



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADEMICA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

**“NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE LOS EFECTOS SECUNDARIOS DEL
ANTICONCEPTIVO HORMONAL MEDROXIPROGESTERONA EN
USUARIAS CONTINUADORAS DE 18 A 29 AÑOS DEL
CENTRO DE SALUD – CASALLA PISCO 2016”.**

TESIS

**PARA OBTENER EL TITULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN:
OBSTETRICIA**

AUTORA:

BACHILLER KATHERINE LISSET FRANCO RAVELLO

ASESOR(A): MAG.ANA BERROSPI

**ICA – PERU
2016**

DEDICATORIA

A Dios, por permitirme llegar a esta etapa de mi vida, por acompañarme en los triunfos obtenidos y por ayudarme a salir adelante frente a las dificultades presentadas en mi vida.

A mi hijo y a mi esposo por su apoyo incondicional a cada momento, a mi madre y a mis abuelos quienes me apoyaron siempre económica y moralmente en mi trayecto estudiantil, y demás familiares culminando así mi carrera profesional

A mis profesores, gracias por su dedicación y empeño para trasmitirme sus enseñanzas.

AGRADECIMIENTO

A Dios, por permitirme haber culminado mi carrera profesional, por enseñarme a superar los obstáculos de la vida.

A mi madre que siempre me inculco lo bueno y a rechazar lo malo que sin duda alguna en el trayecto de mi vida me ha demostrado su amor, corrigiendo en las fallas y alentándome para lograr mis metas.

A mi hijo y a mi esposo que tan solo con cuatro añitos me ha enseñado a ser madre y el valor de la vida, quien con su inteligencia y comprensión me enseñó a ser líder de mi propio destino, ambos con su ayuda, cariño y comprensión son parte fundamental en mi vida.

A la Universidad Alas Peruanas por haberme aceptado ser parte de ella y abierto sus puertas para poder estudiar una carrera profesional, así como también a los diferentes docentes que brindaron sus conocimientos y su apoyo para seguir adelante día a día.

INDICE

CARÁTULA	
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
ÍNDICE	iv
RESUMEN	vii
ABSTRACT	viii
INTRODUCCIÓN	ix
CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
1.1. Descripción de la realidad problemática	10
1.2. Delimitación de la investigación.....	12
1.3. Formulación del problema	13
1.3.1. Problema principal.....	13
1.3.2. Problema secundario	13
1.4. Objetivos de la Investigación	13
1.4.1. Objetivo general.....	13
1.4.2. Objetivos específicos	13
1.5. Justificación e importancia de la investigación.....	14
CAPITULO II: MARCO TEORICO	16
2.1. Antecedentes de la investigación.....	16
2.2. Bases Teóricas.....	20
2.3. Definición de términos básicos	42
2.4. Variables	43
2.4.1. Variable Independiente.....	43
2.4.2. Variable Dependiente.....	43
2.5 Dimensiones de Las Variables.....	43
2.5.1 Dimensiones de La Variable Independiente	43
2.5.2 Dimensiones de La Variable Dependiente	43
2.6. Operacionalización de las variables	44
CAPITULO III: METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION	46
3.1. Diseño de la investigación.....	46
3.1.1. Tipo de investigación	46
3.1.2. Nivel de investigación.....	46
3.1.3. Método.....	46

3.2. Población y muestra de la investigación-----	46
3.2.1. Población -----	46
3.2.2. Muestra-----	46
3.3. Técnica e instrumentos de recolección de datos-----	47
3.3.1. Técnica -----	47
3.3.2. Instrumentos -----	47
3.4. Técnica de análisis de datos-----	47
CAPITULO IV: PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	
4.1. Resultados -----	49
DISCUSIÓN-----	56
CONCLUSIONES -----	58
RECOMENDACIONES -----	59
FUENTES DE INFORMACION -----	60
ANEXOS-----	63
MATRIZ DE CONSISTENCIA-----	64
MODELO DE FICHA DE RECOLECCION DE DATOS -----	66

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar el nivel de conocimientos sobre los efectos secundarios del anticonceptivo hormonal medroxiprogesterona en usuarias continuadoras de 18 a 29 años.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional, transversal, prospectiva y descriptiva por ser univariado. En 108 usuarias del método anticonceptivo hormonal inyectable medroxiprogesterona del Centro de salud de Casalla Pisco en el 2016.

CONCLUSIONES: Existe un nivel de conocimientos sobre los efectos secundarios de la medroxiprogesterona en las usuarias del 59.3% quedando un déficit de 40.7%. El 30.6% de la usuarias tiene nivel bajo de conocimientos sobre los efectos de la medroxiprogesterona, el 45.4% tiene nivel medio y el 24.1% tienen nivel alto. Las usuarias de 18 a 21 años tienen predominantemente nivel de conocimientos bajos y medios sobre los efectos secundarios de la medroxiprogesterona, los de 22 a 25 años tienen nivel de conocimientos medio y alto, y los de 26 a 29 años tienen de nivel alto. Las usuarias de nivel instructivo primario tienen nivel de conocimientos bajos sobre los efectos secundarios de la medroxiprogesterona, los de secundaria tienen nivel de conocimientos medio, y los de superior tienen a predominio de nivel alto. Las usuarias que proceden de la zona rural de la jurisdicción del Centro de Salud tienen predominantemente nivel de conocimientos bajos sobre los efectos secundarios de la medroxiprogesterona, los de procedencia de zonas urbanas tienen sobre todo nivel de conocimientos medio y alto. Las usuarias que tienen menos de 1 año tienen nivel de conocimientos bajo y medio sobre los efectos secundarios de la medroxiprogesterona, los que tienen de 1 año a más en el programa tienen sobre todo nivel de conocimientos alto. Las usuarias solteras tienen predominantemente nivel de conocimientos bajo sobre los efectos secundarios de la medroxiprogesterona, las que son casadas el nivel de conocimiento es homogéneo, en las divorciadas es a predominio de nivel bajo y en las convivientes a predominio de nivel medio y alto.

PALABRAS CLAVE: Conocimientos efectos secundarios, medroxiprogesterona

ABSTRACT

OBJECTIVE: To determine the level of knowledge about side effects of hormonal contraceptive medroxyprogesterone successors users 18 to 29 years.

MATERIAL METHODS: Observational, transversal, prospective and descriptive study being univariate. 108 users of injectable hormonal contraceptive medroxyprogesterone Health Center of Casalla Pisco in 2016.

CONCLUSIONS: There is a level of knowledge about side effects of medroxyprogesterone in users of 59.3% leaving a deficit of 40.7%. 30.6% of the users have low knowledge about the effects of medroxyprogesterone level, 45.4% is average and 24.1% are at high level. Users of 18 to 21 years have predominantly bass level knowledge and means on the side effects of medroxyprogesterone, those 22 to 25 have at medium and high knowledge, and 26 to 29 have a predominance of high level. Primary users are predominantly instructional level low level of knowledge about side effects of medroxyprogesterone have the high average level of knowledge, and have higher prevalence of high level. Clients who come from the rural area within the jurisdiction of the Health Center have predominantly low level of knowledge about side effects of medroxyprogesterone the provenance of urban areas are mainly medium and high level of knowledge. Clients who have less than 1 year are low and medium level of knowledge about side effects of medroxyprogesterone, those having from 1 year to more in the program have especially high level of knowledge. Unmarried users are predominantly low level of knowledge about side effects of medroxyprogesterone they were married the level of knowledge is homogeneous in divorcees is a predominance of low and cohabitants a predominance of medium and high level.

KEYWORDS: Knowledge side effects, medroxyprogesterone

INTRODUCCIÓN

La medroxiprogesterona es un progestágeno sintético activo por vía oral y parenteral, 15 veces más potente que la progesterona. Se utiliza en el tratamiento de la amenorrea, hemorragias uterinas anormales, endometriosis debida a desequilibrios hormonales y carcinomas de endometrio y de células renales.

La acción continuada (sin descansos) no provoca una regla periódica. Los sangrados con este tratamiento son casi siempre escasos, pueden ser mensuales, pueden no tener un ritmo o incluso no producirse. Este "patrón" de sangrados varía de una mujer a otra, por eso es necesario probar varios meses para conocer cómo es cada caso, y así comprobar si resulta cómodo o no. Normalmente son más irregulares en los primeros meses para estabilizarse después, con tendencia a no sangrar o hacerlo de vez en cuando.

Muchas personas conocen a la inyección trimestral con el nombre de **medroxiprogesterona**. Es una inyección intramuscular a base de hormonas que se aplica por el personal de salud cada 3 meses y que evita que el óvulo de la mujer madure y salga del ovario, al igual que las pastillas anticonceptivas.

La planificación familiar, según la Organización Mundial de Salud, permite a las personas tener el número de hijos que desean y determinar el intervalo entre los embarazos; este se logra mediante la aplicación de métodos anticonceptivos y el tratamiento de la esterilidad; además, este pertenece a los derechos sexuales y reproductivos, que fue añadido en el párrafo 95 de la Plataforma de Acción, Beijing, 1995.⁽¹⁾

El presente proyecto es elaborado tomando en cuenta el reglamento de investigación de la escuela profesional de obstetricia de la Universidad Alas Peruanas tal como se detalla a continuación:

CAPÍTULO I: Planteamiento metodológico. Comprende la situación problemática donde proporciona datos importantes como internacional, nacional, regional y local. Además de la delimitación de la investigación ya sea espacial conceptual, espacial, temporal y social; formulación del problema tales como problema principal y problema específico; objetivos de la investigación dentro de ellas generales y específicos y culminando con la justificación.

CAPITULO II: Marco teórico. Desarrollamos antecedentes internacionales, nacionales, regionales y locales que guardan relación con el presente trabajo de investigación, además de las bases teóricas, definiciones de términos básicos, variables tales como variables independientes y dependientes, seguidas de las dimensiones ya sean dimensiones dependientes e independiente y finalmente desarrollamos la Operacionalización de las variables

CAPITULO III: Metodología de la investigación. Comprende diseño de la investigación, población y muestra de la investigación y a su vez técnica e instrumento de recolección de datos.

CAPITULO IV: Presentación y análisis de resultados. En este capítulo presentaremos los resultados.

CAPÍTULO V: Discusión, conclusiones y recomendaciones, así como la bibliografía y anexos.

LA AUTORA

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

El uso del acetato de medroxiprogesterona de depósito fue descrito inicialmente en 1960 para prevenir partos pre términos, tratamiento de amenaza de aborto, endometriosis y cáncer de cérvix. Poco se tardó en observar que estas pacientes desarrollaban infertilidad.

En 1963 se iniciaron los primeros ensayos clínicos y ya para 1966 aparecían tres informes independientes como anticonceptivo. En 1978, la Organización Mundial de la Salud (OMS) refiere que con los datos disponibles no había riesgo con el anticonceptivo de medroxiprogesterona de depósito, el comité consultivo de la FDA recomienda su autorización, pero la FDA la niega, sin embargo, para el año 1980 este método anticonceptivo estaba aprobado en 80 países.

El uso de anticonceptivos ha aumentado desde los 90 en muchas partes del mundo, especialmente en Asia y América Latina, pero sigue siendo bajo en África subsahariana. A escala mundial, el uso ha aumentado desde un 54% en 1990 a un 63% en 2007.

En el país viven actualmente 7 068 567 mujeres en edad fértil (de 15 a 49 años), que representa el 26% del total de la población; pero si consideramos las niñas de 10 a 14 años (1450 292), suman un total de 8 518 859.

Además, el asesoramiento antes del tratamiento puede influir en las tasas de discontinuación de uso del anticonceptivo medroxiprogesterona. Esto se demostró en un estudio en el que participaron aproximadamente 400 mujeres de la China, la mitad de las cuales recibieron asesoramiento intensivo antes del tratamiento y asesoramiento continuo acerca del anticonceptivo medroxiprogesterona, y la otra mitad recibió sólo un asesoramiento breve. Al cabo de un año, las mujeres del grupo que recibió asesoramiento intensivo notificaron más irregularidades menstruales (40%) que las del otro grupo (26%), pero su tasa de discontinuación fue de 11% comparado con el 42% que registró el grupo que recibió el asesoramiento habitual.

Uno de los objetivos de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2014 fue determinar el nivel de conocimiento de los métodos anticonceptivos, pues es una condición necesaria para su uso. El conocimiento de métodos para la regulación de la reproducción fue muy difundido entre la población femenina y entre todos los grupos poblacionales. El 99,7% de las mujeres en edad fértil conocen o han oído

hablar de algún método de planificación familiar, siendo los métodos modernos conocidos por el 99,6% de todas las mujeres entrevistadas. Con respecto al año 2009 aumentó en 0,4 y 0,6 puntos porcentuales respectivamente. ENDES 2014.

En la actualidad, los anticonceptivos hormonales tipo inyectables que sólo contienen progestágeno están disponibles en muchos países del mundo (Lande 1995) y desempeñan una función importante en la planificación familiar y en muchos programas nacionales de salud (Sapire 1990). Además, en algunos países en vías de desarrollo se utilizan ampliamente. En el Perú, según el ENDES 2014, En las mujeres actualmente unidas (casadas y/o convivientes), los métodos modernos más conocidos fueron: la inyección (98,9%), el condón masculino (98,4%), la píldora (98,0%), la esterilización femenina (93,8%) y el DIU (92,0%). Entre los menos conocidos figuran la amenorrea por lactancia -MELA- (26,9%), los métodos vaginales -espuma, jalea y óvulos- (45,2%), el condón femenino (45,8%) y los implantes (55,2%). En las mujeres no unidas con actividad sexual, los métodos modernos más conocidos fueron: el condón masculino (99,9%), la

inyección (98,8%), la píldora (97,8%), anticoncepción de emergencia (94,9%), la esterilización femenina (94,4%) y el DIU (92,1%); y entre los menos conocidos se registraron la amenorrea por lactancia -MELA- (24,7%), los implantes (54,5%) y los métodos vaginales -espuma, jalea y óvulos- (55,4%).⁽²⁾

Por otra parte, la amenorrea, uno de los efectos secundarios del Acetato de Medroxiprogesterona, era desconcertante para las mujeres. A pesar de las palabras de aliento de los proveedores de que la amenorrea no era perjudicial, las mujeres consideraban que la menstruación era beneficiosa para su salud. Algunas mujeres incluso dejaban de hacerse aplicar las inyecciones para que sus períodos regresaran y saber de esa forma si estaban embarazadas o no. Muchas temían que la amenorrea fuese señal de infertilidad permanente. Como resultado de este estudio, el Ministerio de Salud del Perú incluyó capacitación que hacía hincapié en la necesidad de asesorar a las clientas respecto a los efectos colaterales.

Con respecto a estudios realizados en nuestra localidad no se han encontrado estudios realizados ya que el presente tema es innovador y no hay referencia en estudios realizados localmente, también teniendo en cuenta que en la Universidad Alas Peruanas de Ica recién han salido pocas promociones y no hay referencias del tema propuesto.

