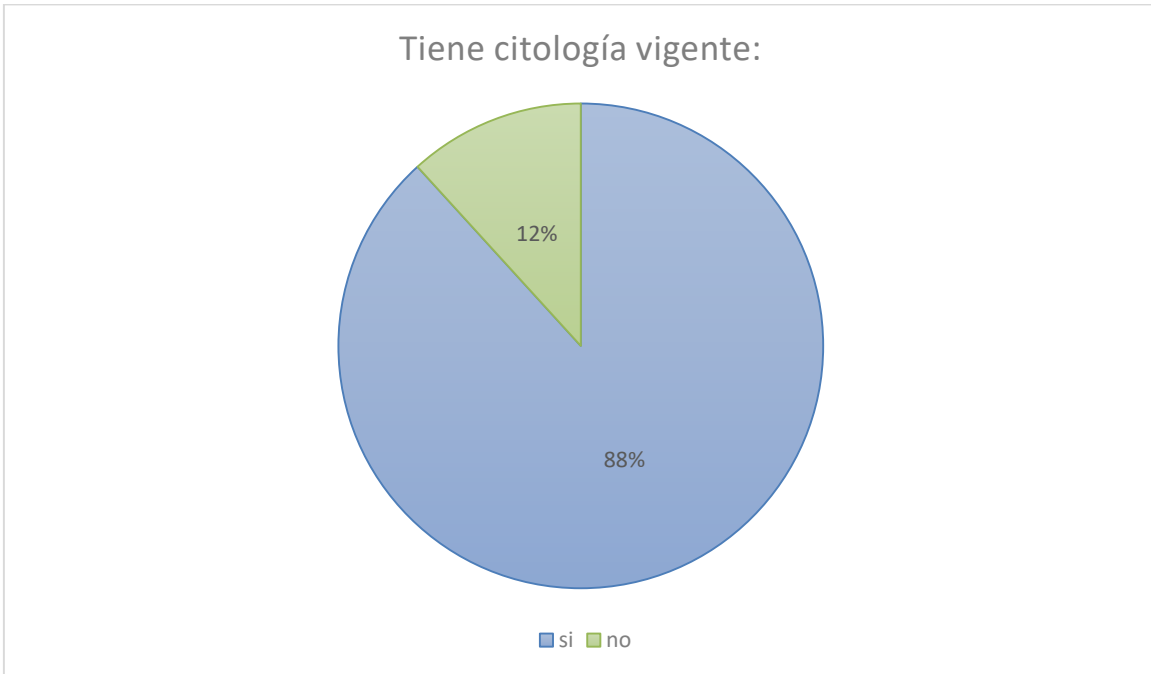
Analisis:

Dentro de la sintomatología de climaterio las mujeres consultan más por cefalea y calores, ya que en esta etapa de transición y cambio hormonal los bochornos que cada mujer puede presentar son comunes.

PREGUNTA 10 Tiene citología vigente:

Tiene citología vigente	Resultado
Si	88%

No	12%
----	-----



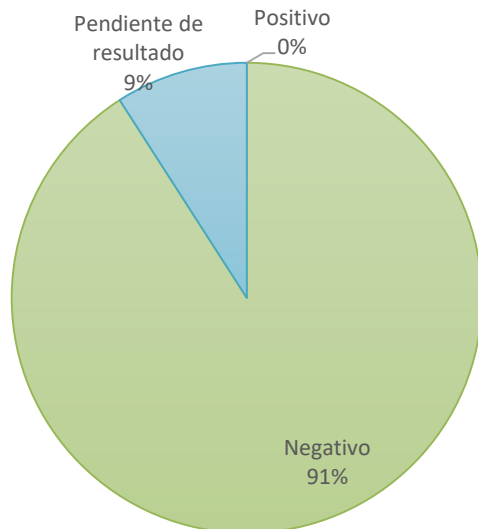
Analisis:

En esta población la mayoría cuenta con una citología vigente ya que hay mucha campaña para hacerles conciencia de la importancia de la toma de este examen por lo cual la población accede a realizarlo.

PREGUNTA 11: Cuál es el resultado de la citología vigente

Cuál es el resultado de la citología vigente	Resultado
Positivo	9%
Negativo	91%
Pendiente de resultado	0%

¿Cuál es el resultado de la citología vigente?

