

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
MAESTRÍA EN SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD SEXUAL
Y REPRODUCTIVA**



Universidad de El Salvador
Hacia la libertad por la cultura

“Sistematización de Experiencia de Esterilización Femenina Permanente con la aplicación de QUINACRINA en usuarias de la Unidad de Salud de San Miguel en el período de Enero de 2007 Agosto de 2008”

AUTORES:

**DRA. ANA KARINA RAMOS ORELLANA
DRA. CELINA CLEOTILDE GUZMÁN DE LÓPEZ
DRA. RHINA ANGÉLICA ORELLANA RAMÍREZ**

**TESIS PARA OPTAR AL POSTGRADO DE MAESTRÍA EN SERVICIOS
INTEGRALES DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA**

DIRECTORA DE TESIS:

LICDA. PATRICIA BARRIENTOS. Msc.PS

CIUDAD UNIVERSITARIA, DICIEMBRE DE 2012.

Contenido

INTRODUCCIÓN	3
CAPITULO I	5
1.1 Antecedentes y justificación.	5
1.2 Planteamiento del Problema:	7
1.3 Enunciado del Problema:	8
CAPITULO II	9
2.1 Marco conceptual:	9
CAPITULO III	27
3.1 Objetivos:	27
General:	27
Objetivos específicos:	27
CAPITULO IV	28
4.1 Diseño Metodológico:.....	28
a. Tipo de Estudio:	28
b. Área de estudio	28
c. Universo:	29
4.2 Criterios de Selección de la Muestra:	29
4.3 Técnicas e instrumentos:.....	29
4.4 Fuentes de Obtención de la Información:.....	30
4.5 Plan de recolección de datos:	30
4.7. Procesamiento y análisis de los datos:	31
4.8. Consideraciones Éticas	31
4.9. Modelo de Análisis:	32
CAPITULO V	33
Presentación de Datos y Análisis de Resultados.	33
5.2 Análisis de Resultados:	37
CAPITULO VI	39
Conclusiones y Recomendaciones:	39
6.2 Recomendaciones:	40
CAPITULO VII	41
7.1 Referencias Bibliográficas	41
CAPITULO VIII. Anexos	43

INTRODUCCIÓN

Según la encuesta FESAL 2008 la tasa de mortalidad materna en nuestro país es de 51.4 por 100,000 nacidos vivos, realizándose en la actualidad múltiples esfuerzos para reducir aún más esta tasa, se han implementado y ejecutado diferentes estrategias desde la organización comunitaria a través de la planificación o plan de parto hasta la mejora técnica del personal de primero y segundo nivel de atención del Ministerio de Salud y el ISSS, siendo estas dos entidades quienes en su mayoría atienden a nuestras mujeres. Esta capacitación o certificación del personal está orientada a la mejora continua de la calidad sobre todo para la atención de las principales complicaciones del embarazo y parto.

La planificación familiar constituye alrededor del mundo una medida fundamental y una estrategia efectiva que ha permitido disminuir las tasas de mortalidad materna-neonatal y también mejorar las condiciones de vida de las personas, al decidir libremente el número de hijos que desean tener, como parte del ejercicio de sus derechos reproductivos.

A nivel mundial, aproximadamente la mitad de las mujeres casadas o unidas, utilizan algún método de planificación familiar, lo cual ha permitido reducir la tasa global de fecundidad y mejorar las condiciones de vida en muchos países. Aunque la situación mundial en cuanto a planificación familiar ha mejorado en las últimas décadas; se calcula que más de 120 millones de mujeres en los países en vías de desarrollo no reciben métodos de planificación familiar a pesar de necesitarlos.

En El Salvador la tasa global de fecundidad en las mujeres de 15 a 49 años en el periodo del 2003-2008 es de 2.5 hijos por mujer que reflejan un descenso de alrededor del 60 por ciento en los últimos 5 años¹

El garantizar servicios de calidad, accesibilidad y universalidad constituye uno de los mayores retos del Ministerio de Salud.

Con la sistematización de la experiencia realizada en la Unidad de Salud Anexa al Hospital San Juan de Dios de San Miguel, donde se le aplicó el método de esterilización quirúrgica con Quinacrina a 36 mujeres de las cuales se presentó únicamente el 27.7 x 1000 de tasa de fallo, sin presentar complicaciones graves ni evidencia de lesiones malignas en el útero en 5 años de seguimiento posterior; puede sugerirse que la aplicación de la Quinacrina como método permanente de esterilización, podría convertirse en una alternativa viable de planificación familiar, en nuestro país para aquellas mujeres con riesgos quirúrgicos elevados, dificultades en tiempo y costo para acceder a una esterilización quirúrgica, incluso es una alternativa

¹ Fesal 2003-2008

para aquellas mujeres que por temor o malas experiencias no acceden a un servicio de salud de segundo nivel para someterse al procedimiento.

Teniendo criterios claros para la oferta del servicio, capacitación del personal que lo aplique, provisión del medicamento e instrumental básico y seguimiento adecuado de las usuarias, este puede ser un método aceptado, fácil y costo-efectivo accesible que pondría al alcance de nuestras mujeres una solución a sus temores tanto del número de hijos que desean, embarazos no deseados y el someterse a un procedimiento quirúrgico.

CAPITULO I

1.1 Antecedentes y justificación.

El uso de los métodos anticonceptivos en el marco de los programas de planificación familiar, se constituye en un componente fundamental de los niveles de adopción de los servicios para el cuidado de la salud reproductiva, en el sentido que el espaciamiento o limitación de los embarazos de acuerdo con las características sociodemográficas de las mujeres influye significativamente en la salud materna, como en la supervivencia infantil.²

Partiendo además del criterio que en los países como El Salvador las mujeres casadas/unidas de 15 a 44 años de edad, están más expuestas al riesgo de embarazo que el resto de mujeres en edad fértil según la Encuesta FESAL 2008, la esterilización permanente constituye una estrategia efectiva que garantiza la protección anticonceptiva en este grupo de edad.

Según la misma fuente, en El Salvador el 99% de mujeres de 15 a 44 años de edad ha oído hablar de al menos un método anticonceptivo. Conocimiento que resulta alto aún entre las mujeres solteras (98.2%). Individualmente, los métodos anticonceptivos conocidos por más del 90% son: el condón masculino, los inyectables, los orales y la esterilización femenina.

La prevalencia en el uso de métodos anticonceptivos entre las mujeres casadas/unidas de 15 a 44 años de edad ascendió del 34% en 1978 al 47 por ciento en 1988, llegando al nivel del 72 por ciento en 2008, cifra que resulta ser 5 puntos porcentuales superior a la encontrada en FESAL 2002/03. Entre 1978 y 1988, los incrementos obedecieron principalmente al uso de la esterilización femenina. En el país los dos métodos de mayor prevalencia son la esterilización femenina (32.1 %) y los inyectables (22.4%); pero a pesar de que en El Salvador la esterilización es el método más usado y prácticamente una de cada 3 mujeres casadas o unidas está esterilizada, hay un número considerable de mujeres que no son elegibles para la utilización de este método ya que deben someterse a una evaluación preoperatorio, la cual en ocasiones no es favorable por que padecen enfermedades subyacentes como: Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus, Cardiopatías, Enfermedades Renales, Enfermedad Pulmonar Obstructiva, Peso mayor de 200 libras, Epilepsia, etc.

² Encuesta Nacional de salud Familiar 2003- 2008.

Es necesario además considerar que la tasa de abandono de métodos de planificación familiar es alta en nuestro país debido principalmente a los efectos secundarios que estos producen, lo que aumenta el riesgo de embarazos no deseados y complicaciones, especialmente en aquellas mujeres que por alguna condición de salud subyacente o por no ser elegibles para una esterilización quirúrgica no optan a esta. Lo que genera mayores gastos al sector salud: público o de seguridad social por el seguimiento más cercano del embarazo, el uso de insumos y medicamentos especiales, el manejo o prevención de las complicaciones y en el peor de los casos la muerte de la mujer y su bebe.

Es oportuno tomar en consideración la alternativa de un método de esterilización permanente menos complejo y más accesible económicamente, ya que un método que requiere la intervención quirúrgica implica la utilización de una sala de operaciones, recursos humanos especializados, enfermeras, instrumentistas, anestesistas, insumos, medicamentos y anestésicos lo que incrementa los costos a nivel hospitalario y los riesgos de complicaciones, especialmente en aquellas mujeres con una condición de riesgo subyacente. Un punto a resaltarse, esencialmente en la parte del gasto hospitalario es que en este momento actual donde se está sufriendo una crisis económica mundial que afecta incluso a nuestro país y con las estrategias de austeridad gubernamental, que nos llevan a escasez de recursos y a que el personal de salud realice actividades cada vez mayores con menos presupuesto, es primordial contar con la facultad de poder elegir entre una variedad más justa, efectiva y segura de métodos anticonceptivos que aporten sobre todo satisfacción y escaso riesgo para la salud de la usuaria.

Debe recalcar que este método propuesto es de técnica simple y de resultados inmediatos, con efectos secundarios leves y cuya aplicación no necesariamente puede ser por médico especialista y de acuerdo a los resultados de efectividad y menos efectos adversos podría incluirse en la norma nacional de planificación familiar y ser aplicado en casos seleccionados en los establecimientos de primer nivel por personal capacitado.

1.2 Planteamiento del Problema:

La mortalidad materna debida a complicaciones del embarazo y el parto sigue siendo elevada en los países menos desarrollados como el nuestro. El embarazo y el parto no pueden ser considerados enfermedades, pero las mujeres de estos países continúan falleciendo por las mismas causas que las mujeres de los países industrializados a principios del siglo XX.

Anualmente se producen en el mundo, aproximadamente 600,000 muertes maternas y cerca del 80% de estas mujeres ya habían tenido todos los hijos que deseaban tener, antes del embarazo que ocasionó su muerte³. Esto muestra una falla evidente de la consejería en planificación familiar, en nuestros centros de atención.

Todos los programas de planificación familiar y el uso de métodos contraceptivos están orientados a evitar los embarazos no deseados y el espaciamento entre las gestaciones, factores que contribuyen a aumentar el riesgo de mortalidad materna y complicaciones del embarazo y parto⁴

Aún a pesar de que hace más de una década se ha establecido que los riesgos relacionados con el uso de métodos contraceptivos modernos son considerablemente menores que los riesgos asociados al embarazo y el parto, en la población en general persiste la idea de que las complicaciones y/o mortalidad asociadas a ellos son significativamente mayores que los relacionados con embarazarse y el parto.

Actualmente, los métodos modernos representan un 90% de los anticonceptivos utilizados en todo el mundo y los tres métodos contraceptivos de mayor prevalencia mundial corresponden a los contraceptivos orales, DIU y esterilización femenina⁵.

En el caso de la esterilización tubaria, la mortalidad y complicaciones varían dependiendo de la técnica empleada y fundamentalmente del desarrollo del país donde se realiza la acción médica. Es así como, en países industrializados, la mortalidad asociada a la esterilización tubaria por laparoscopia es de tres a cuatro por 100.000 mujeres/año⁶, en países menos desarrollados, la mortalidad asociada a la esterilización quirúrgica puede llegar a 20 por 100.000 mujeres/año⁷. Situación que se ve agravada cuando la mujer además padece una enfermedad de base que puede complicar el procedimiento como: Hipertensión Arterial, Diabetes, problemas renales, etc.