1.2. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

DELIMITACIÓN ESPACIAL:

Esta investigación se realizó en el Centro de Salud – Casalla ubicado en el distrito de Túpac Amaru Inca Provincia de Pisco, Región de Ica.

DELIMITACIÓN SOCIAL:

Usuaris continuadoras de 18 a 29 años atendidas en el centro de salud de Casalla, distrito de Túpac Amaru Inca, Provincia de Pisco.

DELIMITACIÓN TEMPORAL:

Esta investigación se realizó en el mes de setiembre del año 2016.

DELIMITACIÓN CONCEPTUAL:

La investigación se diseñó para obtener el nivel de conocimiento de los efectos secundarios de la medroxiprogesterona en las usuarias de este anticonceptivo.

1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.3.1. PROBLEMA PRINCIPAL

¿Cuál es el nivel de conocimientos sobre los efectos secundarios del anticonceptivo hormonal medroxiprogesterona en usuarias continuadoras de 18 a 29 años del Centro de Salud – Casalla Pisco 2016?

1.3.2. PROBLEMA SECUNDARIO

P.S 1. ¿Cuál es el nivel de conocimientos sobre los efectos secundarios del anticonceptivo hormonal medroxiprogesterona en usuarias continuadoras según grupos etarios?

P.S 2. ¿Cuál es el nivel de conocimientos sobre los efectos secundarios del anticonceptivo hormonal medroxiprogesterona en usuarias continuadoras según grado de instrucción?

P.S 3. ¿Cuál es el nivel de conocimientos sobre los efectos secundarios del anticonceptivo hormonal medroxiprogesterona en usuarias continuadoras según procedencia?

P.S 4. ¿Cuál es el nivel de conocimientos sobre los efectos secundarios del anticonceptivo hormonal medroxiprogesterona en usuarias continuadoras según tiempo de uso del anticonceptivo?

P.S 5. ¿Cuál es el nivel de conocimientos sobre los efectos secundarios del anticonceptivo hormonal medroxiprogesterona en usuarias continuadoras según estado civil?

1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar el nivel de conocimientos sobre los efectos secundarios del anticonceptivo hormonal medroxiprogesterona en usuarias continuadoras de 18 a 29 años del Centro de Salud – Casalla Pisco 2016.

1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

O.E 1. Precisar el nivel de conocimientos sobre los efectos secundarios del anticonceptivo hormonal medroxiprogesterona en usuarias continuadoras según grupos etarios.

O.E 2. Conocer el nivel de conocimientos sobre los efectos secundarios del anticonceptivo hormonal medroxiprogesterona en usuarias continuadoras según grado de instrucción

O.E 3. Indicar el nivel de conocimientos sobre los efectos secundarios del anticonceptivo hormonal medroxiprogesterona en usuarias continuadoras según procedencia

O.E 4. Determinar el nivel de conocimientos sobre los efectos secundarios del anticonceptivo hormonal medroxiprogesterona en usuarias continuadoras según tiempo de uso del anticonceptivo

O.E 5. Precisar el nivel de conocimientos sobre los efectos secundarios del anticonceptivo hormonal medroxiprogesterona en usuarias continuadoras según estado civil

1.5. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

JUSTIFICACIÓN

a) CONVENIENCIA

Es conveniente porque las autoridades tomaran las medidas correctivas que van a repercutir en los centros de salud para que brinden conocimientos a las usuarias por parte del profesional de salud.

b) RELEVANCIA SOCIAL

Para la sociedad es importante que las usuarias que son atendidas en los centros de salud queden satisfechas y puedan confiar en el personal capacitado que las atiende y así no haya quejas ni reclamos por parte de las personas que se atienden.

c) IMPLICACIONES PRÁCTICAS.

Esta investigación ayudará en el esclarecimiento de las variables estudiadas, lo cual será de ayuda para los profesionales de salud que atienden en los centros de salud, para definir qué es lo que falta corregir.

d) VALOR TEÓRICO

Con esta investigación conoceremos en mayor medida el comportamiento de la variable nivel de conocimiento sobre efectos secundarios y inyectable trimestral en usuarias continuadoras de 18 a 29 años. Lo cual sugerirá recomendaciones por parte de las autoridades hacia el profesional capacitado.

e) UTILIDAD METODOLÓGICA

Esta investigación servirá para que otros investigadores amplíen el estudio de las variables implicadas en el Centro de Salud de Casalla en Pisco.

IMPORTANCIA

Este estudio de investigación beneficiara a las usuarias continuadoras de planificación familiar atendidas en el Centro de Salud de Casalla, quienes por razones geográficas, económicas, programación de estudios, nivel de conocimientos se ven en la necesidad de adquirir estos métodos hormonales para la prevención de un embarazo previo conocimiento sobre las posibles complicaciones adversas que se les brinda por el profesional encargado y capacitado para esta consejería previa a la elección de algún método.

Con los resultados de esta investigación en el nivel de conocimiento sobre los efectos secundarios del anticonceptivo hormonal en usuarias continuadoras de planificación familiar, tendrá un valor para los profesionales de salud quienes deberán tomar medidas correctas para una mejor consejería previa a la elección de algún método anticonceptivo.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION

NIVEL INTERNACIONAL

Lira-Plascencia J. 2013, Anticonceptivos de larga duración reversibles: una estrategia eficaz para la reducción de los embarazos no planeados. México. Los anticonceptivos de larga duración reversibles tienen altas tasas de efectividad y cumplimiento a largo plazo, con pocas contraindicaciones para su uso. Los efectos secundarios son mínimos en comparación con sus ventajas, por lo que deberían promoverse más ampliamente entre las mujeres que buscan un anticonceptivo. A pesar de que el embarazo no planeado tiene causas multifactoriales, los anticonceptivos de larga duración reversibles representan una estrategia eficaz en su disminución porque evitarían los embarazos, reducirían los abortos y evitarían la muerte y discapacidad relacionadas con las complicaciones del embarazo. ⁽³⁾

Bolívar Eduardo S. 2010, Conocimientos y prácticas de métodos anticonceptivos en estudiantes del Colegio Nacional Mixto Vilcabamba – Loja- Ecuador, febrero- julio 2010. objetivo fue determinar el nivel de conocimientos y prácticas de métodos anticonceptivos en estudiantes del colegio Nacional Mixto Vilcabamba en el periodo febrero- julio del 2010, ciclo bachillerato. Tomando como instrumento de investigación la encuesta, se procede a aplicarla a 159 alumnos del bachillerato. Se ha constatado que el nivel de conocimientos sobre métodos anticonceptivos de los estudiantes en

el sexo femenino es mayoritario en relación al sexo masculino ya que no poseen un conocimiento claro sobre los respectivos métodos anticonceptivos que conocen. En el sexo femenino el 29 % de las estudiantes conocen los preservativos y un 25 % la píldora del día después, ya que en el sexo masculino el método más conocido es el preservativo y la píldora anticonceptiva, siendo los preservativos e píldoras anticonceptivas y la píldora del día después los métodos anticonceptivos más utilizados. De los estudiantes encuestados que más conocen sobre el tema, la información la obtuvieron por parte de amigos, profesores y libros y les gustaría informarse más por parte de los profesores y educadores de salud. ⁽⁴⁾

NIVEL NACIONAL

Chávez Melgarejo, Carmen Rosa 2012, realizo su trabajo de investigación denominado: Asociación entre el uso del acetato de medroxiprogesterona con el grado de conocimiento del mecanismo de acción y efectos secundarios en el C.S. Primavera: enero-febrero, 2012. Objetivo: Determinar la asociación entre el uso del acetato de medroxiprogesterona con el grado de conocimiento del mecanismo de acción y efectos secundarios de sus usuarias que acudan al C.S Primavera. DISA IV Lima-Este. enero- febrero 2012. Materiales y métodos: Estudio Retrospectivo Analítico de Caso-Control. La muestra fue de 75 usuarias del acetato de medroxiprogesterona y 75 usuarias de otro método de planificación familiar, ambos grupos fueron seleccionados de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión. Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia. Para evaluar el nivel de conocimiento se les agrupó en tres categorías: alto conocimiento, conocimiento medio y bajo conocimiento, las tres categorías fueron halladas mediante la escala de estaninos. Resultados: Tanto el grupo caso (92%), como el grupo control (81.3%) tiene un conocimiento medio del mecanismo de acción del acetato de medroxiprogesterona; y el 97.3% del grupo caso con el 81.3% del grupo control tiene también un conocimiento medio de los efectos secundarios de este método anticonceptivo. Conclusión: Se encontró que existe una baja asociación tanto entre el uso del acetato de medroxiprogesterona y el grado de conocimiento del mecanismo de acción

(correlación de pearman=0.79), como con el grado de conocimiento de los efectos secundarios correlación de Spearman=0.117. ⁽⁵⁾

Elorreaga Baudouin, Y. 2011, Relación entre la consejería y los conocimientos y actitudes de las usuarias nuevas al programa de planificación familiar sobre el uso del acetato de medroxiprogesterona en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión - Callao, 2011. Objetivo: Determinar la relación que existe entre la consejería y los conocimientos y las actitudes de las usuarias nuevas al Programa de Planificación Familiar sobre el uso Acetato de Medroxiprogesterona en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión - Callao 2011. Material y Métodos: Estudio prospectivo, descriptivo, de corte longitudinal aplicado en el Programa de Planificación Familiar del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión en Agosto – noviembre 2011. La muestra fue de 114 usuarias seleccionadas de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión. Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia. Se realizó una encuesta con preguntas sobre los conocimientos y las actitudes hacia el método. Resultados: La gran mayoría de usuarias presentó una actitud favorable (más del 70%) frente al uso del método. Según los resultados obtenidos en las pruebas de conocimientos, de las 14 preguntas de conocimientos, planteadas, en 6 de ellas no se encontró un aumento significativo de conocimientos, a pesar de que se les brindó la consejería. Conclusión: Los conocimientos adecuados y las actitudes positivas están asociados al tipo de consejería que se les brinda. No se encontró relación entre las actitudes y los conocimientos sobre el Acetato de Medroxiprogesterona. ⁽⁶⁾

Llactahuaman Cuchuñaua, S. 2012, Asociación entre el acetato de medroxiprogesterona y deseo sexual en usuarias de planificación familiar. Instituto Nacional Materno Perinatal, noviembre y diciembre 2012. Objetivo: Determinar la asociación entre el uso de Acetato de Medroxiprogesterona y el deseo sexual en usuarias del Servicio de Planificación Familiar del Instituto Nacional Materno Perinatal durante el periodo noviembre-diciembre del 2012. Materiales y métodos: Se trató de un estudio de casos y controles donde se asignaron 70 participantes: 35 con disminución del deseo sexual (casos) y 35 sin alteraciones del deseo sexual (controles) a las cuales se aplicó un formulario de recolección de datos y el instrumento Test del Deseo

Sexual Inhibido. Posteriormente se analizó vía estadística descriptiva e inferencial chi cuadrado y OR IC 95% para la determinación de la relación. Resultados: Se observó que el 60% de los casos y un 45.7% de los controles fueron usuarias del método anticonceptivo inyectable trimestral, y que la probabilidad de presentar problemas en el deseo sexual siendo usuaria del inyectable trimestral estudiado es 2 veces mayor que siendo usuaria de otros métodos anticonceptivos que no contienen hormonas (OR: 1,8 IC 95%:0,7 4,6), este dato resultó ser estadísticamente significativo ($p=0,001$). Conclusiones: Existe relación entre el uso de Acetato de Medroxiprogesterona y la disminución del deseo sexual. ⁽⁷⁾

Núñez Rodas, MA. 2012, Acetato de medroxiprogesterona y su relación con la obesidad en usuarias continuadoras. Hospital Regional Docente de Trujillo. enero – diciembre 2012. objetivo determinar la relación entre el uso del Acetato de medroxiprogesterona y la obesidad en usuarias continuadoras del Hospital Regional Docente de Trujillo desde enero a diciembre del 2012. Teniendo como metodología tipo de estudio no experimental, de diseño correlacional, siendo la muestra de 207 casos, se utilizó un protocolo en el cual se registró las variaciones del IMC en tres, seis, nueve y doce meses. Se concluye que el índice de masa corporal al inicio de la investigación fue normal con un 55.56% con 115 pacientes y el menor con un 0.48% con obesidad grado II, al final del año de uso el índice de masa corporal presento un ligero incremento de peso del 32.8% al 37.2% de igual modo en la obesidad de grado I del 4.8% al 8.2% y disminuyendo el IMC normal del 55.6% al 50.2%, el incremento de peso según el tiempo de uso se evidencio que la gran mayoría de IMC aumento en los 9 y 12 meses, excepto en obesidad I, la variación del peso en un año se observó que la mayoría bajaron más de 3 kg de peso, seguidos de las que se mantuvieron igual y por las que aumentaron de 1 a 2 kg. También se puede concluir que el mayor aumento de peso se da en las mujeres con IMC de bajo peso con 4.3 kg seguido de las mujeres con IMC normales con 2.6 Kg. Por lo tanto, concluimos que el uso del acetato medroxiprogesterona en usuarias continuadoras del Hospital Regional Docente tiene una relación con la obesidad, siendo el valor de $P < 0.001$. ⁽⁸⁾

NIVEL LOCAL

Por el tema de investigación ya mencionado no se han encontrado evidencias de estudios realizados anteriormente en la localidad.

2.2. BASES TEORICAS

➤ CONCEPTO GENERAL DE ANTICONCEPCIÓN HORMONAL

La anticoncepción hormonal utiliza la acción de las hormonas del aparato reproductivo para impedir el embarazo, ya que interfiere en la sincronización de los mecanismos de la ovulación, transporte tubárico, crecimiento y transformación endometrial y las modificaciones del moco cervical. Además, en la actualidad se dispone de diversas vías de administración (oral, vaginal, etc.) que facilitan la prescripción del anticonceptivo más adecuado para cada mujer.

La anticoncepción hormonal es un método anticonceptivo basado en el fenómeno de retroalimentación entre hipófisis y ovarios, de tal manera que al administrar hormonas habitualmente producidas por estos como las hormonas aportadas en pastillas son similares a las producidas por los ovarios durante el embarazo las células de la hipófisis frenan la producción de gonadotropinas pues es fisiológico que durante el transcurso de un embarazo el organismo de otro que no haya dos con diferente cronología.