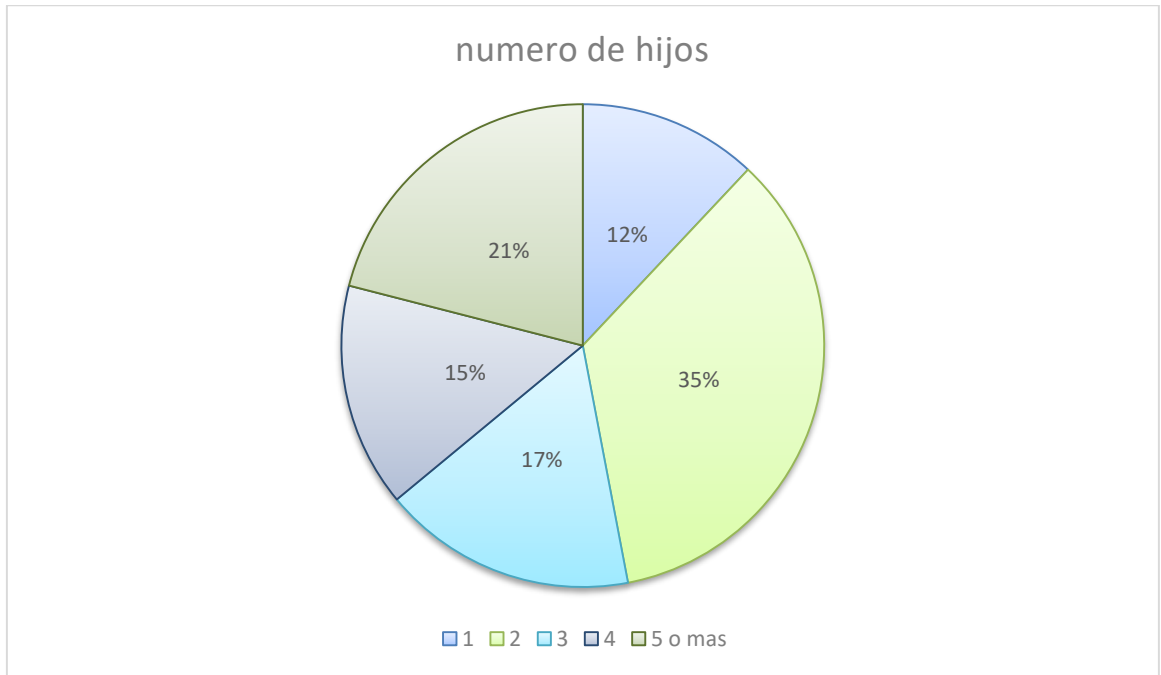


Analisis:

El control que cada paciente tiene y el acudir periódicamente a evaluaciones y toma de citología para estar vigente en el programa ha permitido que la mayoría de las mujeres cuenten con una citología negativa.

Pregunta 12: Cuántos hijos tiene,

Cuántos hijos tiene	Resultados
1	12%
2	35%
3	17%
4	15%
5 o mas	21%

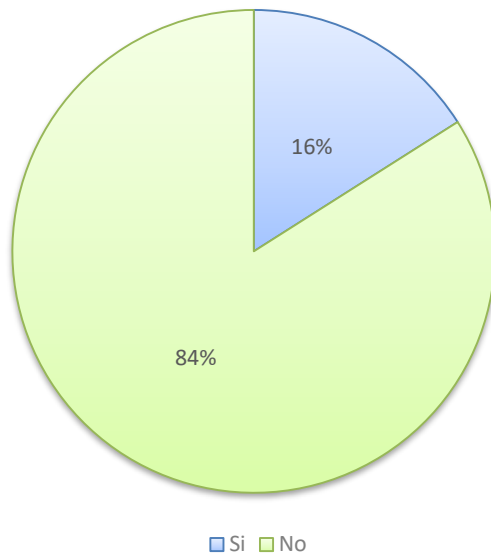


Analisis: dentro de los resultados podemos observar que las pacientes, la mayoría tiene tendencia a tener varios hijos que puede deberse a diversos factores como la educación la cultura y la religión.

Pregunta 13: Ha presentado complicaciones en sus embarazos

Ha presentado complicaciones en sus embarazos	Resultados
Si	16%
No	84%

Ha presentado complicaciones en sus embarazos



Análisis: la mayoría de las mujeres que se encuentran en etapa de climaterio y que aun utilizan un método de planificación familiar no han presentado complicaciones durante sus embarazos solo un 16% de las pacientes ha presentado algún tipo de complicaciones.