³ Ramson E, Yinger N "Por una Maternidad sin Riesgos: Como superar los obstáculos en la atención a la salud materna" Population Reference Bureau , Julio 2002

⁴ POPULATION REPORTS Sept, 2008 .Demographic and Health Surveys (DHS)

⁵UNFPA Estado de la Población Mundial 2004. El Consenso de Cairo diez años después: Población, Salud Reproductiva y Acciones Mundiales para Eliminar la Pobreza

⁶ Escobedo L; Petersen H, "Case –fatality rates for tubal sterilization in U.S Hospitals 1979-1980. Am. .J. Obstet. Gynecol. 16,147-50, 1989

⁷ R. V. Bhatt and B. M. Amin . "Camp Laparoscopic Sterilization Deaths in Gujarat State, India; 1978-1980". Asia-Oceania J. Obstet and Gynaecology 1991; 17(4):297-301

Un alto número de las muertes maternas derivadas de embarazos no deseados y de alto riesgo son prevenibles, para ello se hace necesario desmitificar las complicaciones severas y mortalidad, erróneamente atribuidas a los métodos contraceptivos modernos. Así se podría ayudar a mejorar las intervenciones en salud reproductiva, orientadas a prevenir este problema en los países en desarrollo.

En un análisis de más de 100.000 casos utilizando la técnica de esterilización no quirúrgica con pellets de quinacrina (EQ), no se han reportado casos de mortalidad⁸. En relación a las complicaciones graves, EQ tiene menos complicaciones graves que requieran hospitalización. Con éste método, las complicaciones severas se presentan en un 0,03 a 0,21% de los casos⁹ comparado con 1,7% de la esterilización laparoscópica¹⁰. Las complicaciones con el método quirúrgico son aún mayores para las mujeres con factores de riesgo como enfermedad pulmonar, diabetes, obesidad, y antecedentes de cirugía abdominal o pélvica. Estos riesgos incluyen: Laceraciones vesicales y/o intestinales, daño térmico de vísceras, embolia gaseosa, daño de vasos sanguíneos, hemorragias y riesgo anestésico.

De las ventajas que ofrece la esterilización con quinacrina sobre la esterilización quirúrgica desde el punto de vista de salud pública es que se reduce notablemente los gastos por insumos, medicamentos y costos de hospitalización; ya que este procedimiento no necesita: sedación previa a la inserción, ni un área estéril, ni medicamentos especiales (solamente quinacrina y analgésicos) ni hospitalización. Puede ser administrado por personal especializado o por uno que haya sido capacitado adecuadamente. Además puede ser una opción más segura y efectiva para aquellas mujeres que padecen patologías de base por las cuales no pueden someterse a un procedimiento quirúrgico ya que podrían convertirse en un riesgo mayor de muerte o complicación.

1.3 Enunciado del Problema:

¿Es la esterilización permanente con quinacrina un método eficaz y de bajo costo, que provoca menos riesgos a la salud de las mujeres que desean esterilizarse?

⁸ E. Kessel 100.000 Quinacrine Sterilizations Adv. in Contraception, 1996: 12; 69-76.

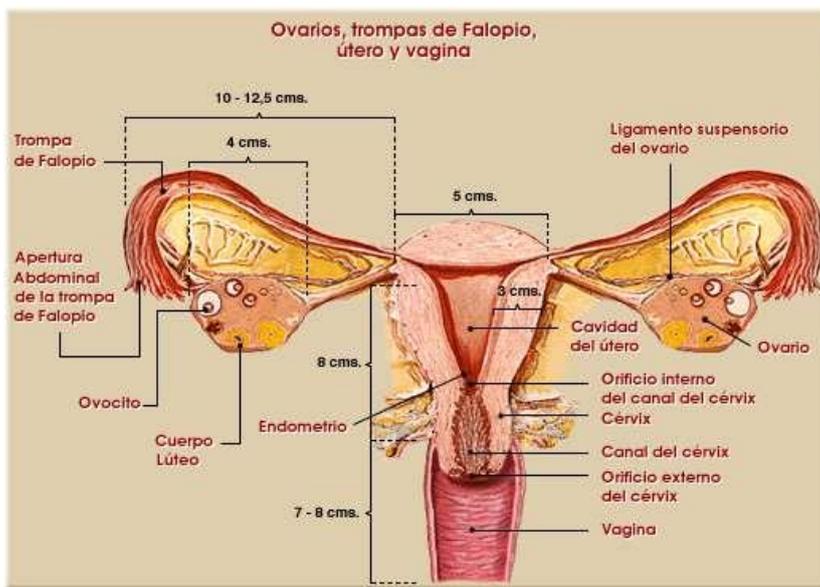
⁹ J. Zipper, V. Trujillo. "Experiencia chilena de 25 años en esterilización con quinacrina: Revisión de 2.592 casos". International J of Gyn & Obstet 83 Supl. 2 (2003) S23

¹⁰ J. Zipper, V. Trujillo. "Experiencia chilena de 25 años en esterilización con quinacrina: Revisión de 2.592 casos". International J of Gyn & Obstet 83 Supl. 2 (2003) S23

CAPITULO II

2.1 Marco conceptual:

Anatomía Femenina:



El aparato genital femenino es un tubo que presenta la particularidad anatómica de poner en comunicación una cavidad serosa con el exterior y se divide en: órganos genitales externos e internos.

- ✓ Órganos genitales externos: es la porción del aparato genital limitada por los surcos genitocrurales, el monte de Venus y el ano. En profundidad se extiende hasta el diafragma pelviano accesorio.

Comprenden: El monte de Venus, la vulva y el perineo ginecológico.

- El Monte de Venus: es la zona situada por delante de la sínfisis del pubis, cubierta por pelos cuyos límites forman los de la región
- Vulva: es una hendidura mediana formada por: labios mayores, labios menores, clítoris, vestíbulo e himen. En el vestíbulo desembocan: la vagina, la uretra y glándulas para uretrales de skene, glándulas de huguier, glándulas de Bartholin.
- Perineo: pequeña región de 3 ó 4 cms. Comprendida entre la horquilla vulvar y el ano. Constituye la base de la formación conjuntivo muscular cuneiforme situada entre la vagina y el recto.

- ✓ **Órganos Genitales Internos:** Comprenden la vagina, el útero, trompas y los ovarios.
- **Vagina:** Es un conducto virtual en condiciones normales, que pone en comunicación al útero con la vulva. Por ella salen las secreciones normales y patológicas del útero. Es un tubo aplastado en su sentido antero posterior, excepto en su porción superior que rodea al hocico de tenca. Está orientada hacia arriba y atrás, mide de 7 a 8 cms. Es el órgano de la cópula.
 - **Útero:** Es una víscera hueca, impar y mediana, es el órgano destinado a albergar y proteger al huevo y luego al feto. Tiene forma de pera achatada, un estrechamiento circular situado por debajo de la mitad del órgano llamado istmo, divide al útero en dos porciones: cuerpo y cuello que son fisiológica y patológicamente diferentes. En el cuerpo del útero se consideran tres capas que de adentro hacia fuera son: a) la capa mucosa o endometrio, b) la capa muscular o miometrio y 3) la capa peritoneal o perimetrio. El cuello tiene dos orificios: el externo, es la desembocadura de un conducto que recorre el cuello en toda su extensión y que se denomina conducto cervical, mide aproximadamente 3 cms. La porción de cuello situada por debajo de la inserción vaginal y que es la que se ve al colocar el especulo se denomina hocico de tenca.
 - **Trompas de Falopio:** u oviductos son dos conductos que parten de ambos cuernos uterinos, siguen la aleta superior del ligamento ancho y se dirigen transversalmente a las paredes laterales de la pelvis y terminan en las proximidades del ovario. En la fecundación permiten la ascensión de los espermatozoides y conducen el óvulo a la cavidad uterina. Su oclusión produce esterilidad. Tienen de 10 a 12 cms de largo y los siguientes segmentos: a) Porción intraparietal o intersticial, b) el istmo de 3-4 cms de largo y c) La ampolla, que es la porción más amplia y larga que se abre en la cavidad abdominal por un orificio circundado por una corona de fimbrias.
 - **Ovarios:** Son dos órganos de la forma y tamaño aproximado al de una almendra. Situados en la aleta posterior del ligamento ancho a los lados del útero. Su tamaño sufre modificaciones cíclicas, alcanzando su mayor porcentaje durante la ovulación y cuando existe el cuerpo amarillo en la gestación. Tienen dos porciones: una cortical, que es donde se alojan los folículos y una medular por donde discurren los vasos y nervios.

Métodos de Planificación Familiar¹¹:

Nuestro país contamos con una gama variada de métodos de planificación familiar, tanto en el sector público, privado y seguridad social. Los métodos más conocidos son los que detallamos a continuación:

Los métodos de planificación familiar se dividen en:

- ✓ Métodos Temporales
- ✓ Métodos Permanentes

Métodos Temporales:

Son aquellos que brindan protección anticonceptiva únicamente mientras la pareja los utiliza. Entre estos están:

- ✓ Métodos Hormonales
- ✓ Métodos de Barrera
- ✓ Métodos Naturales

Estos métodos son convenientes para las personas que quieren esperar, espaciar o limitar los embarazos.

✓ **Métodos Hormonales:**

Son métodos temporales que contienen estrógenos y progestina o sólo progestina. Se usan por vía oral, intramuscular o subdérmica.

Se clasifican en:

- ✓ Anticonceptivos Hormonales Combinados: contienen estrógenos y progestina en diferentes dosis y su vía de administración puede ser oral o inyectable.

Orales: Su mecanismo de acción es principalmente inhibir la ovulación y en forma secundaria espesan el moco cervical dificultando el paso de los espermatozoides. El retorno de la fertilidad es inmediato a la suspensión del método.

Inyectables: son compuestos por estrógenos naturales y progestina sintética que se usan por vía intramuscular. Tienen el mismo mecanismo de acción y retorno de la fertilidad que los orales.

¹¹ Norma Nacional de Planificación Familiar. MINSAL

- Anticonceptivos Hormonales solo de Progestina: no contienen estrógeno y su vía de administración puede ser oral, inyectable, subdérmica o intraútero.

Mecanismo de acción: principalmente espesamiento del moco cervical dificultando la penetración de los espermatozoides, inhiben la ovulación en más de la mitad de los ciclos, hacen lento el desplazamiento del óvulo en las trompas de Falopio, posibles cambios en el endometrio. La fertilidad retorna inmediatamente se abandone el método, pero en el caso de los inyectables el retorno es más tardío.

Para los implantes subdérmicos y dispositivos intrauterinos, el mecanismo de acción y retorno de la fertilidad es igual que para los orales. Es de hacer notar que estos no interrumpen un embarazo si ya existe.

- DIU (Dispositivo Intrauterino): es un método temporal que consiste en insertar un dispositivo dentro de la cavidad uterina. Mecanismo de acción: el cobre contenido en el dispositivo afecta la viabilidad y motilidad de los espermatozoides, impidiendo la fecundación, por lo tanto interfiere en el proceso reproductor antes que el óvulo llegue a la trompa de Falopio. También se sabe que la presencia de un cuerpo extraño en el útero produce cambios anatómicos y bioquímicos que parecen ser tóxicos para los espermatozoides. Estimula en el endometrio, el cuello uterino y los oviductos una reacción de cuerpo extraño liberándose glóbulos blancos, enzimas y prostaglandinas que impiden que los espermatozoides lleguen a las trompas de Falopio.

El retorno de la fertilidad es inmediato, una vez retirado el dispositivo.

✓ Métodos de Barrera:

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

Se dividen en:

- Físicos:
 - Preservativos o condón (masculino y femenino)
 - Diafragma
 - Capuchón Cervical
- Químicos o espermaticidas de uso vaginal:
 - Óvulos
 - Tabletas
 - Espumas
 - Cremas
 - Jaleas
 - Película

El mecanismo de acción de los físicos es impedir el paso de los espermatozoides hacia el aparato reproductor femenino por acción de una barrera física. De los químicos: inactivan o destruyen los espermatozoides a nivel de la vagina, haciendo improbable la fecundación.