Es conveniente conocer el mecanismo por el que esto sucede para de esta manera no olvidarlo. Ocurre que la dosis efectiva para frenar la hipófisis (al engañarla) es muy superior a la ingerida, pero esta actúa sucesivamente varias veces pues pasa de intestino a plasma, de plasma se elimina por bilis al intestino donde vuelve a ser absorbida hacia la sangre y vuelve a actuar. Ese ciclo llamado entero hepático necesita la presencia de bacterias inofensivas y necesarias en el colón. Si son eliminadas por los antibióticos, resulta que los anticonceptivos serán eliminados a través de las heces antes de haber actuado las suficientes veces, con lo cual se puede producir el embarazo por culpa de los antibióticos.

Las principales desventajas son los efectos secundarios como cefaleas y disminución de la libido y ya como contraindicación en mayores de 33 años (cifra variable según peculiaridades), sobre todo con tabaquismo concomitante, por el riesgo de patología vascular aguda.

Hay un grupo de preparados que por tener un bloqueante de los receptores androgénicos pueden tener un efecto beneficioso de forma secundaria en pacientes con acné, hirsutismo o alopecia androgénica, que también es posible en mujeres. ⁽⁹⁾

➤ **EFFECTOS GENERALES DEL ANTICONCEPTIVO HORMONAL**

Las acciones farmacológicas de los anticonceptivos hormonales, en especial las formulaciones combinadas afectan a varios órganos y tejidos del cuerpo. La anticoncepción hormonal es un método anticonceptivo basado en el fenómeno de retroalimentación entre hipófisis y ovarios, de tal manera que al administrar hormonas habitualmente producidas por estos, tales como las hormonas aportadas en pastillas (que son similares a las producidas por los ovarios durante el embarazo) las células de la hipófisis frenan la producción de gonadotropinas, pues es fisiológico que durante el transcurso de un embarazo el organismo evite el inicio de otro para que no haya dos con diferente cronología.

EFFECTOS SOBRE LOS ÓRGANOS SEXUALES FEMENINOS

- Ovario: causa hipotrofia.
- Epitelio vaginal: causa una disminución en el índice de maduración epitelial.
- Útero: produce hipotrofia del endometrio y sus glándulas. Puede causar la aparición de pólipos cervicales.
- Cuello uterino: Produce hipotrofia de la mucosa cervical con potencial de secreción endocervical anormal.
- Senos: Ligera hipertrofia, estimulación y disminución de la secreción láctea.

EFFECTOS SOBRE EL SISTEMA ENDOCRINO

Sobre el sistema endocrino, las hormonas anticoncepción tienen acción anovulatoria, inhibición de la secreción de FSH y anulación del crecimiento folicular, inhibición de la secreción de LH y anulación de la estimulación ovulatoria, incremento de la actividad de la renina plasmática y la aldosterona, aumento de la concentración de globulina α_2 transportadora de cortisol e incremento de la globulina transportadora de tiroxina.

EFFECTOS SOBRE LA SANGRE

- Aumento de la concentración de los factores de la coagulación I, VII, VIII, IX y el factor X de coagulación.
- Disminución de los niveles de antitrombina III.
- Ligero incremento del hierro en la sangre y de la transferina.
- Deficiencia del ácido fólico con el uso prolongado de las hormonas anticonceptivas.

EFFECTOS METABÓLICOS

- Disminución de la tolerancia de glucosa.
- Ligera disminución de los niveles de triglicéridos y de las Lipoproteína de baja densidad (LDL)
- Leve retención de agua y sodio.

EFFECTOS CARDIOVASCULARES

- Moderado incremento del gasto cardiaco.
- Leve incremento en la tensión arterial.⁽¹⁰⁾

➤ FUNCIONAMIENTO

Se utilizan estrógenos por vía oral, pero en el caso del mestranol debe metabolizarse a etinil estradiol para poder actuar. Debido a los efectos secundarios importantes que tienen se ha estado investigando el uso de menor dosis de estrógeno; el problema es que, a dosis bajas, su acción proliferativa sobre el endometrio puede ser insuficiente. Se considera que preparados con dosis de 50 mg de etinil estradiol son dosis elevadas con alto riesgo y deben utilizarse de forma excepcional. Los preparados modernos contienen 30 mg de etinil estradiol con una disminución del riesgo de hiperestronismo, aunque pueden producir sangrados endometriales extemporáneos.

En cuanto a los gestágenos, se usa la 19-nor-testosterona y en algunos casos el acetato de ciproterona. Durante un tiempo se usaron los preparados secuenciales, donde el preparado inicialmente tenía estrógenos y luego debían usarse los gestágenos, pero esto provocaba a veces fenómenos de escape y había ovulaciones. Los actuales son preparados multifásicos, las dosis de estrógenos y gestágenos combinadas varían a lo largo del ciclo.

LA ACCIÓN ANOVULADORA

Se realiza inhibiendo la acción de las gonadotropinas al actuar sobre la hipófisis y el hipotálamo. El progestágeno suprime la secreción de LH (hormona luteinizante) evitando la ovulación, mientras que la del estrógeno suprime la de FSH (hormona folículo estimulante), con lo que se evita la selección y emergencia del folículo dominante. El estrógeno tiene otras dos acciones, colabora a que se establezca el endometrio evitando una descamación irregular con sangrado intermensual, y potencia también la acción del gestágenos permitiendo reducir su dosis. Dado que el efecto del progestágeno domina sobre el del estrógeno, se manifestará sobre el endometrio con una disminución del glucógeno de la célula endometrial, decidualización y atrofia que impiden la supervivencia del blastocito en la cavidad uterina.

EL MOCO CERVICAL

También se afecta, es más espeso y hostil a la penetración por el espermatozoide, y quizás en las trompas aparezcan anomalías en la secreción y el peristaltismo. A pesar de todo no se produce una situación hipoestrogénica, porque los estrógenos circulantes se mantienen en unos niveles similares a los de la fase folicular precoz del ciclo menstrual normal. La tasa anual de fracasos está entre el 0,1 y el 3%. Los fracasos se relacionan con el hecho de diferir la toma del preparado más allá de los 7 días señalados, o bien de olvidar seguir el tratamiento, lo que permite que el ovario escape a la supresión. ⁽¹¹⁾

➤ RIESGOS

Los anticonceptivos orales tienen un riesgo cardiovascular confirmado. El componente estrogénico sería el responsable de la producción de trombosis venosas, al producir un aumento del fibrinógeno. Los gestágenos tienen efecto aterogénico por el aumento de la LDL-c y descenso de la HDL-c, así como un aumento de la resistencia a la insulina. En las fumadoras las complicaciones cardiovasculares son más manifiestas. Los preparados actuales con dosis más bajas han minimizado el peligro, y aunque el riesgo trombótico aumenta con la edad, sigue siendo bajo en comparación por ejemplo con el del embarazo. Los preparados con 30 mg de estrógenos no modifican los parámetros de la coagulación, pero se acepta que las

fumadoras mayores de 35 años no deben tomar anticonceptivos orales. Los nuevos progestágenos con menor actividad androgénica pueden tener una acción favorable sobre los lípidos e incluso puede que protejan del riesgo cardiovascular.

El uso de estrógenos orales (anticonceptivos) padeciendo la enfermedad del Factor V de Leiden heterocigótica multiplica por 35 la posibilidad de sufrir procesos tromboembólicos (la probabilidad de padecer este tipo de complicaciones sin el uso de estrógenos está multiplicada por 7 en este tipo de enfermos, si la mutación es homocigótica dicha probabilidad está multiplicada por 80)

Otro problema de los anticonceptivos orales es la aparición de hipertensión arterial, reversible al dejar el tratamiento. Se debe al aumento del angiotensinógeno plasmático. Los preparados actuales con menos dosis tendrían un efecto mínimo, aunque debe ser vigilado periódicamente. La hipertensión influiría en el riesgo de infarto (IAM), y en pacientes con reserva cardíaca marginal no debe usarse este método porque pueden precipitarse los accidentes por la retención de líquidos.

Los gestágenos disminuyen la tolerancia a la glucosa, elevando los niveles de insulina y glucosa, por aumento de la resistencia periférica a la acción de la insulina. Con los preparados actuales estos cambios son mínimos e incluso en pacientes de riesgo, no producen un aumento de diabetes mellitus. En las pacientes diabéticas hay que tener en cuenta el riesgo de trombosis, aunque hasta los 35 años el riesgo es mínimo y pueden usar estos preparados con dosis bajas.

Los estrógenos aumentan la HDL-c y los progestágenos la LDL-c, en consecuencia, los efectos dependerán de las dosis que se utilicen. Actualmente como se usan dosis bajas, los cambios no tienen mucha importancia clínica.

Gran parte de los efectos secundarios de los anticonceptivos orales tienen que ver con una modificación en los niveles de las enzimas hepáticas. Los estrógenos producen un aumento en la síntesis proteica. La ictericia colestásica y el prurito son complicaciones ocasionales cuando las dosis usadas son altas. La única contraindicación absoluta de causa hepática sería la colestasis aguda o crónica además de una grave insuficiencia. Tras

una hepatitis recuperada de la fase aguda, pueden usarse los anticonceptivos. Se han referido aumento de los cálculos biliares el primer año en mujeres susceptibles. El mecanismo parece derivar de la alteración en la composición de la bilis por la elevación en la saturación del colesterol debido al efecto estrogénico.

Tiene un efecto protector frente al cáncer endometrial reduciendo el riesgo en un 50%, y persistiendo su efecto durante 15 años o tras el tratamiento. También frente al cáncer de ovario, suponiendo una reducción del 40% en la incidencia y manteniendo su efecto al menos de 10 a 15 años tras el tratamiento. Aumento del riesgo de displasias y carcinoma in situ de cuello uterino, aunque no ha sido del todo confirmado, pero se recomienda realizar las citologías cérvico-vaginales en todas las usuarias de anticonceptivos.

Pueden surgir adenomas hepatocelulares producidos por los esteroides, no son malignos, pero están relacionados con el riesgo de hemorragia. Se relacionan con la duración del tratamiento, y regresan al suspender éste.

En cuanto al cáncer de mama, su relación no ha sido aclarada. Se confirma su influencia protectora sobre la patología benigna de la mama. Su papel en el cáncer de mama podría limitarse a acelerar el crecimiento o a facilitar el diagnóstico precoz por la mayor vigilancia a la que están sometidas siempre las mujeres que toman los anticonceptivos. Actualmente se puede decir que el uso del anticonceptivo durante la edad reproductora no se asocia a un aumento significativo del riesgo de aparición de cáncer de mama por encima de los 45 años, aunque puede haber un grupo de jóvenes que, si han iniciado el tratamiento precozmente y lo han mantenido más de 4 años, tendrán un ligero incremento del riesgo de presentar cáncer de mama antes de los 45 años.

De los otros cánceres, el melanoma ha mostrado alguna relación epidemiológica con el anticonceptivo, pero su mayor factor de riesgo sigue siendo el sol. Los micros adenomas hipofisarios no se modifican con el tratamiento.

Si se produce la ingestión en la fase inicial del embarazo, porque la mujer no sabe que está embarazada, puede haber riesgo de anomalías congénitas significativas, pero no van a superar la tasa observada.

Una vez que dejan de tomarse los anticonceptivos, se vuelve a la situación previa al tratamiento, aunque la posibilidad de embarazo puede ser menor en los primeros meses hasta alcanzar la normalidad. Los primeros ciclos menstruales pueden prolongarse y si hay embarazo puede existir confusión sobre la duración de éste. En los embarazos subsiguientes a la supresión del tratamiento, no hay modificaciones en las tasas de abortos, anomalías fetales o relación varón/hembra, ni aumento de los embarazos múltiples. ⁽¹²⁾

➤ **UTILIZACIÓN Y CONTROLES**

El preparado elegido deberá proporcionar una anticoncepción efectiva con el mayor margen de seguridad posible. La dosis de estrógeno debe ser menor de 50 mg, y el gestágenos debe ser multifásicos.

Los anticonceptivos orales combinados se administran en ciclos de 4 semanas mediante ingestión diaria del preparado durante 3 semanas seguidas con la 4ª semana de descanso para que ocurra la menstruación.

Para que la anticoncepción sea efectiva, debe tomarse por primera vez, el primer día de la menstruación. Ocasionalmente pueden realizarse otras pautas, si se quiere adelantar la menstruación, dejar de tomar algunas pastillas últimas o si se quiere aplazar su llegada, seguir con el tratamiento 42 días para aplazar su llegada. No es necesario intercalar ningún ciclo de descanso porque no mejora los efectos secundarios y aumenta el riesgo de embarazo. Si se olvida una toma, debe ingerirse el comprimido lo antes posible. Si se olvidan dos tomas y corresponden a las dos primeras semanas, hay que tomar dos píldoras en cada uno de los días siguientes y si corresponden a las últimas semanas, o el olvido es más largo, es mejor considerar ese periodo de descanso y reiniciar la toma de un nuevo ciclo a los 7 días.

En mujeres jóvenes, sanas y sin riesgos, se realizará un control anual que incluya anamnesis, toma de tensión arterial, analítica de orina, palpación de hígado, exploración ginecológica y mamaria y citología cérvico-vaginal.

Como pruebas bioquímicas se realizarán: perfil lipídico, glucemia y medición de antitrombina III al menos una vez y no es necesario repetirlo salvo en circunstancias de riesgo.

Si hay factores de riesgo, los controles se realizarán con más frecuencia además de los específicos para cada caso.

El primer control se realizará a los 3 meses de iniciar el tratamiento, para reevaluar a la paciente y ayudar a despejar dudas.

Un problema es el comienzo de la toma de la píldora después de un parto o un aborto. En principio no debe iniciarse antes de las 4 semanas por el riesgo trombótico, además durante ese periodo la posibilidad de embarazo es menor. La toma de anticonceptivos en el periodo posparto disminuye la cantidad y calidad de leche materna porque el estrógeno inhibe la acción de la prolactina sobre los receptores mamarios. Posiblemente sea mejor recurrir a otro método anticonceptivo.

➤ EFECTOS COLATERALES

Se puede producir un sangrado intermensual que a veces preocupa a la mujer, especialmente en los primeros meses, y que no se correlaciona con un descenso en la eficacia anticonceptiva. Si ocurre cerca del final del ciclo de tratamiento, es útil suspender éste y comenzar otro a los 7 días. Si se prolonga o se agrava debe reajustarse la dosis o las combinaciones por un facultativo especialista.

La amenorrea que se produce en algunas mujeres se debe a que el bajo contenido estrogénico es incapaz de estimular el crecimiento endometrial, y ocurre en menos de un 1% de mujeres el primer año alcanzando hasta el 5% en varios años. No es peligrosa ya que nunca se produce una atrofia permanente, pero preocupa a la mujer por una posible gestación, que debe ser descartada con la toma de la proteína b-hCG para reanudar la toma.

Otro efecto colateral es el aumento de peso, principalmente problema de percepción personal ligado al estilo de vida y para cuya reducción lo mejor es la dieta y el ejercicio.

La presencia de edemas, hinchazón, pesadez de piernas y tensión mamaria se achacaría al exceso de estrógenos, mientras que el cansancio, la depresión y la ocasional pérdida de la libido se deberían a los gestágenos.