Pregunta 14: Como han sido sus partos

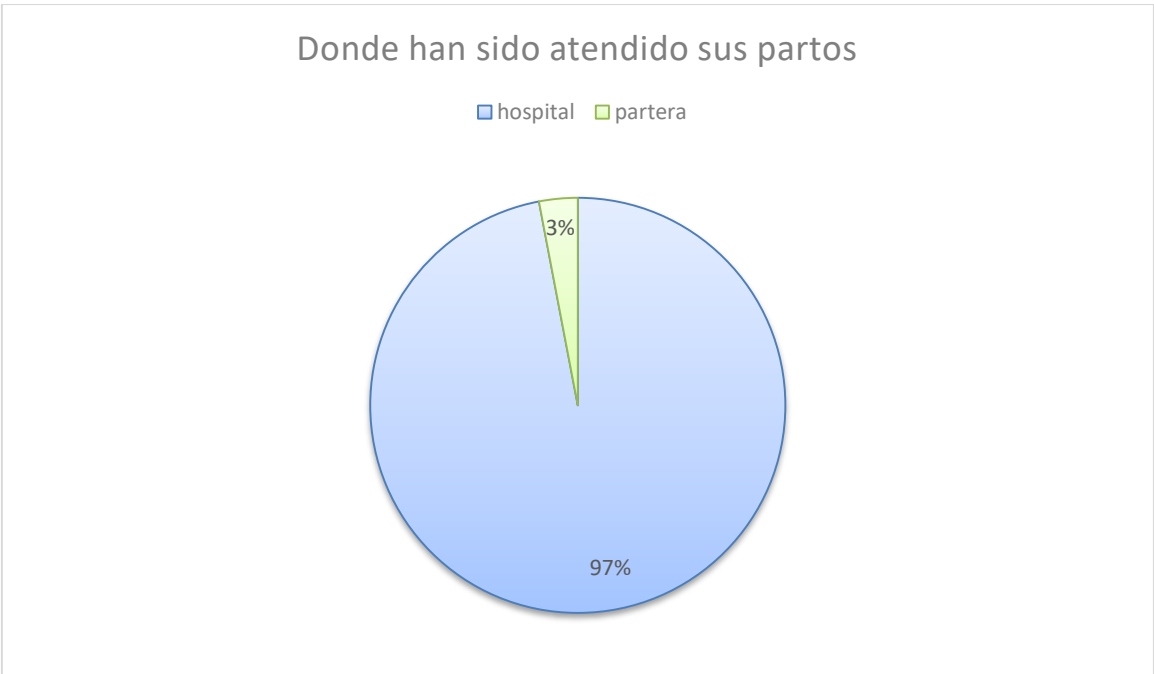
Como han sido sus partos	Resultado
Vaginal	91%
Cesárea	9%



Análisis: en estos resultados nos damos cuenta de que la mayoría de las mujeres en un 91% han tenido partos vaginales y solo un 9 % es documentado que han tenido partos por cesárea.

Pregunta 15: Dónde han sido atendidos sus partos

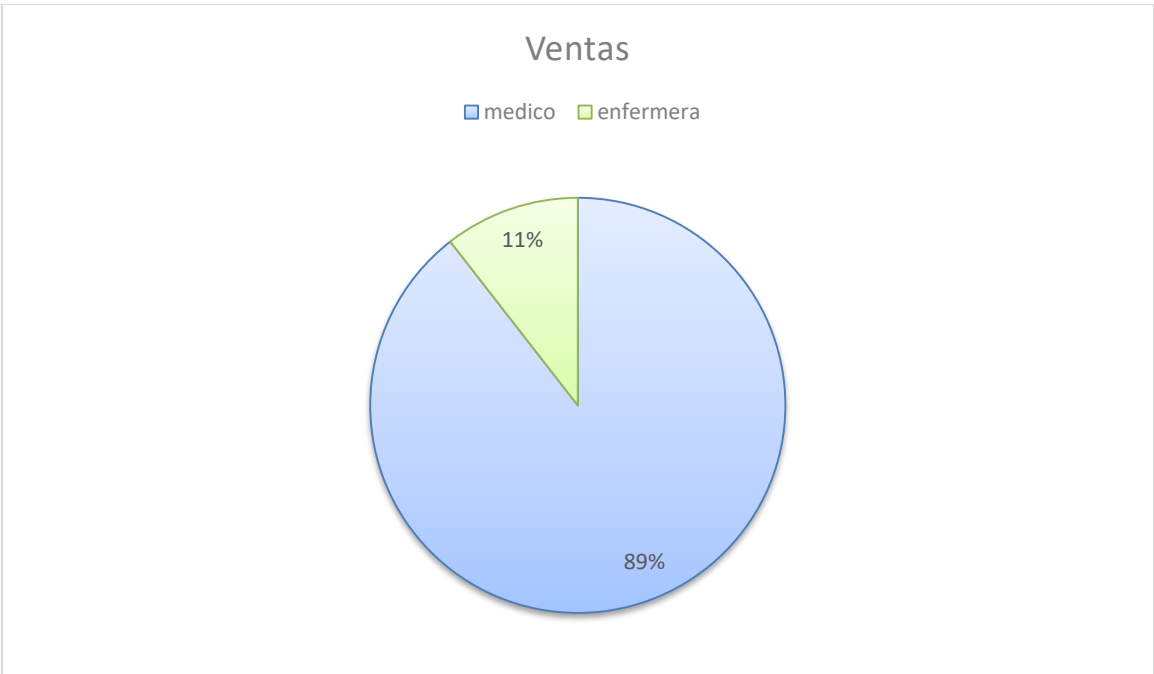
Donde han sido atendidos sus partos	Resultados
Hospital	97%
Partera	3%



Análisis: podemos darnos cuenta de que la mayoría de las mujeres busca ayuda hospitalaria para poder atender sus partos, pero aun así un 3% de las mujeres todavía busca las parteras a pesar de la educación y de las campañas que por años se han empleado por medio del Ministerio de Salud de El Salvador para que las embarazadas acudan a un centro de salud.

