



RESUMEN

Antecedentes: la planificación familiar es una de las tareas más importantes del programa especial de investigaciones en Reproducción Humana de la Organización Mundial de la Salud (OMS). El uso de anticonceptivos a través de la historia ha tenido avance vertiginoso sin embargo aún no está exento de efectos adversos.

Objetivo: se realizó un estudio sobre anticoncepción hormonal y efectos secundarios en mujeres que acuden al Subcentro de Salud de Sayausí, de la ciudad de Cuenca en el año 2012.

Material y Métodos: es un estudio descriptivo de corte transversal, que determinó los efectos secundarios en las mujeres que utilizaron anticoncepción hormonal y que acudieron al Subcentro de Salud de Sayausí durante los meses de junio a agosto del año 2012.

Los datos se analizaron en base a frecuencias relativas de las variables, para la medición del riesgo se utilizó el riesgo relativo con Intervalos de confianza para el 95%, y para significancia estadística el valor de p.

Resultados: La media de edad se ubicó en 27,55 años con un DS de 6,44 años el 42,4% utilizó anticonceptivos inyectables, el 33,5% orales y el 24,1% implante; los efectos secundarios manifestados son: alteraciones del sangrado menstrual: 44,1%; cefalea: 51,2%; Náusea 29,4%; Mareo 32,4%; alteración del patrón menstrual 42,9%; sangrado infrecuente 24,7%; amenorrea 18,8%; mastalgia 11,8%; galactorrea 1,2%; HTA 6,5%; cloasma 28,2%; várices 10,8%; acné 19,4%; ITU 42,9% y otros el 12,9%. Al analizar el riesgo y la asociación entre los anticonceptivos orales y los efectos secundarios únicamente se halló asociación entre anticoncepción inyectable e HTA y el uso de implante y la presentación de amenorrea.



DeCS: ESTUDIOS TRANSVERSALES-UTILIZACIÓN; ANTICONCEPCIÓN-
MÉTODOS; ANTICONCEPTIVOS FEMENINOS-EFECTOS ADVERSOS;
PREVALENCIA; CENTROS DE SALUD; ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD-
ESTADÍSTICA Y DATOS NUMÉRICOS; ZONAS RURALES; CUENCA-
ECUADOR



SUMMARY

Antecedents: the family planning is one of the most important tasks in the special program of investigations in Human Reproduction of the World Organization of the Health (OMS).

The use of contraceptives through the history has had vertiginous advance however it is not still exempt of adverse effects.

Objective: he was carried out a study on hormonal contraception and secondary effects in women that go to the Subcentro of Health of Sayausí, of the city of Cuenca in the year 2012.

Materials and Methods: it's a descriptive study of traverse court that determined the secondary effects in the women that used hormonal contraception and that they went to the Subcentro of Health of Sayausí during the months of June to August of the year 2012.

The data were analyzed based on relative frequencies of the variables, for the mensuration of the risk the relative risk was used with Intervals of trust for 95%, and it stops statistical significancia the value of p.

Outcomes: The age stocking was located in 27,55 years with a DS 6,44 years old 42,4% it used injectable contraceptives, 33,5 oral% and 24,1% it implants; the secondary effects presented the following distribution: alterations of the one bled menstrual: 44,1%; migraine: 51,2%; it nauseates 29,4%; I Get dizzy 32,4%; alteration of the pattern menstrual 42,9%; bled uncommon 24,7%; amenorrhoea 18,8%; mastalgia 11,8%; galactorrea 1,2%; HTA 6,5%; cloasma 28,2%; varixes 10,8%; acne 19,4%; ITU 42,9% and other 12,9%. When analyzing the risk and the association between the oral contraceptives and the secondary effects he/she was only association between injectable contraception and HTA and the use of it implants and the amenorrhoea presentation.



DeCS: STUDIES TRAVERSE-USE; CONTRACEPTION-METHODS; BIRTH-CONTROL ADVERSE FEMININE-EFFECTS; PREVALENCE; CENTERS OF HEALTH; PRIMARY ATTENTION OF HEALTH-STATISTIC AND NUMERIC DATA; RURAL AREAS; CUENCA-ECUADOR