Se ha manifestado cuando se usan dosis más elevadas, la presencia de cloasma, seborrea e hipertriosis que con los preparados actuales no sólo no suelen aparecer sino que además mejoran el acné.

Se han documentado aumentos en el trombo embolismo e hipercoagulabilidad de quienes toman anticonceptivos hormonales,

trombosis arterial, trombosis venosa profunda, tromboflebitis superficial y embolismos.

A veces debe excluirse la vía oral por presencia de vómitos o mucositis, se puede usar como alternativa la vía vaginal de dos pastillas diarias.

La interacción con otros medicamentos es muy importante porque comprometen la eficacia de anticonceptivo: rifampicina, fenobarbital, primidona, carbamazepina, etosuximida y griseofulvina entre los más importantes. Además se conoce que los anticonceptivos orales potencian la acción del diazepam, clordacepóxido, teofilina y los antidepresivos tricíclicos. A la inversa, las usuarias de los anticonceptivos pueden requerir mayores dosis de aspirina y paracetamol. ⁽¹³⁾

➤ **CONTRAINDICACIONES**

ABSOLUTAS

- Tromboflebitis, cuadros tromboembólicos, ACVA (accidentes cerebrovasculares agudos) y oclusiones coronarias y antecedentes de cualquiera de ellos o situaciones que predispongan a enfermedad arterial o venosa.
- Cefalea migrañosa que pueda asociarse a riesgo de ACVA, por lo que en su forma clásica se contraindica el uso del anticonceptivo o se suspende su administración ya iniciada.
- Sangrado vaginal de origen no aclarado.
- Cáncer de mama diagnosticado o sospecha del mismo.
- Embarazo o sospecha del mismo.
- Fumadoras mayores de 35 años.
- Hepatopatías hasta que no se normalice el perfil hepático.

➤ **RELATIVAS**

Hipertensión. Pueden tomarlo las menores de 35 años con tensión controlada por medicación si no hay otra patología y no fuman.

Cardiopatía congénita o valvulopatía cuando la lesión predisponga a trombosis o la reserva cardíaca esté comprometida.

Prolapso de la válvula mitral. Pueden usarlo las no fumadoras y asintomáticas. No pueden usarlo las que fibrilen, tengan migrañas o anomalías de la coagulación.

Hiperlipemia. Sólo contraindicación absoluta si los triglicéridos son muy altos, o hay vasculopatía u otro factor de riesgo. Debe vigilar el perfil lipídico. Cefalea migrañosa en formas leves, pueden tomar preparados en dosis bajas y con vigilancia.

Ictericia obstructiva en el embarazo. Pueden usarlo a dosis bajas porque no todas desarrollan cuadro de ictericia.

Epilepsia. Los fármacos antiepilépticos disminuyen la eficacia del anticonceptivo.

Cirugía electiva. La supresión del tratamiento es menos imprescindible con las dosis bajas.

Diabetes Mellitus. Puede usarse si no presenta vasculopatía, es menor de 35 años y no fumadora, porque es mejor prevenir el embarazo que el pequeño riesgo de vasculopatía. La gestacional sólo requiere control.

Alteraciones hemorrágicas. Las mujeres con anticoagulación o si presentan diátesis pueden usarlos con controles adecuado porque se evitan las hemorragias de cuerpo lúteo y disminuye el sangrado menstrual.

Anemia de células falciformes. El pequeño riesgo de trombosis puede tener menos valor que la eficacia de la anticoncepción.

Colecistopatías. Los anticonceptivos pueden acelerar la notoriedad clínica y precipitar el ataque si hay cálculos.

Miomas uterinos. Las dosis bajas no favorecen el crecimiento del mioma y disminuyen la cuantía del sangrado.

Fumadoras. Por el riesgo cardiovascular, sólo las menores de 35 años se incluyen aquí usando dosis bajas. ⁽¹⁴⁾

➤ EFECTOS BENEFICIOSOS

EFECTO ADICIONAL A LA TOMA DEL ANTICONCEPTIVO

- Anticoncepción eficaz
- Menor incidencia de embarazo ectópico.
- Menor incidencia de cáncer de ovario y endometrio.
- Prevención de infección tracto genital. La toma mínima de 12 meses reduce el riesgo de hospitalización por EIP (enfermedad inflamatoria pélvica) en 50-60% por su efecto sobre el moco cervical junto a la disminución del sangrado menstrual.

- Menor incidencia de salpingitis.
- Menor incidencia de artritis reumatoide.
- Menstruaciones menos abundantes y dolorosas.
- Menor incidencia de anemias.
- Disminuye la enfermedad benigna mamaria.
- Disminuye los quistes de ovario.
- Aumento en la densidad ósea.
- Disminuye la endometriosis.

EFFECTO POR SU USO COMO AGENTE TERAPÉUTICO

- Tratamiento de hemorragias funcionales.
- Tratamiento de la dismenorrea.
- Profilaxis de la endometriosis.
- Tratamiento en la ovulación dolorosa.
- Tratamiento del acné.
- Tratamiento del hirsutismo.
- Tratamiento de la amenorrea hipotalámica.
- Prevención de la porfiria menstrual.
- Control de las metrorragias.
- Tratamiento del quiste ovárico funcional.
- Tratamiento del síndrome premenstrual.

➤ **TIPOS DE ANTICONCEPCIÓN HORMONAL:**

A) INYECTABLES DEPOT COMBINADOS

Son preparados para la administración parenteral mediante una única inyección mensual. Tiene ventajas por su comodidad, pero tiene el problema de las diferencias individuales en cuanto a la metabolización, lo que puede modificar su eficacia y provocar aparición de alteraciones menstruales. Uno utilizado en España es el que lleva 10 mg de enantato de estradiol y 150 mg de acetofenido de algestona.

B) GESTÁGENOS ORALES EN DOSIS BAJAS CONTINUAS

Llamada anticoncepción con mini píldora. Utiliza pequeñas dosis de progestágenos tomadas diariamente de forma ininterrumpida. Los preparados suelen contener 0,30-0,35 mg de norgestrel, 0,075 de

Levonorgestrel, 0,5 de linestrenol o bien 0,5 de diacetato de dietinodol, que en España no se comercializan.

Por su baja dosis sólo actúan sobre el endometrio y el moco cervical impidiendo el ascenso de los espermios. Las ovulaciones se mantienen en el 40% de los casos y no hay efectos metabólicos significativos. Su tasa de fallos es de 1,1-9,6 por cada 100 mujeres en el primer año de uso. No aumenta la tasa de embarazos ectópicos y si hay gestación tiene menos riesgo de ser ectópico que sin la administración del gestágenos.

Se debe tomar el primer día del ciclo. El inconveniente es que hay que asociar otro método si se aplaza la toma diaria más de 3horas, además de la frecuente producción de sangrados irregulares. Su máxima utilidad se ha visto en el periodo de lactancia o en las mujeres mayores de 40 años, también cuando estén contraindicados los estrógenos o cuando los preparados combinados disminuyan la libido.

Las contraindicaciones incluyen a las pacientes tratadas con rifampicina, fenobarbital, fenitoína, primidona, carbamazepina, etosuximida y griseofulvina.

C) IMPLANTES SUBDERMICOS DE PROGESTÁGENOS

El Norplant es el más difundido y consiste en 6 cápsulas de silastic de 2,4 mm de diámetro y 34 mm de largo cada una, que contienen 36 mg de Levonorgestrel. Su actividad se mantiene durante más de 5 años de uso.

Se colocan en la grasa subcutánea de la cara interna del brazo o antebrazo a través de una incisión de 5 mm previa anestesia local. Liberan 80 mg/día de Levonorgestrel durante los primeros 6 – 12 meses, que desciende a 50 mg/día a los 9 meses y a 30 mg/día al cabo de un tiempo.

Su mecanismo de acción es múltiple. Sobre el hipotálamo y la hipófisis suprime el pico preovulatorio de LH, aunque el 30% de los ciclos permanece ovulatorios, por lo que la impermeabilización del moco cervical y la supresión de la maduración endometrial parecen ser más importantes. No interfiere en la lactancia.

Además de la ventaja de la longevidad del método y su independencia del coito, se relaciona con una baja tasa de fracasos (0,01-0,2 embarazos por 100 mujeres/año de uso). También son ventajas la rápida reversibilidad, la ausencia de cambios metabólicos significativos y la carencia de estrógenos.

Los inconvenientes son las alteraciones menstruales que se producen en el 80% de las usuarias, las alteraciones derivadas de la colocación del implante y algunas molestias como el acné, el aumento de peso y la cefalea.

CONTRAINDICACIONES ABSOLUTAS

- Tromboflebitis y enfermedad tromboembólica.
- Hepatopatía aguda.
- Tumores hepáticos benignos y malignos.
- Cáncer de mama diagnosticado o sospechoso.
- Cualquier sangrado genital no diagnóstico.

CONTRAINDICACIONES RELATIVAS

- Fumadoras Mayores De 35 Años.
- Antecedentes De Embarazo Ectópico.
- Diabetes Mellitus.
- Hipercolesterolemia.
- Colecistopatía.
- Alteraciones Inmunitarias.
- Acné.
- Depresión.
- Cefalea Vascular Intensa.
- Hipertensión.
- Antecedentes De Cardiopatía, Coronariopatía, Valvulopatía Y Vasculopatías.

D) INYECCIÓN DEPOT DE PROGESTÁGENOS

El más difundido contiene 150 mg de acetato de medroxiprogesterona en forma de microcristales en solución acuosa, y mantiene su eficacia anticonceptiva durante un mínimo de 14 semanas con una tasa de fracasos de 1 embarazo por cada 100 mujeres/año al cabo de 5 años de uso.

Su acción, además de realizarse sobre el moco cervical y el endometrio, se produce al inhibir la ovulación por bloqueo del pico de LH. No se suprime la FSH, por lo que hay crecimiento folicular que produce unos niveles mínimos de estrógenos.

Se administra en los primeros 5 días del ciclo menstrual por inyección intramuscular que se repite cada 3 meses.

Tiene la ventaja de que no precisa de una colaboración especial de la mujer, por lo que es ideal para mujeres desorganizadas o para las que sufren algún tipo de retraso mental. Útil también en las epilépticas y durante la lactancia. También puede beneficiarse las mujeres con cardiopatía congénita, anemia falciforme, antecedentes de tromboembolismo, fumadoras mayores de 30 años y siempre que se desee evitar el uso de estrógenos.

Entre los inconvenientes se encuentran: sangrados intermensuales que se presentan en el 70% de las usuarias en el primer año, aunque va disminuyendo con los años, de tal forma que el 80% son amenorreicas a los 5 años. Otros efectos son mastalgia, aumento de peso y depresión. Tras la supresión del tratamiento, el 50% normalizan la menstruación antes de 6 meses. La posibilidad de embarazo se recupera con cierto retraso.

Los efectos metabólicos son mínimos. No se altera el metabolismo hidrogenocarbonato ni los factores de la coagulación. Conviene estudiar el perfil lipídico anualmente. Si hay embarazo, no se han confirmado efectos teratógenos. Tampoco posee efectos cancerígenos y protege frente al cáncer de endometrio.

Son contraindicaciones absolutas el embarazo y sangrado genital no aclarado. Son contraindicaciones relativas: la hepatopatía, el cáncer de mama, la depresión y las enfermedades cardiovasculares graves.

Dentro de este grupo de anticonceptivos cabe citar los preparados inyectables depot que contienen enantato de noretindrona, solo o asociado a estrógenos.

E) PÍLDORAS ANTICONCEPTIVAS

Es uno de los métodos más utilizados en el mundo, Vienen por dosis de 21 o de 28 pastillas. La primera pastilla se toma el primer día de la

menstruación o sangrado, posteriormente, se toma una diaria a la misma hora que la anterior, de preferencia por las noches, durante 28 días si el empaque trae 28 pastillas, y durante 21 si el empaque tiene 21 pastillas, durante la última semana se espera el sangrado o menstruación.

Ventajas: son de fácil acceso; las puedes conseguir de forma gratuita en cualquier centro de salud, y tienen una alta eficacia anticonceptiva del 99 %, además de que en la actualidad los efectos secundarios son muy leves en la mayoría de las mujeres, incluyendo las jóvenes se pueden adaptar fácilmente a ellas.

Desventajas: Es necesario desarrollar el hábito de ingerir una pastilla de manera cotidiana. Los métodos anticonceptivos hormonales pueden ser contraindicados para algunas mujeres, por eso es importante que antes de utilizarlos se realice un examen médico.

F) INYECTABLES

Se aplica una inyección cada 30 días, la primera debe ser el primer día del sangrado y de ahí en adelante repetir la dosis cada 30 días, puedes aplicarla tu misma en forma intramuscular, algunas vienen en jeringas precargadas.

Ventajas: Actualmente los anticonceptivos inyectables en forma de inyección son combinados y tienen bajo contenido de estrógeno y progestina, lo que hace que sean menores los efectos secundarios. Se pueden conseguir y colocar de forma gratuita en cualquier centro de salud. Tiene una efectividad del 99 %.

Desventajas: Los métodos anticonceptivos hormonales pueden ser contraindicados para algunas mujeres, por eso es importante que antes de utilizarlos se realice un examen médico.

G) ANILLO O ARO ANTICONCEPTIVO

Se coloca en el fondo de la vagina y libera de forma continua el estrógeno y progestina que inhibe la ovulación y modifica las características del moco cervical, lo que no permite que exista la fecundación, es un aro flexible de 5 cm. de diámetro aproximadamente y 4 mm. De grosor.

Ventajas: Aplicado de manera adecuada no causa ninguna molestia, se aplica una vez al mes y se deja ahí durante 3 semanas al final de la

última se retira, habrá una semana de descanso en la que se espera la menstruación.

Desventajas: Puede causar mayores efectos secundarios o molestias que las píldoras hormonales. Es de alto costo.

H) EL ANTICONCEPTIVO ORAL CON SOLO PROGESTERONA.

La mini píldora, puede inhibir también la ovulación, pero sobretodo actúa dificultando la progresión de los espermatozoides y evitando la implantación. Debe tomarse un comprimido diario sin descanso, y tiene las ventajas de poder administrarse a mujeres que tienen contraindicación de la toma de estrógenos, como las mujeres que están lactando. Como desventaja más importante tienen el hecho de poder producir menstruaciones irregulares o pérdidas intermenstruales.