Pregunta 16: Quién lleva sus controles de planificación familiar

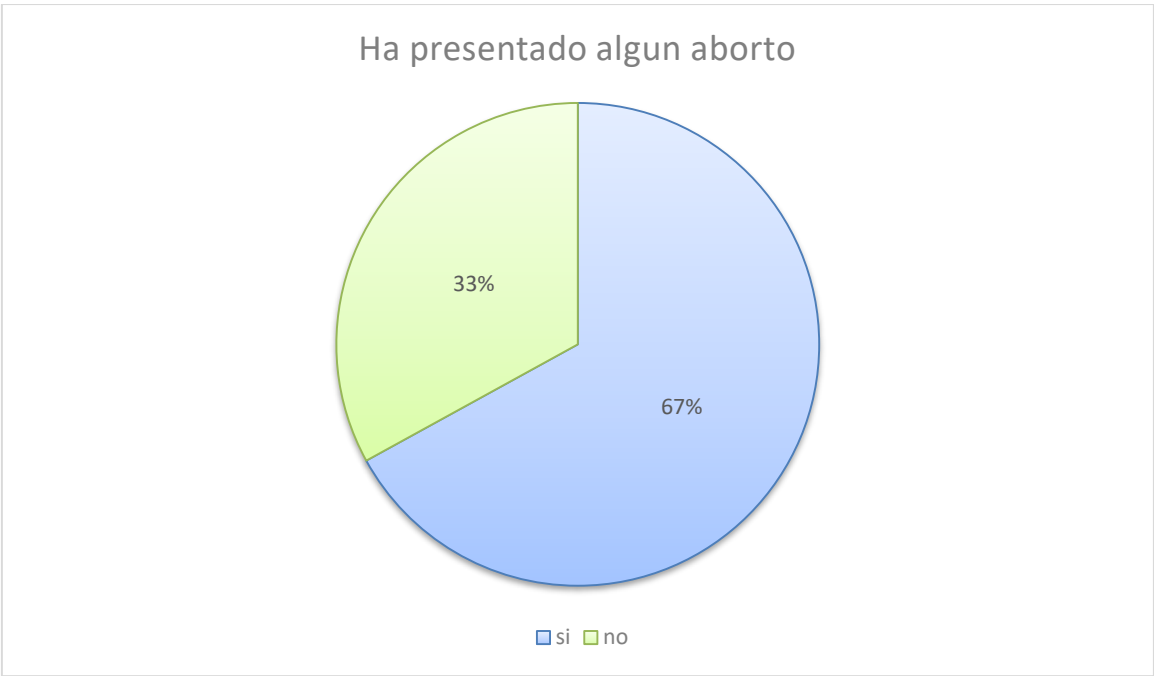
Quien lleva sus controles de planificación familiar	Resultados
Medico	89%
Enfermera	11%



Analisis: observamos que el 89% de las usuarias recibió atención por médico y el 11% recibió atención de parte de enfermería, ya que el personal de UCSF I San Julián están capacitados para poder brindar dichos controles.

Pregunta 17: Ha presentado algún aborto

Ha presentado algún aborto	Resultado
Si	67%
No	33%

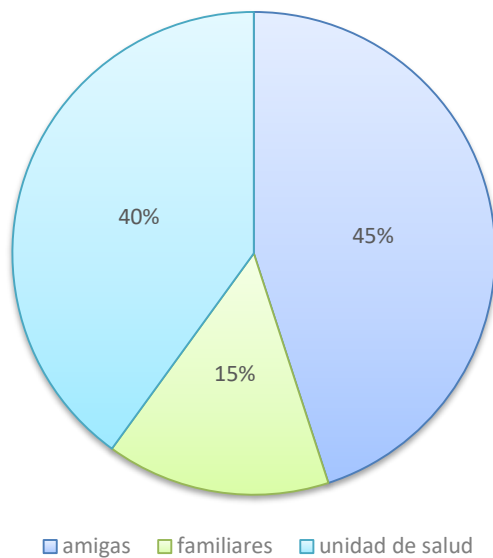


Analisis: podemos observar que el 67% de las mujeres ha presentado un embarazo que termino en aborto y un 33 % de las mujeres del estudio llevaron a término sus embarazos.