Métodos Permanentes:

Son aquellos que evitan de manera definida el embarazo y son recomendados para las parejas que ya no desean tener más hijos.

Son de dos tipos:

- ✓ Esterilización Masculina o Vasectomía
- ✓ Esterilización Femenina.

Vasectomía:

Evita la fertilidad en el hombre, es un procedimiento de cirugía menor q consiste en la oclusión bilateral de los conductos deferentes, con el fin de evitar el paso de los espermatozoides hacia el semen; por consiguiente el semen es eyaculado sin espermatozoides.

La Vasectomía no es efectiva en forma inmediata, pueden encontrarse espermatozoides hasta 3 meses después del procedimiento o antes de transcurridas 20 eyaculaciones, por lo cual se debe recomendar el uso de preservativo y otro método de respaldo, para evitar embarazos no deseados hasta que el conteo de espermatozoides sea negativo.

Esterilización Femenina:

¿Cómo ocurre la esterilización de las trompas?

Un tipo de esterilización es aquella que ocurre cuando no existe manera de que el óvulo y el espermatozoide se encuentren. Esto ocurre cuando la trompa de Falopio, entre el ovario y el útero, se cierra. Aun cuando persiste la ovulación normal, el óvulo no puede pasar por la trompa y encontrarse con el espermatozoide. Ocasionalmente este bloqueo ocurre después de una infección, causando una infertilidad no deseada.

También ocurre intencionalmente cuando las trompas se ligan durante una esterilización quirúrgica.

La esterilización quirúrgica se ha practicado por 170 años. Desde hace 30 años científicos médicos han experimentado con la esterilización no quirúrgica. Entre los

varios métodos no quirúrgicos, la esterilización no quirúrgica con quinacrina ha producido los mejores resultados y la mayor seguridad.

¿Cómo funciona la esterilización Femenina?

Cada mes uno de los ovarios de la mujer libera un huevo (óvulo). Este óvulo emigra al útero por las trompas de Falopio. Si hay espermatozoides (esperma) en las trompas de Falopio para fertilizar al óvulo, puede haber concepción. La esterilización de la mujer consiste en ocluir permanentemente las trompas de Falopio para prevenir la unión del óvulo con el esperma y así prevenir la concepción.



Durante la esterilización quirúrgica, las trompas de Falopio se ocluyen usando uno de varios métodos: colocando una grapa, o una banda elástica, en cada trompa de Falopio para cerrarla; seccionando (cortando) cada trompa y ligando los extremos abiertos, o cauterizando las trompas.

Esterilización Voluntaria no Quirúrgica de la Mujer: El Método de la Quinacrina¹²

En la búsqueda de mejores métodos de esterilización permanente que no esté asociada a efectos secundarios que pongan en peligro la vida de la paciente y a una tasa baja de falla, se han realizado diversas intervenciones, siendo una de ellas la esterilización permanente con la aplicación del Clorhidrato de Quinacrina también conocida como Atabrina o Mepacrina, que es un medicamento para tratar el paludismo.

Este método de esterilización con Quinacrina fue desarrollado en Chile en los años 70 por el Dr. Jaime Zipper, también creador del Dispositivo Intrauterino con Cobre.

¹² Esterilización no quirúrgica de la mujer con Quinacrina (EQ). Introducción y Resumen

El procedimiento se realiza en el período proliferativo del ciclo menstrual en dos oportunidades separadas por el lapso de un mes; esto produce una endometritis química que es auto limitada y reversible. Por el contrario el epitelio tubario proximal, que en esta zona está formado por una sola capa de células, que al tomar contacto con la solución de quinacrina forma un tejido cicatricial permanente en forma de granuloma el cual impide la fertilización. Este método no puede revertirse.

El Clorhidrato de quinacrina es un antibiótico antimalárico y colorante de tinte amarillo manufacturado en forma de polvo para el uso médico, también es conocida como Atabrina o Mepacrina, ha estado disponible desde los años 20 y se ha usado extensamente en forma de comprimidos orales como profilaxis y tratamiento de la malaria. Es la única droga aprobada por la FDA para el tratamiento de la giardiasis no así para su uso en la esterilización femenina. El usar la quinacrina para este propósito se considera como un “uso no indicado en la etiqueta”. Esta práctica es legal, aceptable y común entre los proveedores de servicios de salud. El tratamiento de lupus con quinacrina también es un “uso no indicado en la etiqueta”.

Sin embargo la Farmacopea de los Estados Unidos, un libro de texto nacional, menciona la esterilización femenina como uno de los usos de la quinacrina.

Médicos de todo el mundo continúan usando esta droga para tratar patologías como el lupus y otras parasitosis intestinales.

El uso de quinacrina por vía oral es muy segura, especialmente si se usan en dosis menores de 3,000 mgs. por mes.

El método de esterilización con quinacrina fue desarrollado en Chile en los años 70 por el Dr. Jaime Zipper, también creador del Dispositivo Intrauterino con Cobre, después de ensayos en animales y pruebas clínicas se determinó la dosis óptima a utilizar (252 mg. de quinacrina por aplicación) en dos o tres aplicaciones y el mecanismo de inserción transcervical a través de un insertador semejante al utilizado para los dispositivos uterinos. Los gránulos de quinacrina han producido los mejores resultados y los más seguros. Desde entonces, más de 140.000 mujeres en más de treinta y cuatro países han usado la quinacrina como un método de esterilización no quirúrgico.

En los años 70 y 80, estudios clínicos con gránulos de quinacrina se llevaron a cabo en varios países. Los países con la mayoría de casos fueron Chile (Zipper y col., 1980), Egipto (El Kady y col., 1993), India (Bhatt y Waszak, 1985), Pakistán (Bashir, 1993), Vietnam (Hieu y col., 1993), e Indonesia (Agoestina y Kusuma 1992), y Suhadi y col., 1998) Obteniéndose buenos resultados y bajas tasas de fallo.

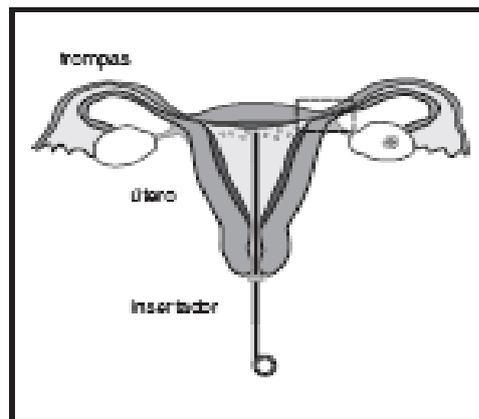
La Esterilización con Quinacrina es un procedimiento sencillo, muy similar a la inserción de un dispositivo intrauterino (DIU). El procedimiento no requiere hospitalización, la recuperación es rápida y se asocia con un riesgo de infección mucho más bajo que el producido por la esterilización quirúrgica.

Algunas organizaciones no gubernamentales (ONGs) ofrecen la Esterilización con Quinacrina en sus programas de planificación familiar.

¿Cómo funciona la esterilización con Quinacrina (EQ)?

Procedimiento:

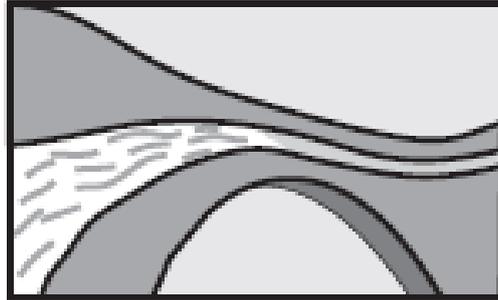
1. Antes de la inserción el médico debe hacer un examen pélvico con el propósito de determinar el tamaño, la forma y posición del útero.
Se coloca un espéculo, se limpia el cérvix con una solución antiséptica y se sujetará con un tenáculo.
Dos dosis, consistiendo cada una de 252 mg de clorhidrato de quinacrina en forma de gránulos, se insertan en la cavidad uterina con un mes de intervalo.
Los gránulos se colocan usando un insertador de DIU modificado, durante la fase proliferativa del ciclo menstrual (días 6 a 12 después del inicio de la menstruación) La colocación correcta de los gránulos en la parte superior del útero (fondo) es uno de los pasos más importantes del procedimiento. Después que el insertor alcanza el fondo del útero se retira 5 mm y enseguida manteniendo fija la cánula, se presiona el émbolo dejando los pellets depositados en el fondo uterino donde estos se disuelven.



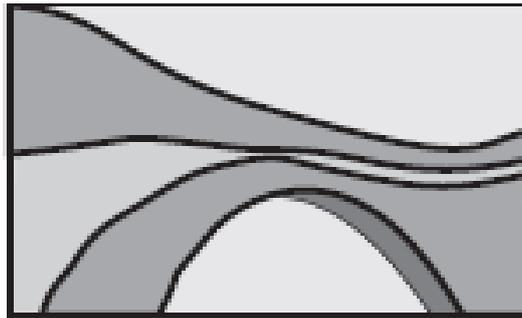
2. La presencia de sangre intrauterina o el sangrado importante durante el procedimiento pueden también interferir con la eficacia de la técnica.

Los gránulos de quinacrina se disuelven en aproximadamente 30 minutos. La quinacrina líquida pasa por la parte del fondo de la cavidad uterina y entra a las trompas de Falopio. El exceso de quinacrina fluye hacia la vagina o se absorbe en el endometrio. Después de la inserción la paciente debe permanecer acostada, descansando por un rato (al menos una hora) y luego levantarse lentamente para evitar la posibilidad de un desmayo. Puede administrarse un analgésico para aminorar las contracciones y dolor asociado al procedimiento

(Nota: Se produce una endometritis química. El daño del endometrio se recupera después de varios ciclos y se restablecen los períodos menstruales normales.)



3. En un tiempo que fluctúa de varias horas a varios días, la quinacrina produce una necrosis parcial del revestimiento del endometrio uterino y del revestimiento de la membrana mucosa del segmento intramural de las trompas de Falopio. Aunque el endometrio se regenera durante uno o más ciclos menstruales, la inflamación de las trompas se extiende hacia la capa muscular interna, impidiendo así la regeneración de la membrana mucosa de las trompas.



4. Durante las siguientes 6-12 semanas se forma una pequeña masa fibrosa, la cual fusiona las paredes de la porción intramural de las trompas y ocluye la luz de las mismas. La inflamación de las trompas de Falopio cede y se forma un tapón de tejido fibroso.
Ya que el proceso de cicatrización toma de 6 a 12 semanas, se les debe aconsejar a las mujeres que se someten a EQ que usen un método anticonceptivo de respaldo por 12 semanas.
5. En las próximas 24 horas después de la inserción, es posible que se produzca secreción vaginal o flujo amarillo u opaco.
Debe realizarse un control a la semana de la aplicación. Y hacer la segunda aplicación a un intervalo de un mes entre cada una.
Podría ser necesaria una tercera inserción, dependiendo del caso.
En este momento no hay una prueba confiable (segura) para saber si el bloqueo es completo. Existe la Histerosalpingografía (HSG) pero cuando esta se usa, puede alterar el tejido recién cicatrizado. Este examen puede reducir la eficacia de la EQ.

6. Se debe usar otro método anticonceptivo empezando el día de la primera inserción y continuando por dos meses después de la segunda inserción, o de la tercera inserción, si es que ésta es necesaria. En otras palabras, el anticonceptivo debe de usarse por un total de por lo menos 12 semanas. Esto asegurará que las probabilidades de un embarazo sean bajas durante el período en que está formando el tapón de tejido fibroso.