I) LA PÍLDORA DEL DÍA SIGUIENTE O ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA

Es un método anticonceptivo indicado como método excepcional en caso de fallo del método habitual. Su efectividad es del 85% aproximadamente, mayor si se toma antes de las 12 horas tras la relación sexual y no es efectiva después de 72 horas tras la relación. No es un tratamiento abortivo, sino que su mecanismo de acción suele ser por el retraso de la ovulación o bien por la dificultad en la implantación. En caso de fallo no es dañino para el feto. ⁽¹⁵⁾ ⁽¹⁶⁾

➤ AMENORREA:

La amenorrea es la ausencia de la menstruación porque nunca comenzó o porque se interrumpió posteriormente. Puede ser normal (fisiológica) o ser indicativo de enfermedad (patológica). En este último caso, la amenorrea no es el diagnóstico, sino que es un síntoma de una enfermedad anatómica, genética o neuroendocrina.

CLASIFICACIÓN

Según el periodo de instauración y su fisiopatología se clasifican en tres grupos.

- Amenorrea fisiológica.
- Amenorrea primaria.
- Amenorrea secundaria.

a) AMENORREA FISIOLÓGICA

La falta de la menstruación es fisiológica:

Antes de la pubertad: la menarquia (primera menstruación) suele tener lugar entre los 10 y 14 años.

EN EL EMBARAZO: la amenorrea siempre está presente en el embarazo. Por ello, en una mujer joven, hasta entonces bien menstruada, con amenorrea de pocos meses y que mantiene relaciones sexuales sin practicar la anticoncepción debe considerarse el embarazo como posible causa etiológica.

EN LA LACTANCIA: la amenorrea que se produce durante la lactancia es de origen hipotálamo-hipofisario y es de duración variable. El endometrio no crece ni se desarrolla debido a una disminución en la producción de estrógenos y progesterona. Esto se debe a que junto a la liberación de prolactina hay una disminución de la liberación de gonadotropinas no se produce la maduración de los folículos ováricos. Posterior a la menopausia que se presenta normalmente entre los 45 y 55 años. Se debe a que el ovario pierde funcionalidad. Comienza a darse cuando la secreción hormonal deja de ser rítmica.

b) AMENORREA PRIMARIA

Se considera amenorrea primaria a todos los casos en que la menarquia no haya tenido lugar antes de los 16 años (el 97% de las mujeres tienen la menarquia antes de los 15 años y medio) o antes de los 14 años si no tiene caracteres sexuales secundarios.

La amenorrea primaria se presenta cuando hay una alteración en el funcionamiento normal de los ovarios y se manifiesta por retraso en la menarquia, o sea en la primera menstruación, existiendo aparición de los caracteres sexuales secundarios, que son el brote del vello púbico y en axilas, desarrollo de las mamas o pechos y falta de definición en la estructura corporal femenina, como cintura, caderas.

Esto se origina por la falta de producción de hormonas como la progesterona, estrógenos, andrógenos y corticoides o por la presencia de quistes en los ovarios. También puede ser ocasionada por el desarrollo anormal del útero y la vagina o por la presencia de

un himen no perforado y muy cerrado, que dificulte la eliminación del flujo sanguíneo.

c) AMENORREA SECUNDARIA

Se define clásicamente amenorrea secundaria, como la ausencia de menstruación durante tres meses o más en mujeres que previamente han menstruado, sin embargo, para efectos de diagnóstico y tratamiento esta clasificación no es muy útil. ⁽¹⁷⁾

ÍNDICE DE MASA CORPORAL

El índice de masa corporal (IMC) es una medida de asociación entre el peso y la talla de un individuo, por lo que también se conoce como índice de Quetelet.

Se calcula según la expresión matemática:

$$\text{IMC} = \frac{\text{masa}}{\text{estatura}^2}$$

Donde la masa o peso se expresa en kilogramos y la estatura en metros, siendo la unidad de medida del IMC en el sistema MKS:

El valor obtenido no es constante, sino que varía con la edad y el sexo. También depende de otros factores, como las proporciones de tejidos muscular y adiposo. En el caso de los adultos se ha utilizado como uno de los recursos para evaluar su estado nutricional, de acuerdo con los valores propuestos por la Organización Mundial de la Salud. ⁽¹⁸⁾

➤ ANTICONCEPTIVO INYECTABLE TRIMESTRAL

Muchas personas conocen a la inyección trimestral con el nombre de medroxiprogesterona. Es una inyección intramuscular a base de hormonas que se aplica por el personal de salud cada 3 meses y que evita que el óvulo de la mujer madure y salga del ovario, al igual que las pastillas anticonceptivas.

Luego de usar el inyectable trimestral, la mayoría de las mujeres tienen cambios en sus períodos menstruales mientras usan medroxiprogesterona; inclusive sangrado o manchado irregular e impredecible o un aumento o disminución en su sangrado menstrual, o no menstrúan del todo. Después de un año de uso cerca de dos de cada tres mujeres no menstrúan del todo. La ausencia de los períodos no es

peligrosa y los períodos usualmente regresan a la normalidad después de que se interrumpe la medroxiprogesterona. Si ocurre un sangrado inusualmente fuerte o continuo la mujer debe visitar a su médico. Otros efectos secundarios posibles incluyen el aumento de peso, dolores de cabeza, nerviosismo, malestar abdominal, vértigo y debilidad o fatiga.

Tienen la ventaja de ser involuntarios y fáciles de manejar, preservando la privacidad del método anticonceptivo especialmente si la usuaria es escrupulosa a este respecto. En ambos casos existe el problema de que una vez inyectados no hay forma de retirarlo del organismo y se debe esperar el metabolismo total del medicamento: esto es un problema muy molesto en casos de alergias, dolores de cabeza, depresión, etc.

La medroxiprogesterona actúa como método anticonceptivo o de control de la natalidad (para evitar un embarazo no deseado). La medroxiprogesterona es un esteroide sintético (hecho en un laboratorio) que actúa como la hormona natural progesterona. La progesterona natural es indispensable para el funcionamiento normal del útero y del aparato reproductor. Esta inyección se debe usar únicamente como método anticonceptivo.

➤ **CONTRAINDICACIONES**

Necesita saber si usted presenta alguno de los siguientes problemas o situaciones:

- Alcoholismo o fumar tabaco
- Anorexia nerviosa o bulimia
- Asma
- Enfermedad de los huesos, como osteoporosis
- Enfermedad vascular, trastorno de coagulación o antecedente de derrame cerebral, ataque cardíaco o coágulos sanguíneos en los pulmones o las piernas
- Cáncer de mama
- Diabetes
- Enfermedad cardíaca, renal o hepática
- Niveles elevados de lípidos o colesterol en la sangre
- Alta presión sanguínea
- Infecciones por VIH o SIDA

- Depresión mental
- Migraña
- Convulsiones
- Sangrado vaginal
- Reacción alérgica o inusual a la medroxiprogesterona, otras hormonas, otros medicamentos, alimentos, colorantes o conservadores
- Si está embarazada o buscando quedar embarazada
- Si está amamantando a un bebé

EFFECTOS SECUNDARIOS DE MEDROXIPROGESTERONA

- Secreciones o sensibilidad de las mamas
- Entumecimiento o dolor de brazos o piernas
- Dolor en el pecho, entrepierna o piernas
- Dolor de cabeza severo
- Dolor estomacal, especialmente dolor severo del vientre
- Falta repentina de aliento
- Cansancio o debilidad inusual
- Problemas en la visión o el habla
- Color amarillento de los ojos o de la piel

Efectos secundarios que, por lo general, no requieren atención médica (debe informarlos a quien extiende sus recetas o a su profesional de la salud si persisten o si son molestos):

- Cambios en el deseo o la capacidad sexual
- Cambios en el sangrado vaginal
- Crecimiento de vello en el rostro
- Retención de líquidos e hinchazón
- Dolor de cabeza
- Aumento de la sudoración o sofocos
- Pérdida o aumento del apetito
- Cambios de estados de ánimo, ansiedad, depresión, frustración, ira o exaltación
- Dolor o picazón en el lugar de la inyección
- Erupción cutánea
- Molestias estomacales
- Aumento o pérdida de peso

- Infección micótica vaginal (irritación y flujo blanco) ⁽¹⁹⁾ ⁽²⁰⁾

AUMENTO O DISMINUCIÓN DE PESO

El peso de cada persona es el resultado de la interacción entre factores genéticos, metabólicos, la edad, los alimentos que ingerimos y el gasto de calorías que depende de la actividad física que tenemos.

Los anticonceptivos hormonales combinados con estrógenos y gestágenos en pastillas, parche en la piel o anillo vaginal no producen ningún cambio de peso al año de utilizarlos. Los primeros meses de su utilización, en algunas mujeres, puede haber un discreto aumento de peso, debido a una cierta retención de líquidos, que se normaliza a los pocos meses de utilizarlos. Estos anticonceptivos tienen una menor eficacia en mujeres con sobrepeso.

Los anticonceptivos hormonales con gestágenos solos en pastillas, implante debajo de la piel o con un dispositivo intrauterino no producen ningún cambio de peso al año de utilizarlos. También puede haber una discreta retención de líquidos, en algunas mujeres, con un aumento pequeño de peso que se normaliza a los pocos meses. Su eficacia no disminuye en mujeres con sobrepeso.

Los anticonceptivos hormonales con gestágenos solos en forma de inyección cada 3 meses se han relacionado con un aumento progresivo del peso de unos 5 a 6 kilos a los 3 años de utilizarlos. En mujeres adolescentes con sobrepeso el aumento de peso suele ser superior al de las que tienen peso normal. Este efecto no se ve en mujeres adultas. Su eficacia no disminuye en mujeres con sobrepeso.

Manejo de los efectos secundarios del Acetato de medroxiprogesterona: Como progestágeno, su principal efecto secundario es la irregularidad del ciclo manifestada durante los primeros meses como metrorragias de cantidad y duración variable. La mayoría de las mujeres entrarán en amenorrea después de varios meses de uso, pero hasta ese momento podría ser necesario intentar manejo farmacológico a las irregularidades menstruales si la mujer no las tolera: ⁽²¹⁾ ⁽²²⁾

Lo AINES han probado su efectividad para el control a corto plazo de estos sangrados irregulares y posiblemente deben ser la primera alternativa de manejo (Valdecoxib, ibuprofeno, ácido mefenámico u

otros). Se suministran a las dosis y con los esquemas usuales, por periodos de cinco a siete días. Se puede emplear estrógeno oral o en parches (estrógenos conjugados, estradiol), por periodos cortos de una a tres semanas, siempre y cuando la elección inicial del método no haya sido por contraindicación a éstos. Con igual consideración, se pueden emplear de uno a tres ciclos de anticonceptivos orales combinados.

Obviamente el empleo de otro progestágeno es inefectivo y no se recomienda disminuir el tiempo entre las dosis para tratar este problema. Cuando la mujer entra en amenorrea, lo más indicado es tranquilizarla, reafirmar que es un efecto esperado del método e idealmente no suministrar medicamentos para inducir la menstruación. ⁽²³⁾ ⁽²⁴⁾

La cefalea se presenta hasta en un 18% de las usuarias, principalmente al inicio del uso y va desapareciendo con el tiempo. Si persiste, se debe manejar igual que una cefalea tensional: analgésicos, técnicas de relajación y evitar los desencadenantes. Si se presenta después de un periodo importante asintomático de uso del AMP, se deben buscar otras causas. Los cambios en el peso pueden ser importantes en algunos casos, generalmente se presentan por modificaciones en el apetito inducidos por el medicamento, por lo tanto, se debe manejar con un control de la dieta y con incremento en el ejercicio. Igualmente, algunas pueden presentar acné, debido a la deficiencia relativa de estrógeno y la consiguiente disminución en la globulina transportadora de hormonas sexuales. También se maneja como se hace tradicionalmente, antes que pensar en el cambio de método. Con respecto a las náuseas, la sensación de distensión abdominal y el estreñimiento inducidos por la disminución de la motilidad gástrica, se recomienda incrementar la fibra y los líquidos en la dieta y el empleo de antiácidos. Por ser relajante del músculo liso, puede incrementar el calibre de las várices existentes en miembros inferiores o incluso generar algunas, lo cual se puede controlar con medias de gradiente de presión y periodos de elevación de las piernas. Algunas mujeres pueden llegar a tener niveles menopáusicos de estrógeno por el freno inducido por el AMP, lo que puede llevar a producir disminución de la libido, dispareunia, resequedad vaginal e incluso calores, los cuales se controlan con estrógenos. ⁽²⁵⁾ ⁽²⁶⁾

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

HORMONAS: Producto de la secreción de ciertas glándulas del cuerpo de animales y plantas que, transportado por la sangre o por la savia, regula la actividad de otros órganos.

PÍLDORAS: Porción de medicamento que se presenta en piezas de forma más o menos redondeada: el médico me ha recetado unas píldoras para el estómago. Anovulatorio con esa presentación: la píldora es uno de los métodos anticonceptivos más seguros.

INYECTABLES: Referido a una sustancia preparada para ser inyectada.

ANTICONCEPTIVOS: Se dice del medio, práctica o agente que impide el embarazo de una mujer: toma la píldora anticonceptiva. También se conoce como contraceptivo o contraconceptivo.

MEDROXIPROGESTERONA: Es una pregnano que actúa como una progestina, se utiliza clínicamente como un fármaco. Comparado con el MPA, la MP es aproximadamente 100 veces menos potente como progestina.

HIPÓFISIS: Glándula hormonal de secreción interna pequeña y rojiza, situada en la base del cráneo: la hipófisis controla la lactancia.

OVARIOS: Órgano esencial femenino de la reproducción sexual, en el que se origina el óvulo: los ovarios producen hormonas.

ÚTERO: Matriz, órgano en el que se aloja y desarrolla el feto durante la gestación.

CUELLO UTERINO: Es la porción fibromuscular inferior del útero que se proyecta dentro de la vagina, y es un componente anatómico exclusivo de la hembra de los mamíferos.

PROGESTERONA: Hormona sexual femenina producida por los ovarios cuya función es la preparación de la mucosa del útero para la implantación del óvulo fecundado: la progesterona activa la producción de leche durante la lactancia.

ESTRÓGENO: Hormona sexual femenina responsable de la formación de los caracteres sexuales secundarios.

ANTICONCEPCIÓN: Conjunto de métodos o procedimientos empleados para impedir el embarazo de una mujer: el uso del preservativo es un método

de anticoncepción. También se conoce como contracepción o contra concepción.

LACTANCIA: Periodo de la vida de los mamíferos en el que se alimentan solo de leche materna: durante la lactancia los cachorros dependen de su madre. Acción de mamar.