ÍNDICE

RESUMEN	1
SUMMARY	3
AGRADECIMIENTO	1
1. INTRODUCCIÓN	5
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	7
1.2 JUSTIFICACIÓN.....	9
2. FUNDAMENTO TEÓRICO	11
2.1. GENERALIDADES	11
2.2. CONCEPTO	11
2.3 PLANIFICACIÓN FAMILIAR.....	13
2.4 TIPOS DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS.....	13
2.5 ANTICONCEPTIVOS HORMONALES	14
2.6 FUNCIONAMIENTO	14
2.7 TIPOS DE MÉTODOS HORMONALES	15
2.7.1 Píldora Anticonceptiva (oral)	15
2.7.2 Inyección Mensual.....	16
2.7.3 Implante.....	16
2.7.4. Anillo vaginal	17
2.8. SEGURIDAD DE LOS ANTICONCEPTIVOS HORMONALES.....	17
2.9. EFICACIA DE LOS ANTICONCEPTIVOS HORMONALES	18
2.10 EFECTOS SECUNDARIOS DE LOS ANTICONCEPTIVOS HORMONALES	19
2.10.1. Sangrado intermenstrual	20
2.10.2. Hipermenorrea y amenorrea	21
2.10.3. Infección de vías urinarias.....	22
2.10.4. Flujo vaginal	22
2.10.5. Cefalea	22
2.10.6. Cloasma	23
2.10.7 Mastalgias	23



3. MARCO REFERENCIAL	24
3.1. CONSTITUCIÓN E HISTORIA DE LA UNIDAD DE SALUD.	24
3.2. UBICACIÓN.....	24
3.3. LÍMITES GEOGRÁFICOS	24
3.4. PROCESOS PROTECTORES DE LA SALUD.....	25
3.5. PROCESOS DESTRUCTIVOS DE LA SALUD	25
4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	27
4.1. OBJETIVO GENERAL.....	27
4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	27
5. DISEÑO METODOLÓGICO	28
5.1. TIPO DE ESTUDIO	28
5.2. UNIVERSO.....	28
5.3. VARIABLES.....	28
5.4 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	29
6. MÉTODOS TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	32
6.1 MÉTODO: CUANTITATIVO, CUALITATIVO	32
6.2 TÉCNICA.....	32
6.3 INSTRUMENTO	32
6.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	32
6.5 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	32
6.6 PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN, INSTRUMENTOS A UTILIZAR Y PROCEDIMIENTO PARA GARANTIZAR LA CALIDAD DE LOS DATOS.	33
6.7 PROCEDIMIENTOS PARA GARANTIZAR ASPECTOS ÉTICOS.....	33
7. PLAN DE ANÁLISIS Y TABULACIÓN.	33
8. RESULTADOS	35
9. DISCUSIÓN	65
10. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	72
10.1 CONCLUSIONES	72
10.2 RECOMENDACIONES.....	74
11. BIBLIOGRAFÍA	75
12. ANEXOS	79



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Fundada en 1867

Yo, Paola Johanna Galarza Solís, autora de la tesis **“ANTICONCEPCIÓN HORMONAL Y EFECTOS SECUNDARIOS EN MUJERES QUE ACUDEN AL SUBCENTRO DE SALUD DE SAYAUSI, CUENCA 2012”**, reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Licenciatura en Enfermería. El uso que la Universidad de Cuenca hiciera de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Cuenca, Enero del 2013

Paola Johanna Galarza Solís

CI. 0105394209

Cuenca Patrimonio Cultural de la Humanidad. Resolución de la UNESCO del 1 de diciembre de 1999

Av. 12 de Abril, Ciudadela Universitaria, Teléfono: 405 1000, Ext.: 1311, 1312, 1316

e-mail cdjbv@ucuenca.edu.ec casilla No. 1103

Cuenca - Ecuador



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Fundada en 1867

Yo, Marcia Ximena Lojano Chimbo, autora de la tesis "ANTICONCEPCIÓN HORMONAL Y EFECTOS SECUNDARIOS EN MUJERES QUE ACUDEN AL SUBCENTRO DE SALUD DE SAYAUSI, CUENCA 2012", reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Licenciatura en Enfermería. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Cuenca, Enero del 2013

Marcia Ximena Lojano Chimbo

CI. 010548834 - 0

Cuenca Patrimonio Cultural de la Humanidad. Resolución de la UNESCO del 1 de diciembre de 1999

Av. 12 de Abril, Ciudadela Universitaria, Teléfono: 405 1000, Ext.: 1311, 1312, 1316

e-mail cdjbv@ucuenca.edu.ec casilla No. 1103

Cuenca - Ecuador



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Fundada en 1867

Yo, Jenny Maricela Méndez Villa, autora de la tesis **“ANTICONCEPCIÓN HORMONAL Y EFECTOS SECUNDARIOS EN MUJERES QUE ACUDEN AL SUBCENTRO DE SALUD DE SAYAUSI, CUENCA 2012”**, reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Licenciatura en Enfermería. El uso que la Universidad de Cuenca hiciera de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Cuenca, Enero del 2013