Eficacia

Ciertos estudios conducidos hace 10-20 años encontraron tasas de fallo más altas de las que se observan al presente. Como resultado de la investigación de Hieu y colaboradores (1993), la causa de las fallas se determinó y se estableció la importancia de colocar todos los gránulos en el fondo del útero (cerca de la desembocadura de las trompas)¹³. Desde que se adoptó esta nueva técnica de inserción en 1993, la tasa de fallo que se ha reportado ha sido de 2 de cada 100 mujeres, o menos, después de 2 años. Debido al mejoramiento de la técnica, se estima que después de 10 años, menos de 5 de cada 100 mujeres quedarán embarazadas^{14 15} (Soroodi, 1996; Bairagi y colaboradores, 1995; Sarin, 1999; Ferreira y colaboradores, 2000).

Seguridad

Aunque la Esterilización con Quinacrina ha sido usada ampliamente, aún existen dudas acerca de su seguridad y eficacia.

Con respecto a la seguridad de un método anticonceptivo se puede pensar en complicaciones a corto plazo o a largo plazo. Está muy bien demostrado que, con respecto a efectos a corto plazo, la Esterilización con Quinacrina es muy segura, y definitivamente más segura que la esterilización quirúrgica. Se han llevado a cabo aproximadamente 140.000 esterilizaciones con quinacrina sin muerte alguna, mientras que la mortalidad por esterilización quirúrgica varía entre 2 muertes por cada 100.000 procedimientos en países industrializados, y 20 muertes por cada 100.000 procedimientos en algunos países en desarrollo. También ocurren menos complicaciones graves con la Esterilización con Quinacrina, con una tasa de 0.03%, comparada con una tasa de 1.7% después de la esterilización con la cirugía laparoscópica.

¹³ Hieu DT, Tan TT, Tan DN, Nguyet PT, Than P, Vinh DQ. 31,781 cases of non-surgical female sterilisation with quinacrine pellets in Vietnam (31,781 casos de esterilización femenina no quirúrgica con gránulos de quinacrina en Vietnam). *Lancet*. 1993 Julio 24; 342(8865):213-7.

¹⁴ Soroodi-Moghaddam S. Quinacrine pellet method of nonsurgical female sterilization in Iran: preliminary report on a clinical trial (El método de gránulos de quinacrina para la esterilización no quirúrgica de la mujer en Irán: reporte preliminar de un estudio clínico). *International Family Planning Perspectives* 1996; 22:122-123, 127.

¹⁵ Ferreira CRC, Magalhaes DRB, Hanan MZ, Ferreira DC. Quinacrine Sterilization: Endometrial assessment by vaginal ultrasonography (Esterilización con quinacrina: evaluación del endometrio por medio de esterilización Voluntaria No Quirúrgica de la Mujer: El Método de la Quinacrina 81 ultrasonografía vaginal). (Abstracto) Presentado en el XVI FIGO Congreso Mundial de Ginecología y Obstetricia en Washington, DC. Sept. 3-8, 2000

Esta diferencia es aún mayor en algunas pacientes, tales como aquellas con diabetes, aquellas que requieren anestesia general, mujeres con historia previa de cirugía abdominal o pélvica, y de enfermedad inflamatoria pélvica (EIP), y mujeres obesas o con enfermedades respiratorias.

En cuanto a complicaciones a largo plazo, siendo la Esterilización con Quinacrina un método relativamente nuevo, éstas no se han definido. El apareamiento de cáncer es causa de preocupación, ya que puede tomar de 10 a 20 años en desarrollarse. La administración de quinacrina por vía oral a altas dosis y por períodos más prolongados que los necesarios para la Esterilización con Quinacrina, no se asocia con un aumento en el riesgo de cáncer. *Family Health International* condujo un estudio en Chile de 1492 mujeres a quienes se les había hecho la Esterilización con Quinacrina hasta 19 años antes; no se encontró un aumento de riesgo de cáncer después de un seguimiento de 13,444 persona-años¹⁶ (Sokal y colaboradores, 2000).

Algunas pruebas de laboratorio, tal como la prueba de Ames, que se usan para predecir carcinogénesis han salido positivas con el uso de quinacrina. Cerca del 60% de drogas que producen cáncer dan una prueba de Ames positiva. Sin embargo, un gran número de sustancias, como Tetraciclina, Metronidazol y Aciclovir y otras incluyendo el café y la carne de hamburguesa asada, también dan una reacción positiva a la prueba de Ames. Evidencia de toxicidad en humanos, si es que existe, es mucho más valiosa que las pruebas toxicológicas de indagación.

Existe solamente un criterio racional para juzgar el uso de un tratamiento nuevo. Este es el análisis de riesgo-beneficio, que variará de lugar a lugar. Por ejemplo, los beneficios de un anticonceptivo nuevo que pueda aumentar la prevalencia de uso de anticonceptivos y, por lo tanto, disminuir la mortalidad materna, serán mucho mayores en una región con mortalidad materna alta y con prevalencia baja de uso de anticonceptivos. Las zonas rurales de los países en desarrollo tienen mucha mayor mortalidad materna y menor prevalencia del uso de anticonceptivos en comparación con los países industrializados. El análisis de riesgo-beneficio para países desarrollados es diferente del análisis para los países en desarrollo.

Ciertos toxicólogos expertos creen que la carencia de reportes de carcinogenicidad de la quinacrina en humanos significa que ésta no causa cáncer o que el riesgo de que cause cáncer es bajo. En los países en desarrollo, la ganancia en cuanto a mortalidad materna es alta cuando aumenta la prevalencia del uso de anticonceptivos. La esterilización previene, como promedio, dos embarazos; por consiguiente, en una región con una mortalidad materna de 5 por cada 1.000 nacimientos vivos, cada 1.000 esterilizaciones con quinacrina prevendrían 10 muertes maternas.

No existe ningún otro método más costo-efectivo que la Esterilización con Quinacrina para reducir la mortalidad materna en dichas regiones.

¹⁶Sokal DC, Dabancens A, Guzman-Serani R, Zipper J. Cancer risk among women sterilized with transcervical quinacrine in Chile: an update through 1996 (Riesgo de cáncer en mujeres esterilizadas con quinacrina transcervical en Chile: actualización hasta 1996). *Fertil Ster.* 2000 Jul; 74(1):169-71.

Posibles Complicaciones

En todo el mundo se han llevado a cabo estudios de investigación con el objetivo de determinar la seguridad de la esterilización con quinacrina (EQ). Lo que se sabe es que la EQ es más segura que la esterilización quirúrgica, especialmente en aquellas partes del mundo en donde es escaso el equipo quirúrgico. Hasta el presente la EQ no ha producido muertes y ha causado pocas complicaciones graves. En un artículo de la revista *The Lancet* acerca de la experiencia clínica de más de 30.000 mujeres en el Vietnam, se reportaron ocho casos de complicaciones mayores (Hieu y colab., 1993). Esto corresponde a una tasa de 0.03%, es decir una complicación por cada 4.000 procedimientos. Los riesgos asociados con la EQ son mucho menores que los asociados con un embarazo llevado a término¹⁷.

Las posibles complicaciones de la EQ pueden incluir:

Fallo del procedimiento —

Si los gránulos no se colocan correctamente, o si sólo se hace una inserción, existe una mayor probabilidad de que el procedimiento no resulte en una esterilización permanente. Esto se llama “fallo del método.” Desafortunadamente, el fallo del método de la EQ no siempre previene el embarazo ectópico.

El peligro de un embarazo ectópico después de una EQ es menor que el peligro de tal complicación en mujeres que no usan anticonceptivos, y similar al peligro que corren las usuarias de un DIU. La manera más eficaz de aminorar el riesgo de enfermedad grave o de muerte debidos a embarazo ectópico es reducir a un mínimo los fallos del método y aconsejar a todas las pacientes que sospechen estar embarazadas que consulten, o visiten, inmediatamente a un proveedor de salud.

Infección de la cavidad pélvica —

Esta complicación se puede prevenir usando técnicas asépticas durante el procedimiento y con un buen manejo médico después de éste.

Perforación o Punción del útero—

Ésta puede ser causada por una inserción forzosa del equipo de sondeo (instrumento que se usa para medir el largo del útero) o del insertador de quinacrina.

¹⁷ Hieu DT, Tan TT, Tan DN, Nguyet PT, Than P, Vinh DQ. 31,781 cases of non-surgical female sterilisation with quinacrine pellets in Vietnam (31,781 casos de esterilización femenina no quirúrgica con gránulos de quinacrina en Vietnam). *Lancet*. 1993 Julio 24; 342(8865):213-7.

Lamento o cambio de opinión —

De la paciente en cuanto a su decisión de terminar su fertilidad. A las pacientes se les debe asesorar y se les debe dar información completa antes del procedimiento, porque es irreversible.

Hematómetra—

O acumulación de sangre menstrual en el útero. Esto puede ocurrir en aproximadamente uno de cada 5.000 procedimientos, cuando la quinacrina causa oclusión del orificio cervical interno.

Sinequia uterina —

O adherencia entre la pared anterior y la pared posterior del útero. Aunque rara, esta complicación se ha reportado después de inserciones múltiples.

Reacción anafiláctica –

La administración de cualquier medicamento, incluyendo la quinacrina, puede causar una reacción anafiláctica. En cualquier lugar donde se lleva a cabo la EQ debe estar siempre disponible una persona entrenada en el tratamiento del shock anafiláctico y debe haber el equipo necesario para tratar esta condición.

Posibles Efectos Secundarios

Aproximadamente la mitad de todas las mujeres se quejan de uno de los siguientes efectos secundarios temporales después de la EQ. Generalmente estas molestias duran de pocas horas a pocos días.

Es muy importante informar a las mujeres acerca de estos posibles efectos secundarios **antes** de que decidan someterse al procedimiento, para que puedan tomar su decisión en base a una información completa. Se ha demostrado que las mujeres que fueron asesoradas eficazmente para su primera inserción estaban mucho más dispuestas a regresar para su segunda inserción. **El fallo del método es dos veces más frecuente en mujeres que sólo tuvieron una inserción, que en mujeres que tuvieron dos inserciones.**

Los posibles efectos secundarios pueden incluir:

- Cólicos y/o dolor de la parte baja del abdomen
- Dolor de cabeza y mareo
- Sensación de calor sin fiebre
- Dolor de espalda
- Picazón e irritación vaginal
- Flujo o secreción
- Oligomenorrea o amenorrea (menstruación escasa o ausente).

Sincronizando la Inserción

La esterilización con quinacrina debe de hacerse durante la fase proliferativa del ciclo menstrual (6-12 días después del inicio de la menstruación). Esto se recomendó inicialmente para evitar insertar quinacrina en una mujer que pudiera estar embarazada. Sin embargo, investigaciones posteriores sugieren que la sangre uterina interfiere de alguna manera con la acción de la quinacrina. Entre los días 13 y 21 del ciclo, cuando el endometrio se restablece para prepararse para el óvulo fertilizado, es más probable que éste se desgarre y que sangre al contacto con la cánula/sonda o con el insertador. Por lo tanto, existen varias razones muy importantes para efectuar este procedimiento entre los días 6 y 12 después del inicio del ciclo menstrual de la mujer.

Si se pierde más de 1 cc de sangre a través del cérvix durante o después de la inserción, se debe de programar una tercera inserción.

Posparto —

Se recomienda esperar seis semanas después del parto, para que la cavidad uterina regrese a su tamaño normal.

Posaborto ---

Si la paciente estaba en su primer trimestre, en el caso de un aborto espontáneo o inducido, la EQ se puede llevar a cabo después de un período menstrual regular. Generalmente esto ocurre después de un mes.

Si la paciente estaba en su segundo o tercer trimestre al ocurrir el aborto, se recomienda que espere seis semanas después del aborto, para que la cavidad uterina regrese a su tamaño normal, tal como se recomienda después de un parto.