Pregunta 18: Quién le hablo de los métodos de planificación familiar

Quien le hablo de los métodos de planificación familiar	Resultados
Amigas	45%
Familiares	15%
Unidad de salud	40%

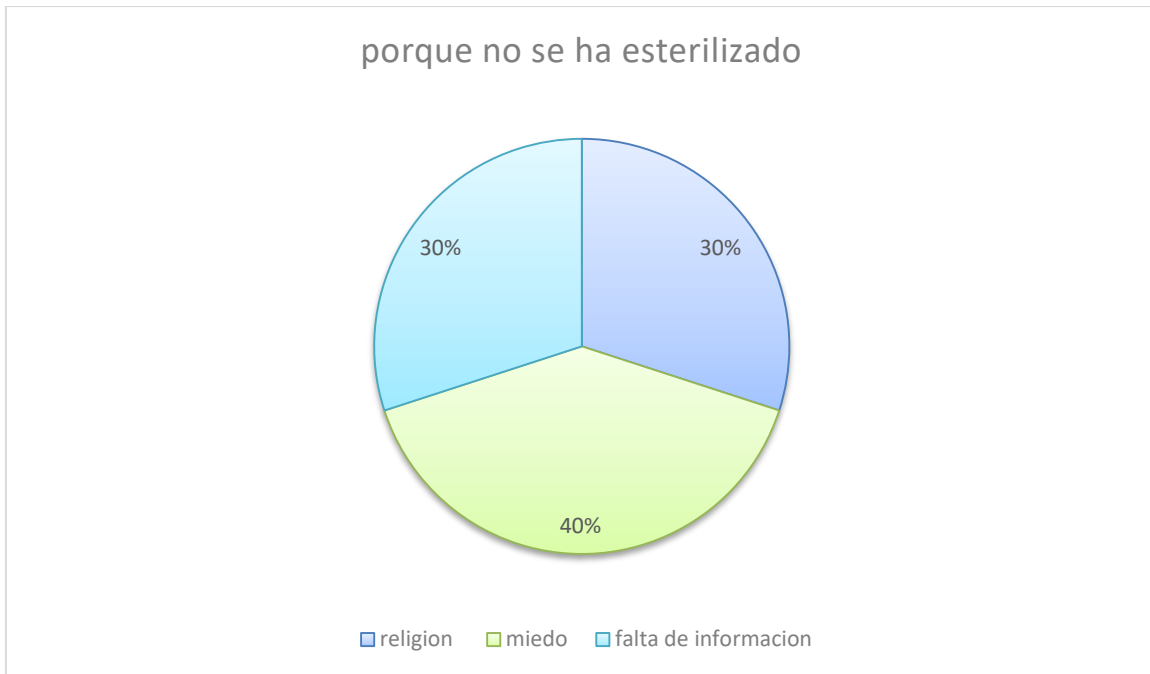
quien le hablo de los metodos de planificacion familiar



Análisis: la mayoría de las pacientes acude a amigas para saber información de los métodos de planificación familiar que pueden utilizar y solo un 40% acuden a la unidad de salud para obtener información de los métodos de planificación familiar.

Pregunta 19: Por qué no se ha esterilizado

Porque no se ha esterilizado	Resultado
Religión	30%
Miedo	40%
Falta de información	30%



Análisis: dentro de los factores más relevantes del porque las mujeres en etapa de climaterio a pesar de ser añosas y muchas multíparas no se estilizan tenemos en un 40% por miedo a cambios ya sea en su vida sexual como en su vida cotidiana, en un 30% por la religión ya que se cree que es un pecado la esterilización ya que se deben de tener los hijos que Dios de y el último factor es la falta de información de este procedimiento.

CAPITULO IV: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 Conclusiones

La prescripción actual de los anticonceptivos en el climaterio tiene como propósito no solo prevenir los embarazos, sino también contrarrestar el deterioro de la calidad de vida que provoca el climaterio en esta etapa reproductiva y, en lo posible, disminuir el riesgo de enfermedades crónicas y evitar los eventuales efectos adversos de algunos anticonceptivos, pues se sabe con el aumento de la edad también aumenta la probabilidad de desarrollar enfermedades crónicas además un método de planificación familiar también puede contribuir al desarrollo de estas enfermedades; en nuestra investigación logramos observar que las mujeres de nuestro estudio el 5% manifiesta hipertensión arterial y el 2% presenta diabetes mellitus.

La mayoría de las mujeres entre 40 a 65 años que se encuentran en planificación familiar, se encuentran en unión libre, esto depende mucho del nivel cultural de El Salvador.

La mayoría de las mujeres en climaterio se encuentran en sobrepeso y obesidad; las causas de este problema son múltiples, unas se relacionan con el hipoestrogenismo y otras dependen de la edad, condicionando un aumento de la ingesta y disminución del gasto energético.

Debido al seguimiento de las mujeres en etapa de climaterio que se encuentran utilizando método anticonceptivo, se ha logrado llevar un mejor control en el tamizaje para cáncer cervicouterino mediante la citología, obteniendo un 91% de resultados negativos en esta.