2.4. VARIABLES

2.4.1. VARIABLE DEPENDIENTE

- Conocimientos sobre efectos secundarios del anticonceptivo medroxiprogesterona

2.4.2. VARIABLES INDEPENDIENTES

- Grupos etarios
- Grado de instrucción
- Procedencia
- Tiempo de uso del anticonceptivo
- Estado civil

2.5. DIMENSIONES DE LA VARIABLE

2.5.1. DIMENSIONES DE LA VARIABLE DEPENDIENTE

Conocimientos sobre anticonceptivo hormonal medroxiprogesterona:
Nivel de conocimiento

2.5.2. DIMENSIONES DE LA VARIABLE INDEPENDIENTE

Grupos etarios: Edades

Grado de instrucción: Nivel de instrucción

Procedencia: Lugar de procedencia

Tiempo de uso del anticonceptivo: Tiempo

Estado civil: Condición conyugal

2.6. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO	NATURA LEZA	ESCALA	INDICADOR	INSTRU MENTO	FUE NTE
Conocimientos sobre efectos secundarios del anticonceptivo medroxiprogesterona VD	Grado de conocimientos sobre efectos secundarios del anticonceptivo hormonal medroxiprogesterona	Dependiente	Cualitativa	Ordinal	Alto Medio Bajo	Cuestionario	Usaria
Grupo etareo VI	Intervalo a que pertenece según su edad	Independiente	Cualitativa	Intervalo	18 a 21 años 22 a 25 años 26 a 29 años	Ficha de datos	Usaria
Grado de instrucción VI	Niveles de estudios	Independiente	Cualitativa	Ordinal	Primaria Secundaria Superior	Ficha de datos	Usaria
Procedencia VI	Lugar de donde proviene	Independiente	Cualitativa	Nominal	Rural Urbana	Ficha de datos	Usaria
Tiempo de uso del anticonceptivo VI	Tiempo que tiene de usuaria	Independiente	Cuantitativa	Discreta	< de 1 año De 1 año a más	Ficha de datos	Usaria

Estado civil VI	Condición marital	Independiente	Cualitativa	Nominal	Soltera Casada Divorciada Conviviente	Ficha de datos	Usaria
--------------------	-------------------	---------------	-------------	---------	--	----------------	--------

CAPITULO III

METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

3.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACION

3.1.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Estudio observacional no se intervino en las variables, transversal de una sola medida, prospectiva porque los datos se obtuvieron a propósito de la investigación y descriptiva por ser univariado

3.1.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Es de nivel descriptiva por tener una sola variable de estudio

3.1.3. MÉTODO

Inductivo al analizar cada componente de la población según sus características y llegar a una conclusión general

3.2. POBLACION Y MUESTRA DE LA INVESTIGACION

3.2.1. POBLACIÓN

Se trabajó con una población de 150 usuarias que son atendidas continuamente en el Centro de Salud de Casalla

3.2.2. MUESTRA

El tamaño muestral será calculado utilizando la formula siguiente:

$$n = \frac{Z^2 \times P \times Q \times N}{E^2 \times (N-1) + Z^2 \times P \times Q}$$

Donde:

N: Población (150)

Z: Grado de confiabilidad (1.96)

E: Error (margen de error) 0,5% (0.005)

P: Numero de éxitos (0.5)

Q: Numero de fracasos (0.5)

$$n = \frac{(1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5 \times 150}{(0.05)^2 \times (150-1) + (1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5}$$

$$n = \frac{3.8416 \times 0.5 \times 0.5 \times 150}{0.0025 \times 149 + 3.8416 \times 0.5 \times 0.5}$$

$$n = \frac{3.8416 \times 0.5 \times 0.5 \times 150}{0.0025 \times 152.8416 \times 0.5 \times 0.5}$$

$$n = \frac{144.06}{1.3329}$$

$$n = 108$$

3.3. TECNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

3.3.1. TÉCNICA

La encuesta que se realizó aplicando un cuestionario estructurado elaborado para tal fin

3.3.2. INSTRUMENTOS

Un cuestionario estructurado de respuestas cerradas que medió el nivel de conocimientos sobre los efectos de la medroxiprogesterona.

3.4. TÉCNICA DE ANÁLISIS DE DATOS

Los datos obtenidos a través del cuestionario y de la ficha de recolección de los datos independientes se tabularon en el programa estadístico para las ciencias de la salud SPSS v 23 de donde se obtuvieron las tablas descriptivas y para probar la hipótesis se empleó el chi cuadrado

CAPITULO IV
PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

TABLA N°1

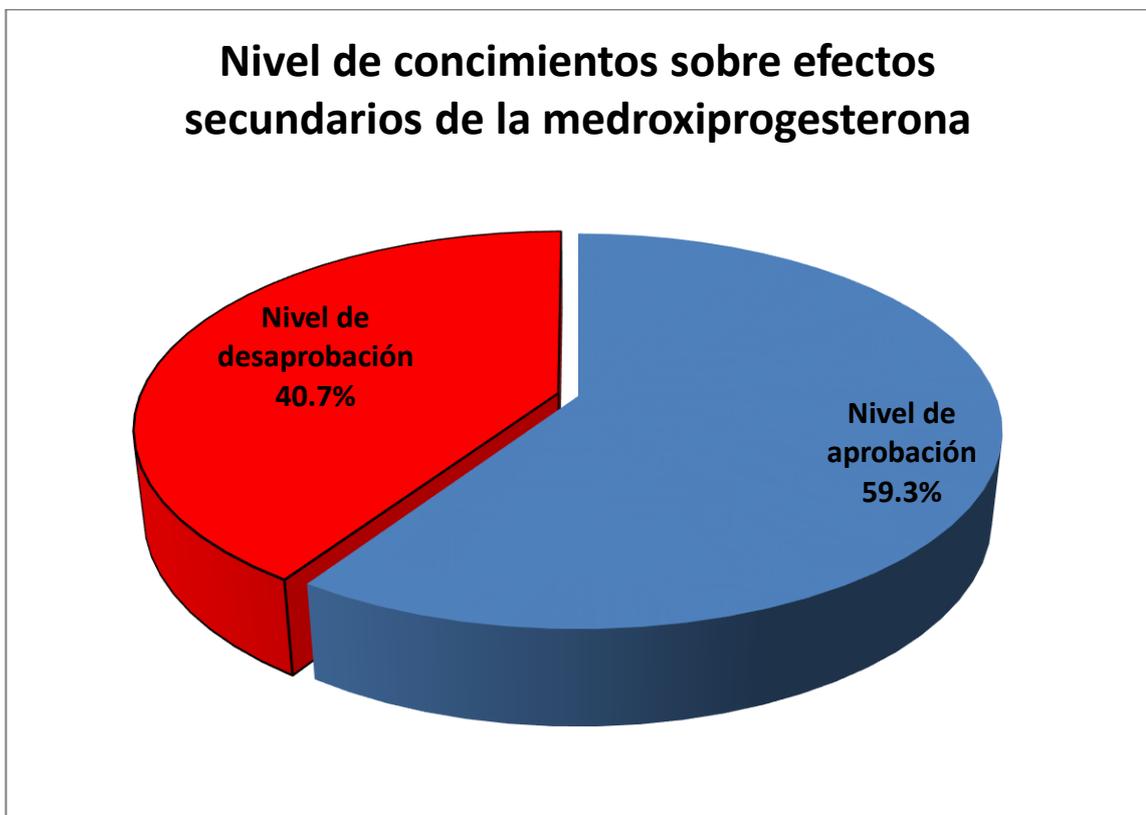
NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE LOS EFECTOS SECUNDARIOS DEL ANTICONCEPTIVO HORMONAL MEDROXIPROGESTERONA EN USUARIAS CONTINUADORAS DE 18 A 29 AÑOS

Muestra	Nivel de aprobación	Nivel de desaprobación
108	59.3%	40.7%

Fuente: Centro de Salud – Casalla

En una escala de 100% se encontró un nivel de conocimientos sobre los efectos secundarios de la medroxiprogesterona en las usuarias del 59.3% quedando un déficit de 40.7%.

GRÁFICO N°1



Fuente: Centro de Salud – Casalla

TABLA N°2

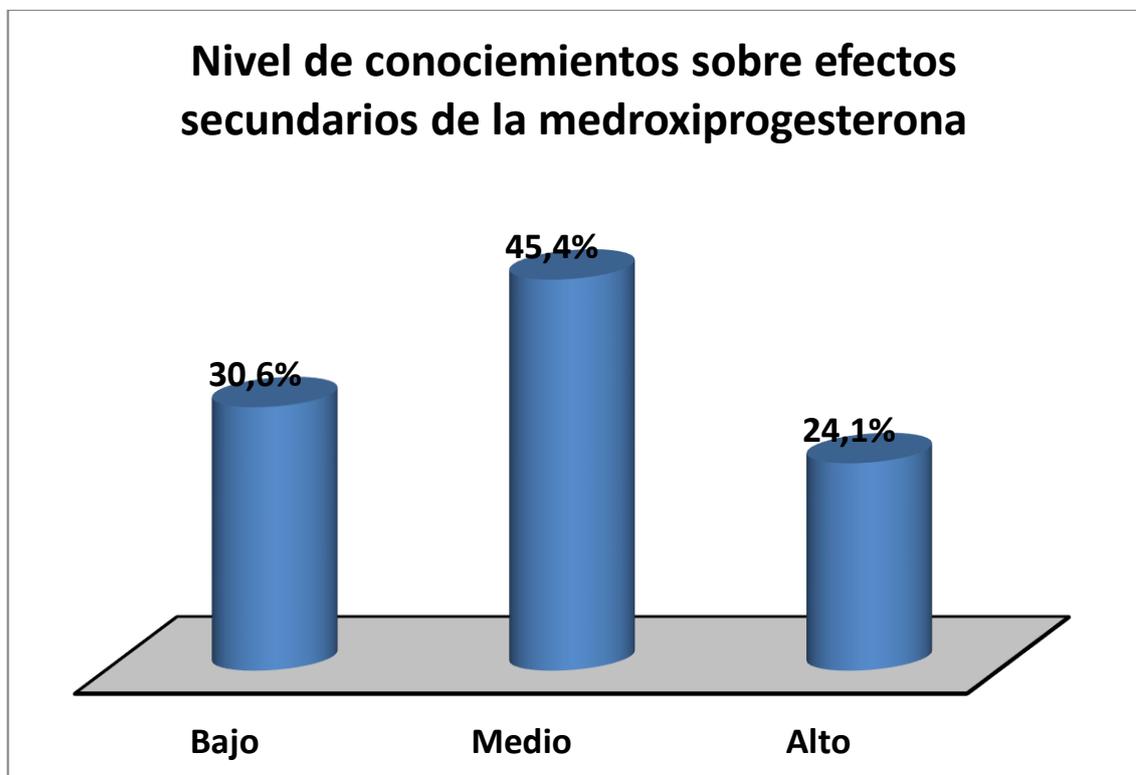
NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE LOS EFECTOS SECUNDARIOS DEL ANTICONCEPTIVO HORMONAL MEDROXIPROGESTERONA EN USUARIAS CONTINUADORAS DE 18 A 29 AÑOS (CATEGORIZADA)

Nivel de conocimientos	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	33	30.6%
Medio	49	45.4%
Alto	26	24.1%
Total	108	100.0%

Fuente: Centro de Salud – Casalla

La tabla muestra que el 30.6% de las usuarias tiene nivel bajo de conocimientos sobre los efectos de la medroxiprogesterona, el 45.4% tiene nivel medio y el 24.1% tienen nivel alto.

GRÁFICO N°2



Fuente: Centro de Salud – Casalla

TABLA N°3

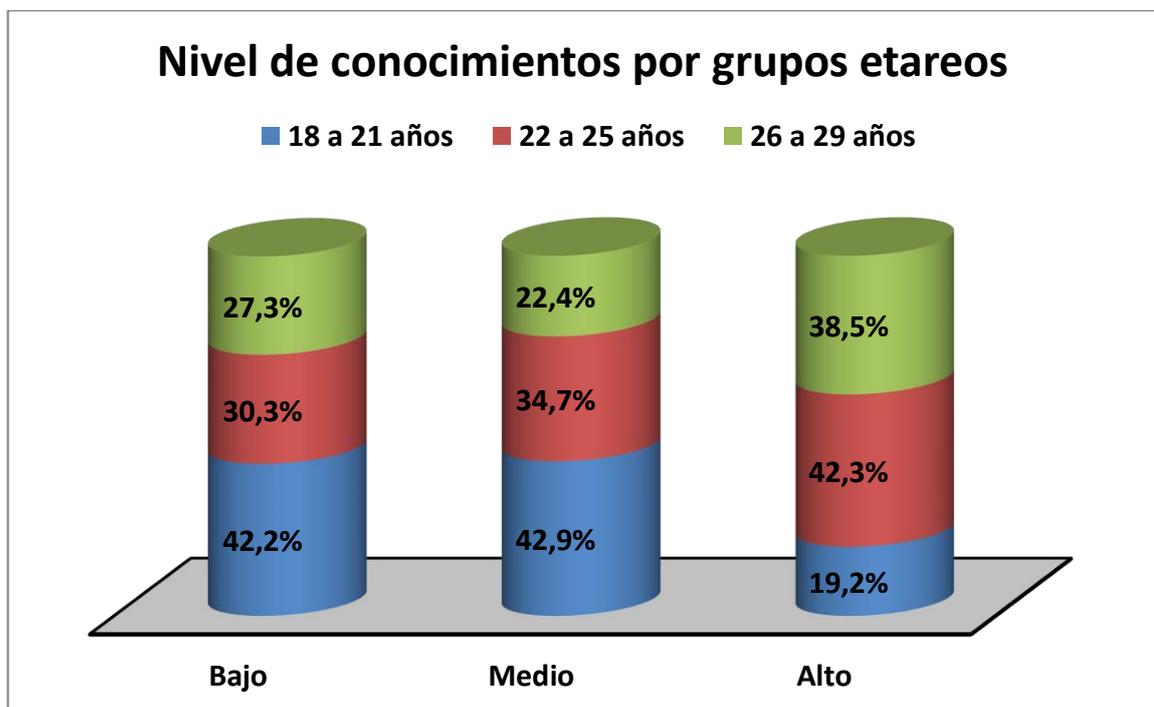
**NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE LOS EFECTOS SECUNDARIOS DEL
ANTICONCEPTIVO HORMONAL MEDROXIPROGESTERONA
POR GRUPOS ETAREOS**

Grupo etareo	Bajo		Medio		Alto		Total	
	N1	%	N1	%	N1	%	N1	%
18 a 21 años	14	42.2%	21	42.9%	5	19.2%	40	37.0%
22 a 25 años	10	30.3%	17	34.7%	11	42.3%	38	35.2%
26 a 29 años	9	27.3%	11	22.4%	10	38.5%	30	27.8%
Total	33	100%	49	100%	26	100%	108	100%

Fuente: Centro de Salud – Casalla

La tabla muestra que las usuarias de 18 a 21 años tienen predominantemente nivel de conocimientos bajos y medios sobre los efectos secundarios de la medroxiprogesterona, mientras que los de 22 a 25 años sobre todo tienen nivel de conocimientos medio y alto, y los de 26 a 29 años tienen a predominio de nivel alto.