Ventajas de la Esterilización con Quinacrina (EQ)

- No se necesita cirugía, por lo tanto hay menos riesgo de infección, daño o muerte.
- No se requiere hospitalización.
- Debido a que es un procedimiento relativamente sencillo, varios proveedores de salud, no solamente médicos, pueden efectuar este procedimiento.
Sin embargo, es sumamente importante que todos los proveedores obtengan entrenamiento formal antes de practicar la EQ.
- Es barata, en comparación con la esterilización quirúrgica y con otros métodos.
- Ocurre menos dolor y el período de recuperación es más corto que con la esterilización quirúrgica.
- La EQ es permanente y no requiere motivación sostenida o el gasto continuo que ocasionan los productos anticonceptivos.

Desventajas de la Esterilización con Quinacrina (EQ)

- La EQ es permanente y una mujer no puede revertirla fácilmente, si es que cambia de parecer. Debido a los efectos de la quinacrina en las trompas, la EQ podría ser mucho menos reversible que la esterilización con los métodos quirúrgicos.
- La EQ es todavía un método nuevo. Puede ser que existan riesgos a largo plazo que aún no se conocen.
- Las tasas de eficacia son más bajas que con la esterilización quirúrgica. Algunas mujeres aún podrían quedar embarazadas, después de la EQ.
- Se necesitan dos inserciones; por lo tanto, una mujer que escoja este método debe de hacer dos visitas separadas al proveedor.

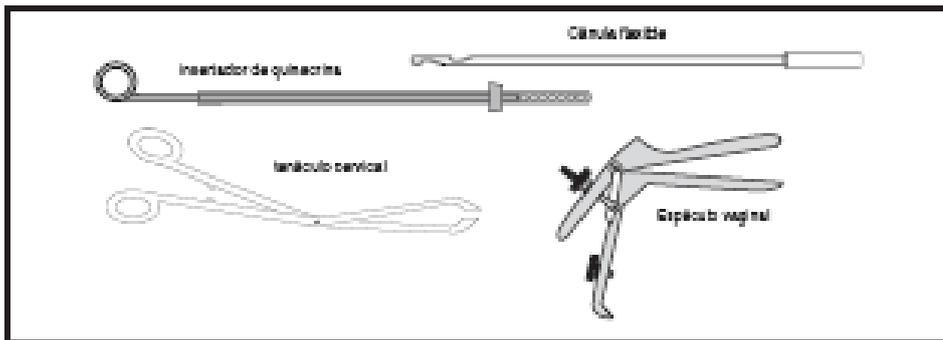
Contrario a la esterilización quirúrgica, la EQ se puede hacer en varios lugares. Para llevar a cabo una esterilización con quinacrina se necesita el siguiente equipo.

Puede sustituirlo con otro equipo similar, dependiendo de lo que esté disponible:

1. **Un espéculo vaginal.** Se recomienda un modelo Graves o Pederson con dos valvas, para que pueda tener libres ambas manos. Necesitará tres tamaños: pequeño, mediano y grande. Si éstos no están disponibles se pueden usar espéculos de otro tipo. Sin embargo, otros tipos de espéculos pueden requerir la asistencia de una segunda persona.
2. **Un tenáculo cervical**
3. **Un par de guantes**
4. **Alcohol o Betadina** (o cualquier otro antiséptico local disponible)
5. **Un palillo con esponja o gasa**
6. **Lubricante** — para que la inserción del espéculo sea más fácil y más cómoda. (Esto se recomienda, pero no es absolutamente necesario).
7. **Una cánula Karman de 4 mm, o una sonda flexible**, con marcas de fácil lectura, para medir la longitud del útero.
8. **Un insertador de quinacrina con 7 gránulos** (252 mg de clorhidrato de quinacrina). En algunos lugares, los gránulos de quinacrina se venden independientemente del insertador. Si éste es el caso y usted tiene la intención de usar el insertador más de una vez, debe asegurarse de que el insertador se someta a una desinfección total y que esté totalmente seco.
Usted también necesitará usar guantes esterilizados cuando cargue el insertador. Para cargar el insertador, remueva primero el pistón; luego, con las manos enguantadas, coloque los gránulos de quinacrina en el extremo del insertador. Luego empuje el pistón hasta que el primer gránulo llegue a la punta de la vaina.

9. **Tabletas de Ibuprofeno.** Varían las recomendaciones. La mayoría de expertos recomiendan que a la paciente se le dé 800 mg de ibuprofeno por vía oral 2 horas antes de hacer el procedimiento para reducir los cólicos abdominales y para prevenir espasmos de las trompas.

Hay quienes recomiendan que se use un medicamento anti prostaglandina por varios días después del procedimiento.



El Insertador de la Quinacrina

Un aplicador de DIU T de cobre (Copper-T) puede ser modificado para servir como insertador de quinacrina. Conviene que esta modificación se haga comercialmente, ya que se requiere ayuda técnica y entrenamiento para llevarla a cabo. Se puede obtener las especificaciones completas para modificar el DIU del *Center for Research and Population and Security (CRPS)*, P.O. Box 13067, Research Triangle Park, North Carolina, USA. 27709.

El insertador previamente preparado debe de estar esterilizado en frío y estar seco. El secado se efectúa generalmente con un lavado con alcohol y contacto con aire. Luego, el dispositivo se debe guardar en un envase o recipiente estéril. Se debe de usar dentro de una semana.

(Los insertadores empacados, ya cargados, se esterilizan con gas de óxido de etileno o con radiación gamma).

Contraindicaciones

Existen ocho condiciones que ameritan cancelar o posponer la esterilización con quinacrina. Éstas son:

- **Embarazo.** El embarazo debe descartarse en forma absoluta antes de hacerse la EQ. Si el útero mide más de 8 centímetros, o si existe cualquier otra sospecha de embarazo, haga una prueba de embarazo.
- **Infección, uterina o cervical**
- **Psoriasis.** La quinacrina podría causar un ataque grave de psoriasis.
- **Porfiria.** La quinacrina podría hacer que esta condición empeore.

- **Sangrado vaginal inexplicado**
- **Uso de alcohol** o de medicamentos que contengan alcohol, en las 24 horas antes del procedimiento y en las 24 horas después del procedimiento.
- **Deficiencia de la glucosa-6-fosfato deshidrogenasa (G6PD)**
- **Uso de primaquina.**
- **Uso de medicamentos hepatotóxicos**
- **Un tumor en el tracto reproductivo** (fibroma, etc.)
- **Distorsión uterina grave (útero bicorne, etc.) que no permita la colocación apropiada de los gránulos**
- **Enfermedad inflamatoria pélvica (EIP) activa**
- **Sangrado inter menstrual u otros patrones anormales de sangrado menstrual.**

La quinacrina nunca se debe insertar en un útero embarazado ya que existe el riesgo de causar un aborto incompleto.

En el caso de que exista cervicitis grave, enfermedad inflamatoria pélvica, secreción purulenta u otras infecciones graves del tracto genital, la mujer debe recibir tratamiento. Se le debe dar un método anticonceptivo temporal y se le debe recomendar que regrese a la clínica después de cierto tiempo, dependiendo de la gravedad de la infección. En el caso de sangrado vaginal activo, no se debe de hacer la inserción, pero se debe diagnosticar la causa del sangrado. Si existe un tumor en el tracto reproductivo, primero debe descartarse si es maligno. Luego, evalúe si está causando daño o si interferiría con la EQ. En el caso de distorsión uterina grave, podría ser difícil o imposible insertar quinacrina en la parte superior del fondo y, por consiguiente, la quinacrina líquida no pasaría necesariamente a las trompas de Falopio. Si éste es el caso, se le debe aconsejar a la mujer que use otros métodos anticonceptivos más apropiados.

Si la mujer está en el posparto, debe de esperar por lo menos seis semanas después del parto para que su útero regrese a su tamaño y forma normal. Lo mismo aplica después de un aborto, si éste ocurrió en el segundo o tercer trimestre. Si el aborto ocurrió en el primer trimestre y no ocurrieron complicaciones, la EQ se puede hacer después del siguiente período menstrual.

Los detractores de este método, han manifestado su preocupación acerca de un posible incremento de la incidencia de cáncer, embarazos ectópicos y defectos de nacimiento derivados de la utilización de quinacrina. Se ha demostrado la inexistencia de estos riesgos con el uso oral del medicamento a dosis muchísimo más altas que las usadas en la esterilización femenina. Por otra parte, estudios histológicos sugieren que cuando quinacrina toma contacto adecuado con las trompas de Falopio las ocluye totalmente.

Más de 140,000 mujeres en 34 países han sido esterilizadas con “pellets” (pastillas en forma de pequeños cilindros) de quinacrina y no se ha reportado ninguna muerte por su causa o por alguna complicación grave. Al contrario de la esterilización quirúrgica que puede llegar a 20 por 100.000 mujeres/año.

También basan su crítica en el hecho de que quinacrina es un mutágeno positivo in vitro (al igual que la tetraciclina, metronidazol y aciclovir) y que debido a esto pudiera producir cáncer. Nunca se ha publicado evidencia directa alguna que asocie a quinacrina con cáncer en animales o seres humanos.

Aunque la esterilización con quinacrina y la esterilización quirúrgica evitan muchos embarazos ectópicos, un mayor porcentaje de los embarazos que ocurren después de estos procedimientos son ectópicos.

Finalmente la droga no parece ser teratogénica: en un estudio realizado en Vietnam con 31,781 pacientes se reportaron 2 casos de inserción de los pellets de quinacrina en mujeres cursando un embarazo inicial: uno finalizó en un embarazo ectópico y el otro en un embarazo de término con recién nacido normal después de la fecha de término del análisis del estudio¹⁸.

¹⁸ Hieu DT, Tan TT, Tan DN, Nguyet PT, Than P, Vinh DQ. 31,781 cases of non-surgical female sterilisation with quinacrine pellets in Vietnam (31,781 casos de esterilización femenina no quirúrgica con gránulos de quinacrina en Vietnam). Lancet. 1993 Julio 24;342(8865):213-7

CAPITULO III

3.1 Objetivos:

General:

Sistematizar la Experiencia de Esterilización Femenina Permanente con la aplicación de QUINACRINA en 36 usuarias de la Unidad de Salud de San Miguel en el período de Enero de 2007 a Agosto de 2008.

Objetivos específicos:

- i- Documentar la técnica utilizada en el procedimiento de esterilización permanente con Quinacrina en la Unidad de Salud Anexa al Hospital San Juan De Dios de San Miguel en el período de Enero de 2007 a Agosto de 2008.

- ii- Definir los criterios de selección de pacientes aptas para la esterilización permanente con Quinacrina que utilizaron en la Unidad de Salud Anexa al Hospital San Juan De Dios de San Miguel en el período de Enero de 2007 a Agosto de 2008.

- iii- Verificar el seguimiento, efectos colaterales, satisfacción y tasa de fallo del método de esterilización permanente con quinacrina utilizado en la Unidad de Salud Anexa al Hospital San Juan de Dios de San Miguel desde enero de 2007 hasta agosto de 2008.

CAPITULO IV.

4.1 Diseño Metodológico:

a. Tipo de Estudio:

Es Cualitativo, retrospectivo de corte transversal.

Enfoque:

Cualitativo:

Porque se documentaron los resultados alcanzados en cuanto a la experiencia de esterilización permanente con Quinacrina en San Miguel y se obtuvo información relevante de parte del personal de salud y las pacientes en cuanto a los beneficios percibidos.

Retrospectivo:

Porque se estudió la población femenina que fue sometida al procedimiento durante el período en mención, para lo cual se revisaron los antecedentes documentados en los expedientes clínicos, así mismo, se entrevistó al personal de salud y pacientes respecto a la identificación de efectos secundarios, efectividad del método, satisfacción de las usuarias y el personal y sus recomendaciones.