La moderna prescripción de anticonceptivos en los últimos años reproductivos no sólo debería apuntar a la prevención de embarazos no intencionales, sino también a evitar el impacto de las variaciones hormonales asociadas a la transición menopáusica y proveer beneficios no anticonceptivos adicionales, todo lo cual lleva a mejorar la calidad de vida y a la prevención primaria de varias condiciones

Las mujeres en etapa de climaterio que siendo sexualmente activas hacen uso de métodos de planificación familiar es alarmante, puesto que a pesar de que la población es grande solo 19 mujeres se encuentran en control usando un método de planificación familiar de forma temporal. Esto refleja un alto porcentaje de mujeres desprotegidas ya sea por factores sociales, religiosos o su nivel académico.

Los factores que inciden en la utilización de métodos de planificación familiar son la paridad: las mujeres en etapa de climaterio y que se encuentran sexualmente activas son multíparas y recurren a utilizar un método de planificación familiar ya que prefieren eso a recurrir a la esterilización quirúrgica. El nivel de escolaridad: la mayoría de las mujeres que consultan en este centro asistencial son de escolaridad baja y eso influye en el momento de decidir usar un método de planificación familiar. La religión: las mujeres en etapa de climaterio que pertenecen a alguna religión siguen con el mito de que esterilizarse es un pecado por lo cual prefieren usar un método de planificación familiar.

Los dos métodos de planificación familiar más utilizados en las mujeres en etapa de climaterio entre 40 a 65 años son primeramente los anticonceptivos inyectables, seguidos de los anticonceptivos orales, ambos con los cuales se cuenta actualmente en los establecimientos de salud.

Las principales fuentes de información sobre los métodos de planificación familiar son las amigas, esta fuente no es adecuada para el conocimiento y la correcta utilización de métodos anticonceptivos, contribuyendo de esta forma a las enfermedades de transmisión sexual y otras patologías que se pueden presentar por su edad sino se utiliza un método de planificación familiar

adecuado. Seguidamente esta la Unidad de Salud que en realidad debería ser la principal fuente debido a la calidad de información que se es brindada.

4.2 Recomendaciones

La actualizada prescripción de anticonceptivos en los últimos años reproductivos no solamente debe apuntar a la prevención de embarazos no intencionales, sino además a eludir el efecto de las variaciones hormonales similares a la transición menopáusica y dar beneficios no anticonceptivos extras, todo lo que lleva a mejorar la calidad de vida y a la prevención primaria de algunas condiciones.

A la comunidad.

A acudir a la unidad de salud o abocarse al personal de salud para obtener información sobre los métodos de planificación familiar, los beneficios y los riesgos que estos representan y así saber cuál es el método acorde para su edad, su estado nutricional y sus patologías.

A la UCSF I SAN JULIAN

A realizar más promoción de los métodos de planificación familiar y a dar a conocer la sintomatología que las pacientes puedan presentar durante la etapa de climaterio, por medio de charlas interactivas en las salas de espera de pacientes para ser atendidas y también incentivando a médicos a dar conocer la sintomatología y los métodos durante la consulta médica.

A las mujeres en etapa de climaterio.

Deben ser orientadas para buscar información sobre los métodos de planificación familiar en personal más idóneo acerca de los temas de sexualidad y salud reproductiva y no dejarse influenciar por factores socioculturales, amigos o de personas no capacitadas en el tema.

Al ministerio de salud.

Se debe de coordinar estrategias para fortalecer la salud sexual y reproductiva a todas las mujeres en etapa de climaterio en las edades entre 40 a 65 años, de manera que todos tengan la oportunidad de tener una adecuada información sobre métodos de planificación familiar y así poder decidir sobre su vida, ya que es una etapa en la que mujer se enfrenta con diferentes miedos por todos los cambios hormonales y psicológicos que esto conlleva.

Capacitar periódicamente y actualizar a los promotores de salud, enfermeras, auxiliares de enfermería y todo personal que labora dentro sobre los temas de educación sexual y reproductiva y que sean multiplicadores de información entre las mujeres en etapa de climaterio así poderles explicar que significa esta etapa y cuáles son los métodos que puedan utilizar.

Incluir de manera más continúa en el plan diario de charlas, temas relacionados con educación sexual y reproductiva, sobre todo aquellos dirigidos a las mujeres en etapa de climaterio entre 40 a 65 años explicándole los riesgos y benéficos de utilizar un método de planificación familiar y las consecuencias que pudiera generar un embarazo en esta etapa.

Al ministerio de educación

A incluir dentro de su programa escolar charlas desde las primeras etapas de la formación educativa sobre los métodos de planificación familiar y explicar las diferentes etapas que una mujer pasan durante su vida sexual y reproductiva para cuando lleguen a la etapa adulta este tema no sea un tabú para muchas mujeres.