GRÁFICO N°3



Fuente: Centro de Salud – Casalla

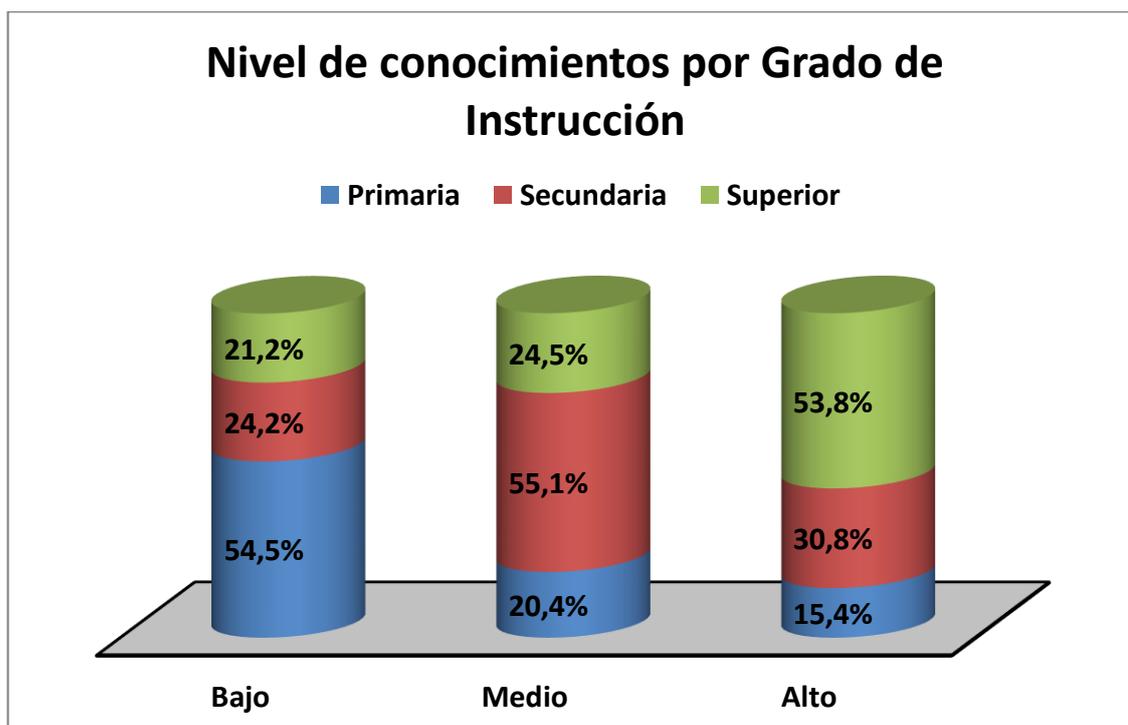
TABLA N°4
NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE LOS EFECTOS SECUNDARIOS DEL
ANTICONCEPTIVO HORMONAL MEDROXIPROGESTERONA
GRADO DE INSTRUCCIÓN

Grado de Instrucción	Bajo		Medio		Alto		Total	
	N1	%	N1	%	N1	%	N1	%
Primaria	18	54.5%	10	20.4%	4	15.4%	32	29.6%
Secundaria	8	24.2%	27	55.1%	8	30.8%	43	39.8%
Superior	7	21.2%	12	24.5%	14	53.8%	33	30.6%
Total	33	100%	49	100%	26	100%	108	100%

Fuente: Centro de Salud – Casalla

La tabla muestra que las usuarias de nivel instructivo primaria tienen predominantemente nivel de conocimientos bajos sobre los efectos secundarios de la medroxiprogesterona, mientras que los de secundaria sobre todo tienen nivel de conocimientos medio, y los de superior tienen a predominio de nivel alto.

GRÁFICO N°4



Fuente: Centro de Salud – Casalla

TABLA N°5

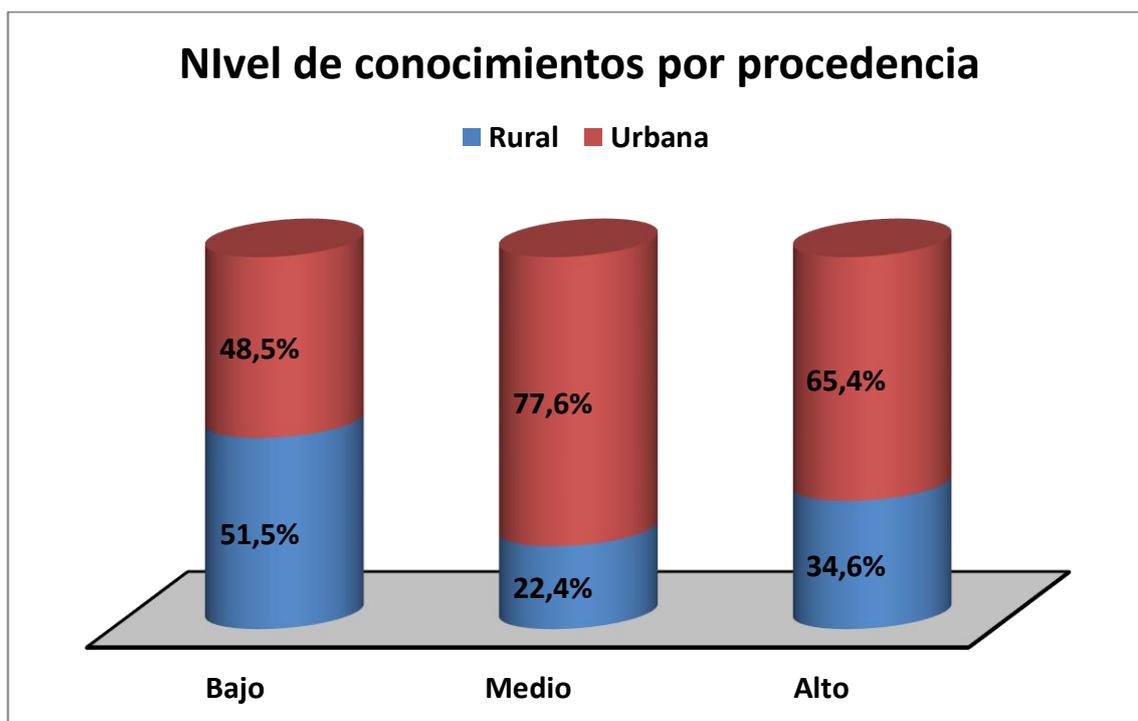
**NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE LOS EFECTOS SECUNDARIOS DEL
ANTICONCEPTIVO HORMONAL MEDROXIPROGESTERONA
PROCEDENCIA**

Procedencia	Bajo		Medio		Alto		Total	
	N1	%	N1	%	N1	%	N1	%
Rural	17	51.5%	11	22.4%	9	34.6%	37	34.3%
Urbana	16	48.5%	38	77.6%	17	65.4%	71	65.7%
Total	33	100%	49	100%	26	100%	108	100%

Fuente: Centro de Salud – Casalla

La tabla muestra que las usuarias que proceden de la zona rural de la jurisdicción del Centro de Salud tienen predominantemente nivel de conocimientos bajos sobre los efectos secundarios de la medroxiprogesterona, mientras que los de procedencia de zonas urbanas tienen sobre todo nivel de conocimientos medio y alto.

GRÁFICO N°5



Fuente: Centro de Salud – Casalla

TABLA N°6

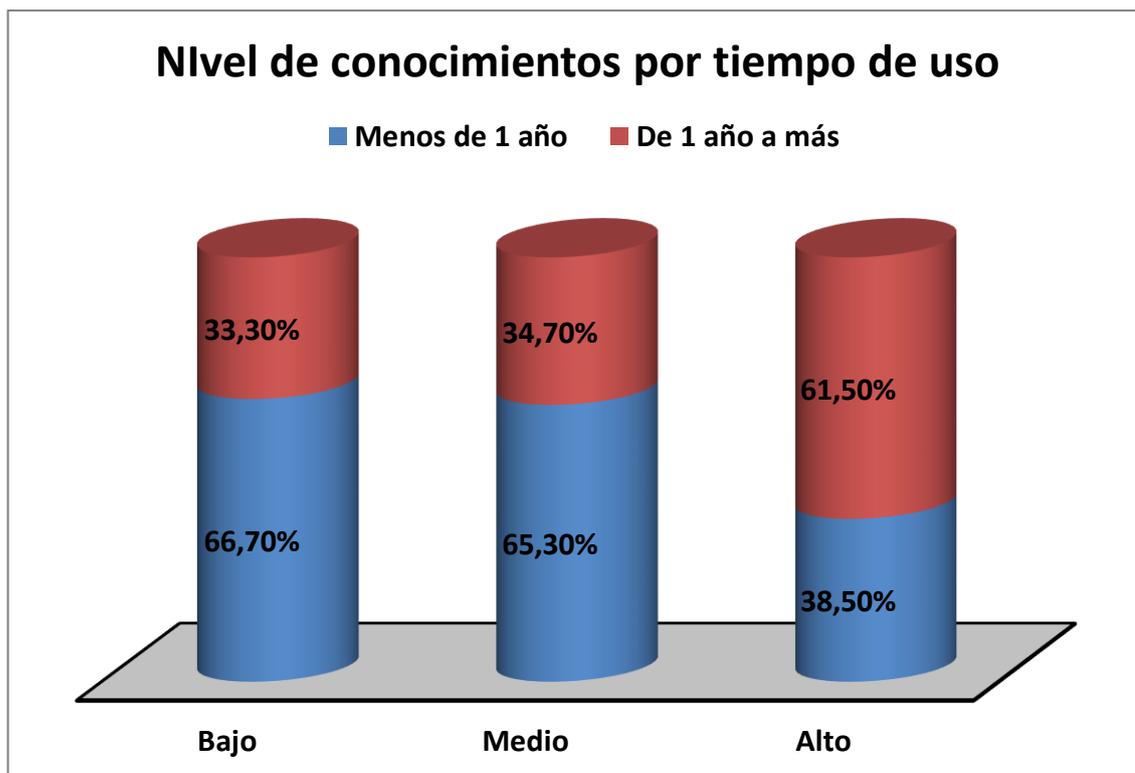
**NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE LOS EFECTOS SECUNDARIOS DEL
ANTICONCEPTIVO HORMONAL MEDROXIPROGESTERONA
TIEMPO DE USO**

Tiempo de uso	Bajo		Medio		Alto		Total	
	N1	%	N1	%	N1	%	N1	%
Menos de 1 año	22	66.7%	32	65.3%	10	38.5%	64	59.3%
De 1 año a más	11	33.3%	17	34.7%	16	61.5%	44	40.7%
Total	33	100%	49	100%	26	100%	108	100%

Fuente: Centro de Salud – Casalla

La tabla muestra que las usuarias que tienen menos de 1 año tienen predominantemente nivel de conocimientos bajo y medio sobre los efectos secundarios de la medroxiprogesterona, mientras que los que tienen de 1 año a más en el programa tienen sobre todo nivel de conocimientos alto.

GRÁFICO N°6



Fuente: Centro de Salud – Casalla

TABLA N°7

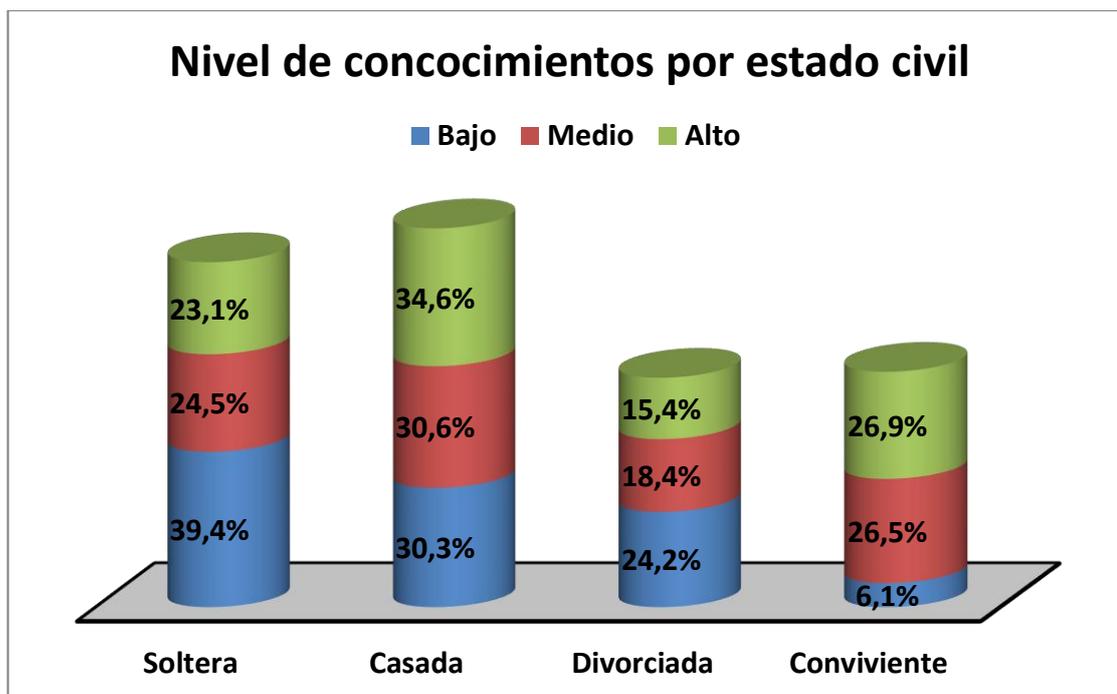
**NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE LOS EFECTOS SECUNDARIOS DEL
ANTICONCEPTIVO HORMONAL MEDROXIPROGESTERONA
ESTADO CIVIL**

Estado civil	Bajo		Medio		Alto		Total	
	N1	%	N1	%	N1	%	N1	%
Soltera	13	39.4%	12	24.5%	6	23.1%	31	28.7%
Casada	10	30.3%	15	30.6%	9	34.6%	34	31.5%
Divorciada	8	24.2%	9	18.4%	4	15.4%	21	19.4%
Conviviente	2	6.1%	13	26.5%	7	26.9%	22	20.4%
Total	33	100%	49	100%	26	100%	108	100%

Fuente: Centro de Salud – Casalla

La tabla muestra que las usuarias solteras tienen predominantemente nivel de conocimientos bajo sobre los efectos secundarios de la medroxiprogesterona, las que son casadas el nivel de conocimiento es homogéneo, en las divorciadas es a predominio de nivel bajo y en las convivientes a predominio de nivel medio y alto.

GRÁFICO N°7



Fuente: Centro de Salud – Casalla

CAPITULO V

DISCUSIÓN

En la investigación se encontró un 59.3% de nivel de conocimientos sobre los efectos secundarios del anticonceptivo hormonal inyectable medroxiprogesterona quedando un déficit por mejorar de 20.7% para llegar a la meta de 80% de conocimientos. Chávez Melgarejo, Carmen Rosa 2012 en su estudio en Lima encuentra que el 97.3% tiene un conocimiento medio de los efectos secundarios de este método anticonceptivo. Aunque Elorreaga Baudouin, Y. 2011 demostró que no hay relación entre las actitudes y los conocimientos sobre el Acetato de Medroxiprogesterona en las usuarias de este método en el Hospital Daniel Alcides Carrión de Lima.