Transversal:

El estudio realizó un corte en el tiempo en el cual se involucra únicamente al grupo de pacientes que fueron sometidas al procedimiento durante el período establecido entre enero de 2007 a agosto de 2008.

b. Área de estudio

El área de estudio es San Miguel, municipio y distrito del Departamento de San Miguel, este limita al norte con los municipios de Yamabal, Guatajiagua y San Carlos del Departamento de Morazán, al oeste con los municipios de Chinameca, Quelepa, Moncagua, San Rafael Oriente y el Tránsito, al sur con Chirilagua y Jucuarán; y al este con los municipios de Uluazapa, Comacarán del Departamento de La Unión.

Cuenta con treinta y tres cantones; la población es de 254,416 habitantes los cuales se dedican al comercio formal e informal, oportunidades laborales tales como: industriales, textiles, talleres en general, empresas gubernamentales, privadas no gubernamentales, fundaciones, ONGs y otros. El acceso para llegar a este municipio es por la Carretera Panamericana.

Se eligió este municipio porque en él se encuentra la Unidad de Salud (contigua al Hospital San Juan de Dios de San Miguel) que es el establecimiento de salud donde tuvieron lugar los procedimientos de esterilización femenina permanente con quinacrina durante el período de enero de 2007 a agosto de 2008.

c. Universo:

Corresponde a 36 mujeres que constituyen el 100% de la población de usuarias esterilizadas con Quinacrina durante el período de Enero de 2007 a Agosto de 2008 en la Unidad de Salud de San Miguel.

4.2 Criterios de Selección de la Muestra:

La muestra se obtuvo a partir de la identificación de criterios de inclusión, los cuales para efectos de la presente investigación fueron los siguientes:

- Usuaris esterilizadas con quinacrina durante el período de enero de 2007 a agosto de 2008.
- Usuaris esterilizadas con quinacrina en la Unidad de Salud anexa al Hospital San Juan de Dios de San Miguel.
- Que acepten formar parte del estudio (consentimiento informado)
- Personal de salud: Médico (a) y enfermera (o) responsables de la aplicación del método y seguimiento de las usuarias.

4.3 Técnicas e instrumentos:

Técnica:

- ✓ Entrevista
- ✓ Revisión Documental
- ✓ Observación

Se utilizaron los siguientes instrumentos de la investigación cualitativa:

- ✓ Lista de Chequeo para la revisión de expedientes clínicos.
- ✓ Guía de entrevistas dirigidas a los proveedores del método.
- ✓ Guía de entrevistas dirigidas a usuarias del método.
- ✓ Hoja de consentimiento Informado para participar en el estudio.

4.4 Fuentes de Obtención de la Información:

- ✓ **Primaria:** A través de entrevistas dirigidas a las usuarias encontradas sometidas al procedimiento y personal de salud, proveedor del método.
- ✓ **Secundaria:** Expedientes clínicos, informes médicos, documentación fotográfica.

4.5 Plan de recolección de datos:

Se realizó primero una visita a la Unidad de Salud donde se aplicó el método para:

- ✓ Documentación de la técnica que utilizaron para la aplicación del método
- ✓ Entrevista al personal responsable de la provisión del método
- ✓ Revisión del 100% de expedientes clínicos de usuarias de la esterilización permanente con quinacrina.

Posteriormente se realizó a través del personal de la unidad de salud la convocatoria o cita a 5 mujeres usuarias del método que fueron las que se lograron contactar para hacer las entrevistas a profundidad para sistematizar:

- ✓ Satisfacción del método
- ✓ Efectos secundarios
- ✓ Complicaciones
- ✓ Efectividad
- ✓ Seguimiento

4.7. Procesamiento y análisis de los datos:

De la documentación y aplicación del método se ha elaborado un informe escrito en Word para establecer la técnica utilizada.

La información recabada con la lista de chequeo de la revisión del expediente clínico y de las entrevistas a profundidad tanto para el personal de salud como para las usuarias, se procesó en matrices realizadas en Word, de acuerdo a cada ítem contenido en los instrumentos.

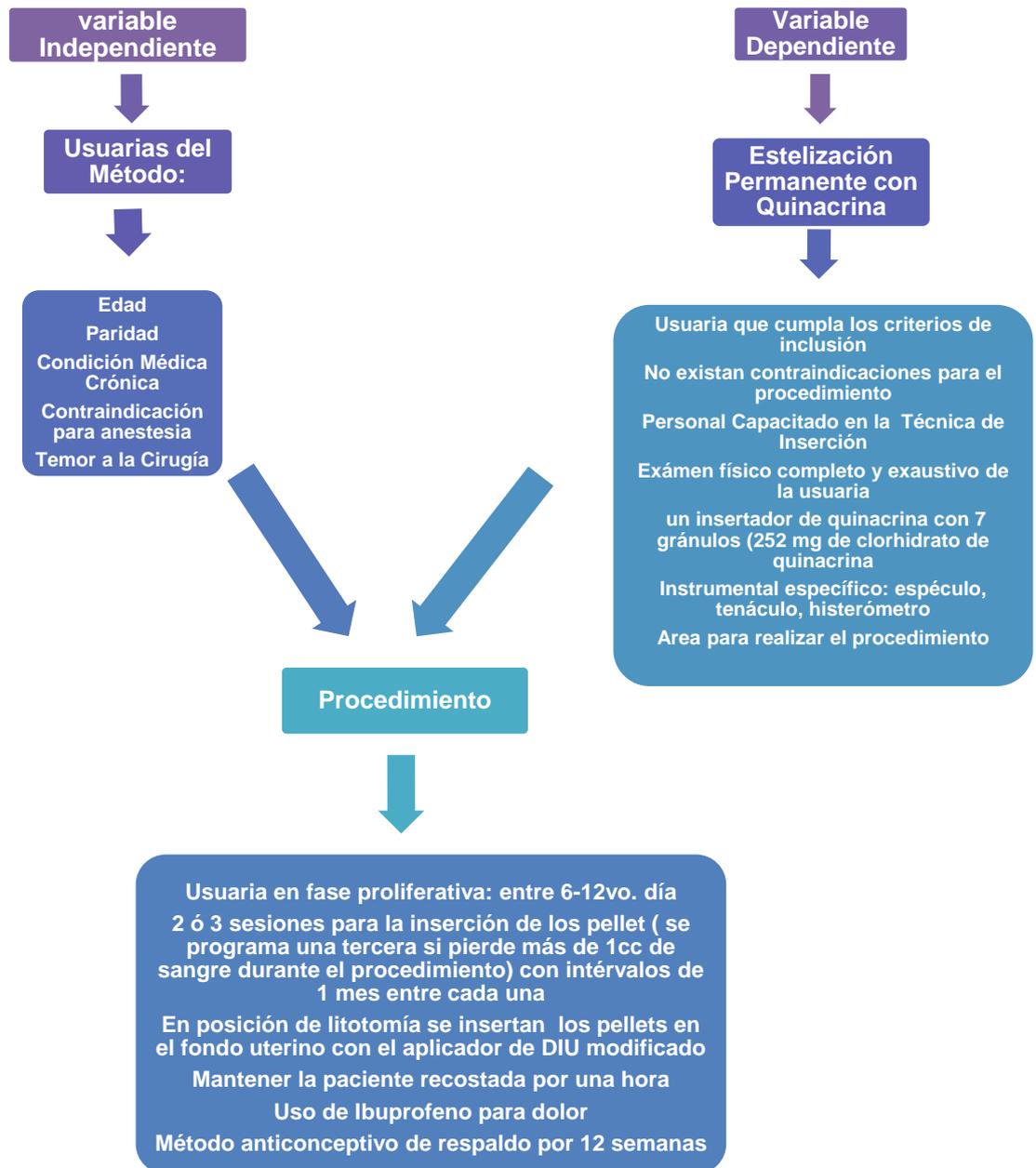
El análisis ha sido triangulado entre el marco teórico, información recabada y la opinión técnica de las investigadoras. Elaborando gráficos y tablas que demuestren visualmente los resultados.

4.8. Consideraciones Éticas

El presente estudio contempla las pautas internacionales para la garantía de la aplicación de los principios éticos y las buenas prácticas clínicas, a mencionar:

- **Protección de la Autonomía y protección de la confidencialidad:** No se utilizó nombres de las pacientes por ningún motivo y en ninguna fase del estudio; aunque la naturaleza del mismo no contempla una intervención directa con pacientes, se realizará una entrevista para la cual se ha considerado la obtención de consentimiento, con el objetivo de que se evidencie la voluntariedad y la comprensión de la información.
- **Beneficencia:** Los beneficios de conocer la información en relación de la efectividad del uso de quinacrina en esterilización femenina, son de mucha importancia para considerar la realización de estudios controlados que permitan inferir estadísticamente a una mayor población femenina en el país.
- **No maleficencia:** Se identificó la idoneidad de las investigadoras, de las fuentes de información y de la metodología del estudio, así como el respeto a la opinión de cada una de las participantes y el respeto a la disponibilidad para su participación en la investigación tanto del personal como de las usuarias.
- **Justicia:** Los resultados del presente estudio pretenden ser de utilidad social, exponiendo las intervenciones efectivas para que el procedimiento pueda ser considerado como una opción anticonceptiva en el país.

4.9. Modelo de Análisis:



CAPITULO V.

Presentación de Datos y Análisis de Resultados.

5.1 Presentación de Datos:

A continuación se presentarán en la tabla 5.1.1 los resultados obtenidos a través de las listas de chequeo en la revisión del 100% de expedientes clínicos de las 36 mujeres usuarias de la esterilización permanente con Quinacrina, en esta se describe en detalle cada uno de los ítems y el porcentaje de cumplimiento de los mismos.

Tabla. 5.1.1 Resultados de la revisión de expedientes clínicos de pacientes sometidas a la Esterilización Química con Quinacrina en la Unidad de Salud Anexa al Hospital San Juan de Dios de San Miguel en el período de enero de 2007 a agosto de 2008.

Pregunta en la Lista de Chequeo	Resultado en los 36 expedientes
Hoja de Consentimiento Informado	Si: 35 No: 1
Descripción del motivo para la elección del método	Si: 34 No: 2
Motivo de elección del método	No quiere más hijos: 24 No quiere más hijos + Riesgo reproductivo: 2 No quiere más hijos + Edad + Paridad: 1 No quiere más hijos + Hipertensión Arterial: 6 No quiere más hijos + Diabetes: 1 No descrito: 2
Está descrito el procedimiento utilizado.	Si: 0 No: 36
Presentó complicaciones	Si: 0 No: 36
Qué dosis de Quinacrina aplico	No descrito en ningún expediente
Cuántas aplicaciones utilizó	2 aplicaciones en las 36 pacientes
Le dejó control	Si: 36
Intervalo de los controles	1 mes entre cada aplicación y 3 meses después de la última para toma de USG
Dejó recomendaciones o prescripción posterior	Si: 36
Cuales recomendaciones	A las 36 pacientes: AINE más anticonceptivo inyectable: Acetato de Medroxiprogesterona.
Manejo clínico de complicaciones	Ninguna

Presentó efectos secundarios debidos al medicamento	Ninguna	
Cuales efectos secundarios	Ninguna	
Manejo clínico de efectos secundarios	Ninguna	
Falla del método	Si: 1	No: 35

La tabla 5.1.2 presenta las repuestas obtenidas en las entrevistas realizadas a la médica y enfermera proveedoras del método. En esta se presentan apreciaciones personales de cada una de ellas en su experiencia en la aplicación de la Quinacrina como método permanente de esterilización, de acuerdo a la guía diseñada para este fin.

Tabla 5.1.2 Resultados de entrevista realizada al personal de salud proveedor del método de esterilización permanente con quinacrina (Ginecóloga y Enfermera) en la Unidad de Salud Anexa al Hospital San Juan de Dios de San Miguel, de enero de 2007 a agosto de 2008.