Jenny Maricela Méndez Villa

CI. 0104756689

Cuenca Patrimonio Cultural de la Humanidad. Resolución de la UNESCO del 1 de diciembre de 1999

Av. 12 de Abril, Ciudadela Universitaria, Teléfono: 405 1000, Ext.: 1311, 1312, 1316

e-mail cdjbv@ucuenca.edu.ec casilla No. 1103

Cuenca - Ecuador



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Fundada en 1867

Yo, Paola Johanna Galarza Solís, autora de la tesis **“ANTICONCEPCIÓN HORMONAL Y EFECTOS SECUNDARIOS EN MUJERES QUE ACUDEN AL SUBCENTRO DE SALUD DE SAYAUSI, CUENCA 2012”**, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, Enero del 2013

Paola Johanna Galarza Solís

CI. 0105394209

Cuenca Patrimonio Cultural de la Humanidad. Resolución de la UNESCO del 1 de diciembre de 1999

Av. 12 de Abril, Ciudadela Universitaria, Teléfono: 405 1000, Ext.: 1311, 1312, 1316

e-mail cdjbv@ucuenca.edu.ec casilla No. 1103

Cuenca - Ecuador



UNIVERSIDAD DE CUENCA
Fundada en 1867

Yo, Marcia Ximena Lojano Chimbo, autora de la tesis "ANTICONCEPCIÓN HORMONAL Y EFECTOS SECUNDARIOS EN MUJERES QUE ACUDEN AL SUBCENTRO DE SALUD DE SAYAUSI, CUENCA 2012", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, Enero del 2013

Marcia Ximena Lojano Chimbo

CI. 010548834 - 0

Cuenca Patrimonio Cultural de la Humanidad. Resolución de la UNESCO del 1 de diciembre de 1999

Av. 12 de Abril, Ciudadela Universitaria, Teléfono: 405 1000, Ext.: 1311, 1312, 1316

e-mail cdjbv@ucuenca.edu.ec casilla No. 1103

Cuenca - Ecuador



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Fundada en 1867

Yo, Jenny Maricela Méndez Villa, autora de la tesis **“ANTICONCEPCIÓN HORMONAL Y EFECTOS SECUNDARIOS EN MUJERES QUE ACUDEN AL SUBCENTRO DE SALUD DE SAYAUSI, CUENCA 2012”**, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, Enero del 2013

Jenny Maricela Méndez Villa

CI. 0104756689

Cuenca Patrimonio Cultural de la Humanidad. Resolución de la UNESCO del 1 de diciembre de 1999

Av. 12 de Abril, Ciudadela Universitaria, Teléfono: 405 1000, Ext.: 1311, 1312, 1316

e-mail cdjbv@ucuenca.edu.ec casilla No. 1103

Cuenca - Ecuador



**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERÍA**

**“ANTICONCEPCIÓN HORMONAL Y EFECTOS SECUNDARIOS EN
MUJERES QUE ACUDEN AL SUBCENTRO DE SALUD DE SAYAUSÍ,
CUENCA 2012”**

**TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE LICENCIATURA EN
ENFERMERÍA.**

**AUTORAS: PAOLA JOHANNA GALARZA SOLÍS
MARCIA XIMENA LOJANO CHIMBO
JENNY MARICELA MÉNDEZ VILLA**

DIRECTORA: MGT. ADRIANA VERDUGO SÁNCHEZ

ASESORA: LCDA. CARMEN ORDOÑEZ MONTERO

**CUENCA – ECUADOR
2012**



DEDICATORIA

Con gran cariño y amor dedico este trabajo primeramente a Dios por ser el dueño y creador de mi vida, a mis padres por haber confiado en mí, a mis hermanos, a mi esposo por ser un amigo y compañero durante mi etapa universitaria por haber compartido mis penas y alegrías, a mi hijo quien fue el motivo principal de mi superación, quienes supieron perdonar mi ausencia para poder culminar con éxito esta etapa de mi vida.

Paola Galarza



DEDICATORIA

A DIOS, nuestro señor, por su infinita bondad: por mantener encendida en mí la luz de la bondad, inteligencia, fe, esperanza y deseos de superación profesional y Personal.