Referencias bibliográficas

- Monsalve, C., Reyes, V., Parra, J. y Chea, R., 2018. *Manejo terapéutico de la sintomatología climatérica*. [en línea] Scielo.org.pe. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322018000100007> [Consultado el 11 de febrero de 2022].
- CAPOTE BUENO, María Isabel; SEGREDO PEREZ, Alina María y GOMEZ ZAYAS, Omar. Climaterio y menopausia. *Rev. Cubana Med Gen Integr* [online]. 2011, vol.27, n.4 [citado 2021-08-22], pp.543-557. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252011000400013&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0864-2125.
- González Labrador, Ignacio, & Miyar Pieiga, Emilia. (2001). Consideraciones sobre planificación familiar: métodos anticonceptivos. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 17(4), 367-378. Recuperado en 24 de agosto de 2021, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252001000400010&lng=es&tlng=es.
- Gómez Sánchez, P., 2022. *Anticoncepción en el Climaterio*. [en línea] encolombia.com. Disponible en: <<https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/menopausia/vm-32/meno3297rev-anticoncepcion/?xmbdt=d>> [Consultado el 12 de febrero de 2022].
- Arie WMY, Fonseca AM, Melo NR, Bagnoli VR. [Contraception in climaterics]. *Rev Bras Med*. 2004; 61(1/2):34-40. [Portuguese].

- World Health Organization Department of Reproductive Health and Research (WHO/RHR) and Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs (CCP), Knowledge for Health Project. Family Planning: A Global Handbook for Providers (2011 update). Baltimore and Geneva: CCP and WHO, 2011. [Consultado el 12 de febrero de 2022].
- Asp.salud.gob.sv. 2008. *guía climaterio y menopausia*. [en línea] Disponible en: <http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/guia/Guia_climaterio_y_menopausia_p1.pdf> [Consultado el 12 de febrero de 2022].
- Reproductivefacts.org. 2013. *Edad y Fertilidad Guía para pacientes*. [en línea] Disponible en: <https://www.reproductivefacts.org/globalassets/rf/news-and-publications/bookletsfact-sheets/spanish-fact-sheets-and-info-booklets/edad_y_fertilidad-spanish.pdf> [Consultado el 12 de febrero de 2022].
- [↑ «Secretaría de Fomento»](#). *Diario Oficial* (Tomo 74 Número 87) (San Salvador). 14 de abril de 1913. p. 751. Consultado el 23 de mayo de 2020.
- [San Julián en sanjulian.gob.sv](http://sanjulian.gob.sv)
- [San Julián en fisd.l.gob](http://fisd.l.gob)
- <https://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/9449/1/TESIS%20MEDICINA%20LILIAN%20FERNANDA%20ESCOBAR%20ACOSTA.pdf>
- Ayala fajardo, Lia Monterrosa Castro, Álvaro, *Revistas biomédicas*, universidad de Cartagena, 2012 pág. 13-23 disponible en <https://repositorio.unicartagena.edu.co/handle/11227/6873>

- Monterrosa Castro Álvaro DJ, Paternina Caicedo Ángel, Romero Pérez I. La calidad de vida de las mujeres en edad media varía según el estado menopáusico. Iatreia [Internet]. 13 de marzo de 2011 [citado 12 de febrero de 2022];24(2): pág. 136-145. Disponible en: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/iatreia/article/view/9599>
- <http://ri.ues.edu.sv/1470/4/10138546.pdf>
- Barrera de Carrillo, Carmen Adelina (2012) Conocimientos, creencias y prácticas sobre el climaterio y menopausia que poseen las vendedoras que pertenecen al Comité Intersectorial (CIS) del Centro de Gobierno de San Salvador, mayo 2012. Bachelor thesis, Universidad de El Salvador.
<http://repositorioslatinoamericanos.uchile.cl/handle/2250/158368>
- Organization WH. World Health Organization. [Online].; 2014 [cited 2015 julio 13]. Available from: <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/adolescence/en/>.
- Ortiz Lizcano, Edgar Ortiz, climaterio y menopausia edición y farmacia SA de CV nieto editores, México, 2016

ANEXOS

Anexo 1: Cronograma de actividades

Fecha	JULIO			AGOSTO				SEPTIEMBRE				
	12-16	19-23	26-30	2-6	9-13	16-20	23-27	30-3	6-10	13-17	20-24	27-1
Elección del tema												
Inscripción del trabajo de grado												
Aprobación del trabajo de grado												
Elaboración de introducción y objetivos												
Reunión con asesor												
Elaboración de planteamiento del problema y justificación												
Elaboración de antecedentes												

Fecha	OCTUBRE				NOVIEMBRE				
	4-8	11-15	18-22	25-29	1-5	8-12	15-19	22-26	29-3
Elaboración de hipótesis y marco teórico									
Elaboración de diseño metodológico y presupuesto									
Reunión con asesor y entrega de protocolo de investigación									
elaboración de marco de referencia y marco conceptual									
Reunión con asesor									
Recolección de información en UCSF I San Julián									
Reunión con asesor									
Recolección de información en UCSF I San Julián									
Reunión con asesor									