Pregunta	Médica	Enfermera
<i>Recibió Asesoría técnica para la aplicación del método</i>	<i>Si, durante en la Maestría de SSR y con representantes de IPAS</i>	<i>Si</i>
<i>Dónde y cuánto tiempo</i>	<i>En la Maestría durante el desarrollo del módulo</i>	<i>La Ginecóloga durante cada procedimiento en la aplicación del método</i>
<i>Durante cuánto tiempo aplicó el método</i>	<i>Un año</i>	<i>Un año</i>
<i>Cuáles fueron los criterios que utilizó para la selección de las pacientes</i>	<i>Pacientes que no aceptaban la Esterilización Quirúrgica.</i>	<i>Las que no se podía en el Hospital, Hipertensas, jóvenes con paridad elevada y no querían más hijos</i>
<i>Hubo alguna preparación previa de la paciente para realizar el procedimiento</i>	<i>No, únicamente aconsejaría sobre el método y que debían llegar sin menstruación</i>	<i>Paciente sin regla y era la última citada del día ya que debía permanecer acostada por 1 hora</i>
<i>Como fue el seguimiento de las pacientes posterior a la realización del procedimiento</i>	<i>Un control al mes de cada aplicación y luego de la segunda dosis a los tres meses para toma de USG. Cada año para toma de citología.</i>	<i>Control cada mes después de la aplicación y al final USG para verificar que estaban cerradas las trompas</i>
<i>Cuales efectos colaterales presentaron las pacientes</i>	<i>Dolor y Flujo</i>	<i>Flujo amarillo</i>
<i>Durante cuánto tiempo dio seguimiento posterior a las pacientes esterilizadas</i>	<i>Cada año hasta la fecha</i>	<i>Cada año para tomarle citología</i>

<i>Como se realizó la logística para el abastecimiento del equipo médico y el medicamento (quinacrina)</i>	<i>Equipo de inserción de DIU del establecimiento, el aplicador con las dosis de quinacrina fueron donadas por un centro médico de Chile.</i>	<i>El equipo era el del establecimiento (de inserción de DIU) el medicamento y los aplicadores los tenía la doctora.</i>
<i>Cuáles fueron las principales dificultades detectadas durante la aplicación del método</i>	<i>El tiempo de reposo posterior a cada aplicación y que únicamente podía realizar una al día.</i>	<i>El tiempo de reposo posterior a la aplicación, limitaba el número de pacientes por día (solo una)</i>
<i>Considera Ud. Que la esterilización permanente con quinacrina podría ser una buena opción como método de pf</i>	<i>Si</i>	<i>Si</i>
<i>Por qué considera que podría ser una buena opción como método de pf</i>	<i>Es mucho más barato, práctico y efectivo Ausencia de riesgos operatorios</i>	<i>Es fácil, no tiene herida, no necesita anestesia y no tienen que ir al hospital se puede hacer en la unidad de salud</i>

Las opiniones de las usuarias del método en cuanto a su motivo de elección del mismo, efectos secundarios, complicaciones o fallo y su satisfacción, entre otros; se presentan en la tabla 5.1.3. Recalcándose que se realizaron 5 entrevistas que corresponden a las mujeres que asistieron a la convocatoria.

Tabla 5.1.3 Resultados de entrevista realizada a Usuarias del Método de Esterilización Permanente con Quinacrina, en la Unidad de Salud Anexa al Hospital San Juan de Dios de San Miguel, de enero de 2007 a agosto de 2008.

Pregunta	Respuesta entrevistadas (5)	
Paridad	Mayor o igual a 3: 3	Menor o igual a 2: 2
Número de aplicaciones del método	1: 0	2: 5
Antecedentes de enfermedad actual o previa	Si: 1 (HTA)	No: 4
Por qué eligió el método	Se lo ofrecieron: 4 Miedo a la Cirugía: 1	
Presentó alguna Complicación	Si: 0	No: 5
Presentó algún efecto secundario	No: 0 Flujo o secreción: 3 Dolor: 2	
Qué opina del método	Excelente: 4	Malo: 1

Ha tenido falla del método	Si: 1	No: 4
La esterilización con quinacrina ha modificado su vida sexual	Igual: 5	
Se lo recomendaría a otra mujer	Si: 4	No: 1
Se tomó citología previa a la inserción	Si: 5	No: 0
Cuál fue el resultado	Negativo: 5	Positivo: 0
Se tomó citología posterior a la inserción	Si: 5	No: 0
Cuál fue el resultado	Negativo: 5	Positivo: 0
Desearía tener más hijos	Si: 0	No: 5

5.2 Análisis de Resultados:

Para la realización de cualquier procedimiento que conlleva un cambio radical como en este caso sería la imposibilidad para tener más hijos, es indispensable contar con la hoja de consentimiento informado de la paciente, este documento implica que ella recibió la información completa y que además comprendió los aspectos sobre la aplicación del método sus complicaciones, efectos secundarios, día del ciclo que debe realizarse, ausencia de sangramiento o evidencia de infección pélvica y especialmente el carácter irreversible del mismo. Condiciones vitales para que ella pueda identificarlas y consultar oportunamente, evaluando así el número de inserciones, reducción de la tasa de fallo y por consiguiente el éxito del método. En nuestra investigación encontramos que 35 de los 36 expedientes de usuarias contaba con este documento.

En esta misma fuente evidenciamos que 32 de las 36 tenían documentado el motivo de selección del método, siendo el principal que las mujeres “No quería tener más hijos” constituyendo el 67% de los casos y que únicamente el 19% obedeció a que tuviera una condición médica asociada, lo que al comparar con los criterios de selección utilizados en otras experiencias a nivel internacional, no coincide ya que en esos casos prevaleció principalmente el que la paciente tenga contraindicaciones para realizarse un procedimiento quirúrgico y condiciones médicas asociadas. Este hallazgo al mismo tiempo pone en evidencia el hecho de que muchas mujeres están más dispuestas a someterse a un método anticonceptivo permanente que representa menos dificultades de acceso al mismo, que además no necesita preparación especial previa, no debe estar en ayuno, puede realizárselo en el mismo establecimiento de primer nivel donde asiste a otros servicios preventivos y curativos, no se somete al temor ni a los riesgos que un procedimiento quirúrgico implica.

De acuerdo a la entrevista realizada a las proveedoras en cuanto a la preparación previa que se le solicitaba a las usuarias, únicamente fue que asistiesen sin regla, faltando entonces un paso muy importante previo a la inserción, y es que debió realizarse entre el día 6 y 12 del ciclo, contado desde el primer día de la última regla, para asegurar primero, que no hubiera un embarazo en curso y segundo que no presentara el riesgo de sangrado al introducir el insertador de los pellets dentro del útero, situación que se ve aumentada cuando el endometrio se restablece para la preparación del ovulo fertilizado y que puede reducir la eficacia del método.

Para establecer la técnica y dosis de Quinacrina utilizada en esta experiencia encontramos que en ninguno de los 36 expedientes había una descripción de estos datos para cada una de las inserciones, lo que no nos permitió evidenciar si se cumplieron requisitos básicos para este procedimiento, como son la dosis o número de pellets utilizados (252 mg equivalentes a 7 pellets), que la quinacrina haya sido depositada en el fondo del útero previa medición de este, que no sangrara más de 1 cc en cada inserción o que la paciente permaneciera acostada por al menos una hora. El cumplimiento de estos aspectos es fundamental para determinar el número de veces que se le colocará el medicamento y que su efectividad, reduciendo o eliminando así la tasa de fallo. Sin embargo según muestran los resultados al 100% de las usuarias se les realizó dos inserciones de quinacrina, que es lo mínimo requerido; situación consignada en cada visita de la paciente, así como el control al mes de cada aplicación, lo que coincide con lo recomendado según experiencias documentadas. Además se les realizó a todas un seguimiento con USG a los 3 meses de la última

aplicación describiéndose la visualización ecográfica de la formación de un granuloma en ambas trompas. Según la Bibliografía no hay un estudio de gabinete idóneo para confirmar la obstrucción de las trompas de Falopio, el ideal sería la Histerosalpingografía, pero esta reduce la eficacia del método.

A las 36 usuarias se les prescribió un antiinflamatorio no esteroideo y un método anticonceptivo de respaldo por 12 semanas, indicación acertada ya que está descrito que el principal efecto secundario que se presenta con este método es el dolor y que es primordial evitar un embarazo mientras se forma el granuloma en las trompas. En las entrevistas a ambos grupos (proveedoras y usuarias) se estableció que además del dolor pélvico esperado, 3 de las 5 usuarias entrevistadas presentaron flujo amarillo, esto no logró confirmarse con la evidencia documental, ya que en ninguna visita se registró este dato ni su manejo individual.

El 80% de las mujeres entrevistadas reportaron estar satisfechas y lo recomendarían a otra mujer que no quiera más hijos, una de las usuarias que representa el 20% restante no recomendaría el método ya que en su experiencia presentó fallo del mismo, cursando con un embarazo en el momento de la entrevista y ya en control prenatal en el mismo establecimiento. Se considera aceptable una tasa de fallo de 2 de cada 100 en los primeros dos años de aplicada la quinacrina y de hasta 5 de cada 100 en los 10 años posteriores a la aplicación de la misma. En la sistematización de esta experiencia se dio una tasa de fallo de 27 x 1000 hab.

Importante es hacer notar que a las 36 usuarias se les tomó citologías previas al procedimiento de esterilización y hasta 5 años después, documentándose en cada expediente y encontrando todos los resultados negativos a lesión en cérvix, se hace énfasis en este hallazgo porque los principales detractores de este método se basan en el hecho de que en pruebas de laboratorio in vitro produce carcinogénesis, al igual que otros medicamentos de uso diario y común en nuestro medio como el metronidazol y el aciclovir. Primordial es recalcar que la dosis utilizada de forma local es mucho más baja que la utilizada a nivel oral para el tratamiento de la malaria o la giardiasis intestinal y que se ha usado por años sin haber evidencia documental que la asocie con la presencia de cáncer en ningún paciente.

En las entrevistas a las proveedoras logramos determinar que la capacitación para aplicar este método permanente de esterilización, fue recibida en su formación de post-grado, que la Quinacrina y el insertador utilizado fueron obtenidos a través de un donativo gestionado por la médica que aplicó el método ante un Centro Médico de Chile, el equipo utilizado fue el mismo de inserción de DIU existente en el establecimiento de salud; Lo que es consecuente con el fundamento de que este método puede ser realizado por un personal médico que sea adecuadamente capacitado, que no requiere un ambiente estéril y que el instrumental que se requiere está disponible en establecimientos de primer nivel. Ambas además coincidieron con que la principal dificultad que enfrentaron fue que solamente podían atender a una mujer por día, principalmente por el tiempo que ella debía permanecer en reposo.

CAPITULO VI.

Conclusiones y Recomendaciones:

6.1 Conclusiones:

- Deficiente registro de la información en expedientes clínicos lo que no permitió describir la técnica utilizada, dosis de quinacrina aplicada en cada visita y presencia de sangramiento en el momento de la aplicación. Actualmente ya no se provee el método en el establecimiento por falta del medicamento, por lo que no se realizó la observación directa.
- Los criterios de selección de las usuarias de acuerdo a la fuente documental (expediente clínico) fueron:
 - 67% No quiere tener más hijos
 - 19% Con condición médica asociada diabetes o Hipertensión
 - 8% Por edad y riesgo reproductivo sin especificar
 - 6% No tenían descrito el porqué de la selección.

Ninguna de ellas fue seleccionada por presentar otras contraindicaciones quirúrgicas como: Reacción Adversa a los anestésicos, Obesidad mórbida, ICC u otro problema cardíaco, Insuficiencia Renal, Lupus Eritematoso Sistémico, Patología tiroidea, etc. Que ha sido el principal criterio utilizado en otras experiencias de acuerdo a las fuentes consultadas.