Al analizar el nivel de conocimientos como categorías se encuentra que en la categoría de nivel bajo de conocimientos está el 30.6% de las usuarias encuestadas, mientras que en el nivel medio está el 45.4% de las usuarias y en el nivel alto se encuentran el 24.1%. Aunque Lira-Plascencia J. 2013 en su estudio concluye que los efectos secundarios son mínimos en comparación con sus ventajas, por lo que deberían promoverse más ampliamente entre las mujeres que buscan un anticonceptivo.

Se analiza además el nivel de conocimientos sobre los efectos secundarios de medroxiprogesterona según los grupos etareos y la investigación reveló que las usuarias de entre 18 y 21 años tienen sobre todo nivel bajo de conocimientos que estaría en relación a su poca madurez psicológica que en este grupo

predomina, mientras que en el grupo de 22 a 25 años predomina el nivel de conocimiento medio y alto y en los de 26 a 29 años predomina el nivel alto, debido a que en estos grupos la responsabilidad es mayor.

Resultados similares se encuentra al analizar el nivel de conocimientos sobre los efectos secundarios de la medroxiprogesterona según el nivel instructivo, pues en las usuarias de nivel instructivo primario predomina el nivel de conocimiento bajo, mientras que en los de secundaria predomina el nivel medio y en el superior predomina el nivel alto, debido a que a mayor nivel instructivo mayor conocimientos sobre los efectos de este anticonceptivo.

La procedencia podría estar en relación similar ¿pues los que proceden de la zona rural sobre todo tienen conocimientos de nivel bajo sobre los efectos secundarios de la medroxiprogesterona, mientras que los que proceden de la zona urbana predomina el nivel medio y alto aludiendo a que los que se encuentran en la zona urbana son usuarias que tienen mejor nivel instructivos que sus homólogas que proceden de la zona rural.

Con respecto al tiempo de uso del método anticonceptivo y su relación con el nivel de conocimientos sobre los efectos secundarios de la medroxiprogesterona se encontró que las usuarias con menos de 1 año en el programa de planificación familiar tienen menos nivel de conocimientos que sus homólogas que están de 21 año a más en el programa, ello debido a que el tener mayor tiempo en el programa hace posible que muchos de los efectos secundarios sean experimentados por este grupo lo que les obliga a informarse al respecto. Sin embargo, Lactahuaman Cuchuñaua, S. 2012 encontró que existe relación entre el uso de Acetato de Medroxiprogesterona y la disminución del deseo sexual, que podría estar en relación al tiempo de uso de este método. Y Núñez Rodas, MA. 2012 encuentra una relación de este método con la obesidad.

Luego se analizó el nivel de conocimientos sobre los efectos secundarios de la medroxiprogesterona según el estado civil, encontrándose un predominio del nivel bajo de conocimientos en el grupo de las solteras pues son las de menor responsabilidad, mientras que el nivel medio predominó en la conviviente y el nivel alto predominó en la casada y en la conviviente, que son las de mayor responsabilidad.

CONCLUSIONES

1. Existe un nivel de conocimientos sobre los efectos secundarios de la medroxiprogesterona en las usuarias del 59.3% quedando un déficit de 40.7%.
2. El 30.6% de las usuarias tiene nivel bajo de conocimientos sobre los efectos de la medroxiprogesterona, el 45.4% tiene nivel medio y el 24.1% tienen nivel alto.
3. Las usuarias de 18 a 21 años tienen predominantemente nivel de conocimientos bajos y medios sobre los efectos secundarios de la medroxiprogesterona, los de 22 a 25 años tienen nivel de conocimientos medio y alto, y los de 26 a 29 años tienen a predominio de nivel alto.
4. Las usuarias de nivel instructivo primaria tienen predominantemente nivel de conocimientos bajos sobre los efectos secundarios de la medroxiprogesterona, los de secundaria tienen nivel de conocimientos medio, y los de superior tienen a predominio de nivel alto.
5. Las usuarias que proceden de la zona rural de la jurisdicción del Centro de Salud tienen predominantemente nivel de conocimientos bajos sobre los efectos secundarios de la medroxiprogesterona, los de procedencia de zonas urbanas tienen sobre todo nivel de conocimientos medio y alto.
6. Las usuarias que tienen menos de 1 año tienen nivel de conocimientos bajo y medio sobre los efectos secundarios de la medroxiprogesterona, los que tienen de 1 año a más en el programa tienen sobre todo nivel de conocimientos alto.
7. Las usuarias solteras tienen predominantemente nivel de conocimientos bajo sobre los efectos secundarios de la medroxiprogesterona, las que son casadas el nivel de conocimiento es homogéneo, en las divorciadas es a predominio de nivel bajo y en las convivientes a predominio de nivel medio y alto.

RECOMENDACIONES

- 1.- Brindar información a todas las usuarias del método hormonal inyectable medroxiprogesterona sobre los efectos secundarios a fin de conseguir una mayor adherencia de este método anticonceptivo.
- 2.- Realizar charlas sobre los beneficios de este método, así como el manejo de los efectos secundarios.
- 3.- Insistir sobre todo en las usuarias de menor edad pues son las que menos responsabilidad muestran, a fin de evitar el abandono de este método por efectos secundarios que no podrían manejarlo.
- 4.- Ahondar en la información sobre este método y sus efectos secundarios a las usuarias con menor nivel instructivo, pues son las que les hace más difícil comprender la importancia de este método.
- 5.- Promover actividades preventivas promocionales y llegar a zonas rurales donde se pueda impartir la información de este método anticonceptivo, facilitando a la usuaria mantenerse informada.
- 6.- Promover mayor interés en las usuarias recientes pues los efectos secundarios que presentaría podrían ser motivo de abandono del método, por lo que informarles adecuadamente promovería una mejor adherencia al método.
- 7.- Facilitar la información sobre todo a las usuarias solteras pues se observa que existe menor información en este grupo de usuarias, sin descuidar a las casadas, divorciadas y convivientes.

FUENTES DE INFORMACION

- 1.- Williams C, Stancel G. Estrógenos y progestágenos. En: Harman J, Limbird L, Molinoff R, Ruddon R, Goodman A, editors. Goodman & Gilman. Las Bases Farmacológicas de la terapéutica. 22va ed. México DF: McGraw-Hill Interamericana; 2009.p. 1514-1518
- 2.- Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar-ENDES 2014. Web: www.inei.gob.pe
- 3.- Lira-Plascencia J. 2013, Anticonceptivos de larga duración reversibles: una estrategia eficaz para la reducción de los embarazos no planeados. Ginecol Obstet Mex 2013; 81:530-540
- 4.- Bolívar Eduardo S. 2010, Conocimientos y prácticas de métodos anticonceptivos en estudiantes del Colegio Nacional Mixto Vilcabamba – Loja-Ecuador, febrero- julio 2010.
- 5.- Chávez Melgarejo, Carmen Rosa 2012, Asociación entre el uso del acetato de medroxiprogesterona con el grado de conocimiento del mecanismo de acción y efectos secundarios en el C.S. Primavera: enero - febrero, 2012.
- 6.- Elorreaga Baudouin, Y. 2011, Relación entre la consejería y los conocimientos y actitudes de las usuarias nuevas al programa de planificación familiar sobre el uso del acetato de medroxiprogesterona en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión - Callao, 2011.
- 7.- Llactahuaman Cuchuñaua, S. 2012, Asociación entre el acetato de medroxiprogesterona y deseo sexual en usuarias de planificación familiar. Instituto Nacional Materno Perinatal, noviembre y diciembre 2012.
- 8.- Núñez Rodas, MA. 2012, Acetato de medroxiprogesterona y su relación con la obesidad en usuarias continuadoras. Hospital Regional Docente de Trujillo. enero – diciembre 2012
- 9.- Velásquez Maldonado E. Aspectos metabólicos de los anticonceptivos hormonales. ajares de Lilue M, Pizzi La Veglia R, editoras. Consenso: Anticoncepción hormonal 2013. Caracas: Editorial Ateproca; 2013. p.27-40.
- 10.- Ortega TorresA R. anticonceptivos hormonales: ¿Son todos iguales? beneficios y riesgos de su uso. hospital Universitario Virgen de las Nieves Granada. Disponible en: R Margot, O Torres - SITUACION, 2011 - hvn.es

- 11.- Alsasua A. Actualidad en Farmacología: Hormonas Sexuales y Anticonceptivos. Vol. 9. España, 2011.
- 12.- Organización Mundial de la Salud. Planificación Familiar; 2013.
- 13.- Gil F. Conocimientos, actitudes y aceptación de los efectos secundarios del Acetato de Medroxiprogesterona en usuarias de un servicio de planificación familiar de Lima, 2005. Rev. Perú. Epidemiol 2010; 14(3):1-8
- 14.- Gómez P, Pardo Y. Percepciones del uso de anticonceptivos en Bogotá. Rev. Colomb. ObstetGinecol 2010; 61:34-41
- 15.- Martínez F. Eficacia, seguridad, indicaciones y controversias de la contracepción con solo gestágenos: Acetato de Medroxiprogesterona (Depo-progevera) y Dispositivo intrauterino liberador de levonorgestrel (Mirena). Sociedad Española de Contracepción 2010; 80:335-344
- 16.- Lopez L, Edelman A, Chen-Mok M, Trussell J, Helmerhorst M. Anticonceptivos con progesterona sola: efectos sobre el peso. Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas. 2011; 2(4).
- 17.- Mozón H. Conocimiento de anticonceptivos y aborto. Departamento de Gineco-Obstetricia, Hospital Roosevelt, Guatemala. [Online].; 2007 [cited 2015 13 Abril. Available from: <http://medicina.usac.edu.gt/revista/3-1/anticonc.pdf>.
- 18.- Videz S. Medicion de la Densidad mineral ósea en usuarias anticonceptivas. Tesis. Universidad San Carlos de Guatemala, Guatemala; 2013
- 19.- Rengifo-Reina HA, Córdoba-Espinal A, Serrano-Rodríguez M. Conocimientos y prácticas en salud sexual y reproductiva de adolescentes escolares en un municipio colombiano. Rev Salud Pública. 2012;14(4):558-69.
- 20.- Fernández GB, Mariño ME, Ávalos GM, Baró JVG. Información sobre anticoncepción y métodos anticonceptivos en adolescentes del Municipio "La Lisa". Rev cubana Med Gen Integral. 2013;29(1):3-7
- 21.- Ministerio de Salud Pública Dirección General de la Salud Departamento de Planificación Estratégica de Salud Área de Salud Sexual y en Salud Reproductiva Programa de Salud Integral de la Mujer 2013. Guías en salud sexual y reproductiva manual de orientación anticonceptiva métodos temporales y permanentes.
- 22.- Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población, World Contraceptive Patterns 2013.

23.- Fondo de Población de las Naciones Unidas, Informe Estado de la Población Mundial (2012), Sí a la opción, no al azar: planificación de la familia, derechos humanos y desarrollo, págs. ii, 1. 3 Artículo 16.

24.- Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, A/66/254 (2011), párrs. 44.

25.- Ayala-Castellanos M, Vizmanos-Lamotte B, Portillo-Dávalos R. Salud sexual y reproductiva en adolescentes de escuela secundaria en Guadalajara, México. Ginecol Obstet Méx. 2011;79(2):86-92.

26.- Montero VA. Anticoncepción en la adolescencia. Rev Med Clin Condes. 2011;22(1):59-67.

ANEXOS

MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	HIPOTESIS	VARIABLES	INDICADOR	INSTRUMENTO	FUENTE
¿Cuál es el nivel de conocimientos sobre los efectos secundarios del anticonceptivo hormonal medroxiprogesterona en usuarias continuadoras de 18 a 29 años?	Determinar el nivel de conocimientos sobre los efectos secundarios del anticonceptivo hormonal medroxiprogesterona en usuarias continuadoras de 18 a 29 años	-Precisar el nivel de conocimientos sobre los efectos secundarios del anticonceptivo hormonal medroxiprogesterona según grupos etarios -Conocer el nivel de conocimientos sobre los efectos secundarios del anticonceptivo hormonal medroxiprogesterona según grado de instrucción -Indicar el nivel de conocimientos sobre los efectos secundarios del anticonceptivo hormonal medroxiprogesterona según procedencia -Determinar el nivel de conocimientos sobre los efectos secundarios del anticonceptivo	El nivel de conocimientos sobre los efectos secundarios del anticonceptivo hormonal medroxiprogesterona en usuarias continuadoras de 18 a 29 años es menor del 80%	Conocimientos sobre efectos secundarios del anticonceptivo medroxiprogesterona	Alto Medio Bajo	Cuestionario	Usuaría
				Grupos etarios	18 a 21 años 22 a 25 años 26 a 29 años		
				Grado de instrucción	Primaria Secundaria Superior		
				Procedencia	Rural Urbana < de 1 año		

		<p>hormonal medroxiprogesterona según tiempo de uso del anticonceptivo</p> <p>-Precisar el nivel de conocimientos sobre los efectos secundarios del anticonceptivo hormonal medroxiprogesterona según estado civil</p>		<p>Tiempo de uso del anticonceptivo</p> <p>Estado civil</p>	<p>De 1 año a más</p> <p>Soltera</p> <p>Casada</p> <p>Divorciada</p> <p>Conviviente</p>		
--	--	--	--	---	---	--	--

CUESTIONARIO

La encuesta que se realiza será anónima, le pido que conteste con la verdad. gracias por su participación.

1. ¿La Amenorrea (ausencia de regla) es un efecto del Inyectable Trimestral?

SI

NO

2. ¿El Inyectable Trimestral puede aumentar tu peso?

SI

NO

3. ¿La cefalea es un efecto secundario del Inyectable?

SI

NO

4. ¿La menstruación que no te viene se te va a la cabeza?

SI

NO

5. ¿El Inyectable Trimestral es un anticonceptivo que tiene hormona?

SI

NO

6. ¿El inyectable influye en la coagulación sanguínea?

SI

NO

7. ¿El Inyectable Trimestral puede producir sangrado escaso pero permanente?

SI

NO

8. ¿El Inyectable Trimestral puede producir esterilidad?

SI

NO

9. ¿El inyectable Trimestral puede producir cáncer de mama?

SI

NO

10. ¿El inyectable Trimestral puede aumentar tu apetito?

SI

NO

CATEGORIZACIÓN

4 o menos respuestas correctas.....Bajo

5 a 7 respuestas correctas.....Medio

8 a 10 respuestas correctas.....Alto