FECHA	DICIEMBRE				ENERO		
	6-10	13-17	20-24	27-31	3-7	10-14	17-21
Toma de muestra de la población estudiada							
Análisis de los resultados y discusión							
Bibliografía y recomendaciones							
Entrega de informe final de investigación							

Anexo 2: Presupuesto

TIPO	CATEGORIA	RECURSOS	DESCRIPCION	FUENTE FINANCIADORA	MONTO
Recursos disponibles	Infraestructura	Equipo	Laptop	Personal	
		Vehículo	Para traslado a UCSF I San Julián y alcaldía municipal para obtener información	Personal	\$50
Recursos necesarios	Gastos de trabajo de campo	Fotocopias	50 fotocopias para encuestas	personal	\$10
		Gasolina	Para traslado a UCSF I San Julián	personal	\$50
	Materiales	Papel	Hojas para impresiones de avances del trabajo de grado	personal	\$10

Anexo 3: Cuestionario

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE

DEPARTAMENTO DE MEDICINA



TRABAJO DE GRADO

“La planificación familiar en climaterio de mujeres entre 40 a 65 años en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar San Julián en el Departamento de Sonsonate en el periodo de Julio a Diciembre de 2021”

Nombre: _____ Fecha _____

1. ¿Cuál es su estado civil?

Casado _____ Acompañado _____ Soltero _____

2. ¿Cuál es su edad?

40-45 _____ 46-50 _____ 51-55 _____ 56-60 _____ 61-65 _____

3. ¿Cuál es su estado nutricional según IMC?

Normal _____ Sobrepeso _____ Obesidad _____

4. Padece alguna enfermedad crónica:

Enfermedad	Si	No
Hipertensión Arterial		
Diabetes Mellitus tipo 2		
Enfermedad Renal Crónica		
Enfermedades Hepáticas		

5. Edad de menarquia menor o igual a 12 años:

Sí_____ No_____

6. ¿Ve regla todos los meses?

Sí_____ No_____

7. ¿Los ciclos son regulares?

Sí_____ No_____

8. ¿Cuál es el método de planificación utilizado?

- Inyectable_____
- Oral_____
- Barrera_____
- DIU_____
- Natural_____
- Intradérmico_____

9. ¿Ha presentado la siguiente sintomatología?

Síntomas	Si	No
Calores		
Sudores		
Irritabilidad		
Perdida de la libido		
Sequedad vaginal		
Insomnio		
Cefalea		
Fatiga		
Ninguna		

10. ¿Tiene citología vigente?

Sí _____ No _____

11. ¿Cuál es el resultado de la citología vigente?

Positivo _____ Negativo _____ Pendiente de resultado _____

12. ¿Cuántos hijos tiene?

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 0 mas _____

13 ¿ha presentado complicaciones en sus embarazos?

Sí _____ No _____

14 ¿Cómo han sido sus partos?

Vaginal _____ Cesárea _____

15 ¿Dónde han sido atendidos sus partos?

Hospital _____ Partera _____

16 ¿Quién lleva sus controles de planificación familiar?

Medico _____ Enfermera _____

17 ¿Ha tenido algún aborto?

Si _____ No _____

18 ¿Quién le hablo de los métodos de planificación familiar?

Amigos _____ familiares _____ unidad de salud _____

19 ¿Por qué no se ha esterilizado?

Religión _____ miedo _____ falta de información _____

Anexo 4: Carta solicitud de permiso

SANTA ANA, 27 JULIO DE 2021.

Estimada doctora Carla Ivonne Carballo

Por este medio le saludamos muy atentamente esperando que al recibir la presente se encuentre gozando de buena salud y bienestar junto a sus seres queridos.

Nos dirigimos para solicitarle cordialmente su autorización para que nos permita realizar nuestro trabajo de investigación en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia San Julias siendo nuestro tema de investigación La planificación familiar en climaterio de mujeres entre 40 a 65 años en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar San Julián en el Departamento de Sonsonate en el periodo de Julio a Diciembre de 2021 el cual ya fue previamente aprobado por las autoridades del departamento de proceso de grado de la Facultad Multidisciplinaria de Occidente de la Universidad de El Salvador.

Con este trabajo de investigación queremos dar a conocer las mujeres que aun por su edad siguen siendo sexualmente activas y buscan prevenir un embarazo que en esta etapa de sus vidas puede ser de riesgo alto.

Atentamente

Sofía Avilés Figueroa

Margarita Carballo Sandoval

Asesor: Dr. Nelson Emilio Montes

Jefe del Departamento de Medicina: Dr. Nelson Emilio Montes