- Se cumplió con el seguimiento al 100% de las pacientes con controles mensuales posterior a la primera y segunda aplicación de quinacrina y toma de USG pélvica 3 meses después de la segunda aplicación.
El principal efecto secundario manifestado por las usuarias fue el flujo o secreción vaginal en un 60% lo que concuerda con la tipología documentada respecto al surgimiento de dichos efectos secundarios.
Se dio una tasa de fallo del método de 27 embarazos por mil mujeres que corresponde a 1 de las 36 usuarias lo siendo aceptable a nivel internacional 5 hasta embarazos en los primeros 10 años de aplicación.
El 80% de las usuarias reportaron estar satisfechas con el método y se lo recomendarían a otra mujer que no desee tener más hijos.
- No encontramos respaldo documental suficiente en esta experiencia realizada en la Unidad de Salud anexa al Hospital San Juan de Dios de San Miguel para recomendar la aplicación del método a nivel nacional.

6.2 Recomendaciones:

- El MINSAL u Organismos Internacionales afines al tema de la reproducción, deberían promover la investigación a profundidad del uso de quinacrina para que permita una mejor valoración de sus ventajas y la posibilidad de utilizarla como una opción de método de planificación familiar definitivo de bajo costo, fácil aplicación y que no requiere instrumental, medicación, ni personal médico especializado.
- Para estudios posteriores debe de registrarse la información completa en los expedientes clínicos, en relación a: dosis, técnica, día del ciclo en el cual se realiza, número de aplicaciones, presencia de complicaciones.
- Posterior a estudios a profundidad, proponemos evaluar este método como una opción satisfactoria para las usuarias de los servicios de planificación familiar del Ministerio de Salud, que estén seguras de no querer tener más hijos, siempre y cuando se realice una aplicación fiel de los criterios de selección, técnica, dosis y seguimiento adecuado de las mujeres que opten por este método.

CAPITULO VII

7.1 Referencias Bibliográficas

- ✓ Encuesta Nacional de salud Familiar 2003- 2008.
- ✓ Ramson E, Yinger N “Por una Maternidad sin Riesgos: Como superar los obstáculos en la atención a la salud materna” Population Reference Bureau , Julio 2002
- ✓ POPULATION REPORTS Sept. 2008 .Demographic and Health Surveys (DHS)
- ✓ UNFPA Estado de la Población Mundial 2004. El Consenso de Cairo diez años después: Población, Salud Reproductiva y Acciones Mundiales para Eliminar la Pobreza
- ✓ Escobedo L; Petersen H, “Case –fatality rates for tubal sterilization in U.S Hospitals 1979-1980. Am. .J. Obstet. Gynecol. 16,147-50, 1989
- ✓ R. V. Bhatt and B. M. Amin . “Camp Laparoscopic Sterilization Deaths in Gujarat State, India; 1978-1980”. Asia-Oceania J. Obstet and Gynecology 1991; 17(4):297-301
- ✓ E. Kessel 100.000 Quinacrine Sterilizations Adv. in Contraception, 1996: 12; 69-76.
- ✓ J. Zipper, V. Trujillo. “Experiencia chilena de 25 años en esterilización con quinacrina: Revisión de 2.592 casos”. International J of Gyn & Obstet 83 Supl. 2 (2003) S23
- ✓ J. Zipper, V. Trujillo. “Experiencia chilena de 25 años en esterilización con quinacrina: Revisión de 2.592 casos”. International J of Gyn & Obstet 83 Supl. 2 (2003) S23
- ✓ Norma Nacional de Planificación Familiar. MINSAL
- ✓ Esterilización no quirúrgica de la mujer con Quinacrina (EQ). Introducción y Resumen
- ✓ Hieu DT, Tan TT, Tan DN, Nguyet PT, Than P, Vinh DQ. 31,781 cases of non-surgical female sterilisation with quinacrine pellets in Vietnam (31,781 casos de esterilización femenina no quirúrgica con gránulos de quinacrina en Vietnam). Lancet. 1993 Julio 24;342(8865):213-7.

- ✓ Soroodi-Moghaddam S. Quinacrine pellet method of nonsurgical female sterilization in Iran: preliminary report on a clinical trial (El método de gránulos de quinacrina para la esterilización no quirúrgica de la mujer en Irán: reporte preliminar de un estudio clínico). International Family Planning Perspectives 1996; 22:122-123, 127.
- ✓ Ferreira CRC, Magalhaes DRB, Hanan MZ, Ferreira DC. Quinacrine Sterilization: Endometrial assessment by vaginal ultrasonography (Esterilización con quinacrina: evaluación del endometrio por medio de Esterilización Voluntaria No Quirúrgica de la Mujer: El Método de la Quinacrina 81 ultrasonografía vaginal). (Abstracto) Presentado en el XVI FIGO Congreso Mundial de Ginecología y Obstetricia en Washington, DC. Sept. 3-8, 2000 (http://www.quinacrine.com/figo_2000.htm)
- ✓ Sokal DC, Dabancens A, Guzman-Serani R, Zipper J. Cáncer risk among women sterilized with transcervical quinacrine in Chile: an update through 1996 (Riesgo de cáncer en mujeres esterilizadas con quinacrina transcervical en Chile: actualización hasta 1996). Fertil Ster. 2000 Jul;74(1):169-71.
- ✓ Hieu DT, Tan TT, Tan DN, Nguyet PT, Than P, Vinh DQ. 31,781 cases of non-surgical female sterilisation with quinacrine pellets in Vietnam (31,781 casos de esterilización femenina no quirúrgica con gránulos de quinacrina en Vietnam). Lancet. 1993 Julio 24;342(8865):213-7.

CAPITULO VIII.

Anexos

8.1

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
MAESTRÍA DE SERVICIOS INTEGRALES EN SSR**

LISTA DE CHEQUEO PARA LA REVISIÓN DE EXPEDIENTES CLÍNICOS DE MUJERES
ESTERILIZADAS CON EL MÉTODO DE LA QUINACRINA

Fecha de revisión: _____ Hora: _____

Establecimiento: _____

Nº Expediente clínico: _____

Hoja de Consentimiento Informado: Si____ No____

Está descrito el porqué de la elección del método: Si____ No____

Porqué: _____

Fecha del procedimiento: _____ Hora del Procedimiento: _____

Está descrito el procedimiento: Si____ No____

Presentó alguna complicación durante el mismo: Si: ____ No: ____

Cual: _____

Qué dosis de Quinacrina se aplicó: _____ Cuántas aplicaciones: _____

Le dejó control: Si____ No____ Intervalo de los controles: _____

Dejó alguna Recomendación o prescripción posterior: Si____ No____

Cuál: _____

Presentó alguna complicación después del procedimiento: Si____ No____

Cuál: _____

Manejo Clínico: _____

Presentó efectos secundarios al medicamento: Si____ No____

Cuál: _____

Manejo clínico: _____

Falla del método: Si____ No____

8.2

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
MAESTRÍA DE SERVICIOS INTEGRALES EN SSR
GUÍA PARA LA ENTREVISTA A USUARIAS DE LA ESTERILIZACIÓN
PERMANENTE CON QUINACRINA

Fecha de la entrevista: _____ Hora: _____

Edad: _____

Paridad: _____

Fecha en que le realizaron la esterilización: _____

Antecedentes de Enfermedad actual o previa: _____

Por qué eligió el método: Se lo ofrecieron: _____ No podía utilizar otro _____

Miedo a la cirugía _____ Otro: _____

Presento alguna complicación durante o posterior a la inserción:

- ✓ Infección de la cavidad Pélvica
- ✓ Perforación o punción del método
- ✓ Hematometra
- ✓ Sinequia Uterina
- ✓ Reacción Anafiláctica

Presentó algún efecto secundario como:

- ✓ Cólicos y/o dolor de la parte baja del abdomen
- ✓ Dolor de cabeza y mareo
- ✓ Sensación de calor sin fiebre
- ✓ Dolor de espalda
- ✓ Picazón e irritación vaginal
- ✓ Flujo o secreción

✓ Oligomenorrea o amenorrea (menstruación escasa o ausente)

Qué opina del Método: Excelente: _____ Bueno _____ Regular _____

Malo _____

Ha tenido falla del método: Si _____ No: _____

La esterilización con Quinacrina ha modificado su vida sexual:

Mejorado _____ Igual _____ peor _____

Se lo recomendaría a otra mujer: Si _____ No _____

Porqué _____

Se ha tomado la citología previa inserción: Si _____ No _____

Resultado: _____

Se ha tomado la citología posterior a la inserción: Si _____ No _____

Resultado: _____

Desearía tener más hijos: Si _____ No _____

8.3

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
MAESTRÍA DE SERVICIOS INTEGRALES EN SSR

GUÍA DE LA ENTREVISTA A PERSONAL DE SALUD PROVEEDOR DEL MÉTODO
DE ESTERILIZACIÓN PERMANENTE CON QUINACRINA

Fecha de la entrevista: _____ Hora: _____

Nombre: _____ Cargo: _____

Establecimiento de Salud: _____

1. Recibió la asesoría técnica para la aplicación del método: Esterilización Permanente con quinacrina?

Dónde: _____

Tiempo de duración: _____

2. Durante cuánto tiempo aplico el método?

3. Cuáles fueron los criterios que utilizo para la selección de pacientes para la aplicación de la quinacrina?

4. Hubo algún tipo de preparación previa de la paciente para realizar el procedimiento?:

5. Como fue el seguimiento de las pacientes posterior a la realización del método.

6. Cuáles fueron los efectos colaterales más frecuentes que presentaron las pacientes que se les aplicó el método.

7. Durante cuánto tiempo dio seguimiento posterior a las pacientes esterilizadas con este método?

8. Como se realizó la logística para el abastecimiento de equipo médico y medicamentos en el establecimiento.

9. Cuáles fueron las principales dificultades detectadas durante la aplicación del método.

10. Considera Ud. que esterilización permanente con quinacrina podría ser una buena opción como método de planificación para las mujeres. Porque?

8.4

Hoja de consentimiento informado
Investigación: Esterilización Permanente con Quinacrina en Unidad de Salud
Anexa a Hospital Nacional de San Miguel

Para optar al grado de Master en Salud Sexual y Reproductiva se realiza la presente investigación sobre el uso de la Quinacrina como método permanente de esterilización femenina en la unidad de salud anexa al Hospital San Juan de Dios de San Miguel.

Con el objetivo de documentar el método, resultados y satisfacción de las usuarias con el fin de proponer este método como alternativa para cierto grupo de mujeres a nivel nacional.

Para garantizar los derechos de las participantes en la investigación se explica a continuación el proceso de recolección y análisis de los datos, para que la entrevistada tenga la información suficiente para que su decisión de participar sea informada.

De la recolección y procesamiento de la información:

1. Para asegurar el anonimato, esta hoja de consentimiento informado con su nombre y apellido según Documento Único de Identidad y firma será separada y guardada por La Maestría en Servicios Integrales de Salud Sexual y Reproductiva.
2. Cada persona tienen el derecho de dejar de participar si así lo considera, independientemente que ya haya firmado el presente documento.
3. Las guías de investigación son anónimos y serán guardados y analizados únicamente por las estudiantes encargadas de la investigación. De tal forma que no hay ninguna manera de vincular las respuestas de la encuesta con ninguna persona en particular porque los documentos estarán separados físicamente y sin ninguna manera de asociación.

Para mayor información o para expresar una inquietud con respecto al estudio puede comunicarse directamente con las encargadas de la investigación al teléfono: 78105578.

Yo _____ he leído el presente documento, entiendo el propósito y beneficios del estudio, por tanto doy mi consentimiento informado para participar en el mismo.

Fecha: _____ de 2012:

Firma: _____