A mis padres les agradezco infinitamente por ser tan especiales y estar a mi lado en los momentos más difíciles de mi vida y por su apoyo incondicional tanto moral como económico para poder culminar mis estudios superiores

De igual manera a mis hermanos/as que me guiaron con sus consejos y apoyo, que diosito le cuide siempre ya que son como unos de los pilares importantes de mi vida, que junto a mi madre me han dado las vivencias más hermosas que he tenido en mi existir, por mantener en mí la capacidad de superación y constancia en el logro de las metas propuestas.

Y a todos mis familiares, amigos, docentes les agradezco de todo corazón, gracias por sus apoyos incondicionales los quiero mucho.

XimenaLojano



DEDICATORIA

Esta investigación va dedicada primeramente a Dios quien me dio la fe, la fortaleza, la salud y la esperanza para terminar este trabajo. Luego a mis padres mis hijos y a mi esposo, porque creyeron en mí y porque me sacaron adelante, dándome ejemplos dignos de superación y entrega, porque en gran parte gracias a ellos, hoy puedo ver alcanzada mi meta, ya que siempre estuvieron impulsándome en los momentos más difíciles de mi carrera, y porque el orgullo que sienten por mí, fue lo que me hizo ir hasta el final. Va por ustedes, por lo que valen, porque admiro su fortaleza y por lo que han hecho de mí.

A mis hermanos, abuelos, tíos, primos y amigos y porque no decir con orgullo a todas las Docentes a quienes conocí durante mi trayecto de estudio quienes fueron mi apoyo y estuvieron en las buenas y malas conmigo va dedicado de corazón a cada una de ellas por sus consejos y confianza que me han brindado por lo que he podido culminar mi carrera. Gracias por haber fomentado en mí el deseo de superación y el anhelo de triunfo en la vida. Mil palabras no bastarían para agradecerles su apoyo, su comprensión y sus consejos en los momentos difíciles.

A todos, espero no defraudarlos y contar siempre con su valioso apoyo, sincero e incondicional.

Jenny Méndez



AGRADECIMIENTO

Expresamos nuestro más sincero agradecimiento a la Universidad de Cuenca, al personal docente de la Escuela de Enfermería de manera especial a nuestra directora Licenciada: Adriana Verdugo S. y de igual forma a nuestra asesora la Lcda. Carmen Ordoñez M. a quienes con su guía, consejo, apoyo, colaboración y orientación nos permitieron ejecutar este trabajo investigativo.

Al personal administrativo, médico y de enfermería del Subcentro de Salud de Sayausí quienes fueron parte de la elaboración y desarrollo del presente estudio.

A nuestros padres, hermanos y abuelitos, quienes con su paciencia, amor, apoyo moral y su ayuda económica nos supieron dar fuerzas para la culminación de una etapa más en nuestra carrera.

LAS AUTORAS



1. INTRODUCCIÓN

La planificación familiar es una de las tareas más importantes del programa especial de investigaciones en Reproducción Humana de la Organización Mundial de la Salud (OMS).¹

La planificación familiar permite a las personas tener el número de hijos que desean y determinar el intervalo entre embarazos. Se logra mediante la aplicación de métodos anticonceptivos y el tratamiento de la esterilidad (en esta nota se aborda solo la anticoncepción)²

Hace 25 años la OMS comenzó a aceptar preparados esteroideos que brindan protección anticonceptiva durante extensos periodos, ya sea por sus propiedades intrínsecas en forma de progestágeno inyectable de depósito, o más recientemente a través del uso de varios sistemas de liberación lenta, como los implantes subcutáneos, anillos vaginales o dispositivos intrauterinos premedicados.

Uno de los efectos indeseables más expuestos por el uso de los progestágenos de depósito es la rotura del patrón normal del sangrado menstrual, con episodios impredecibles de sangrado vaginal y amenorrea. Los anticonceptivos orales (ACO) forman parte del gran grupo de los anticonceptivos hormonales, siendo los más utilizados en la actualidad. Se calcula que más de 55 millones de mujeres lo utilizan en este momento.³

El personal de salud debe realizar seguimiento a las usuarias de anticonceptivos orales. Es posible que sean altas las tasas de abandono si

¹Organización Mundial de la Salud (OMS). "Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos", 2ª edición, Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2004. Disponible en: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/es/spr/spr_es.pdf

²Organización Mundial de la Salud. Planificación familiar. 2011. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/index.html>

³Carvajal J, et al. Eficacia y efectos adversos de anticonceptivos hormonales. Estudio comparativo. RevMedInstMex Seguro Soc 2008; Disponible en: http://edumed.imss.gob.mx/edumed/rev_med/pdf/gra_art/A13.pdf



no se enfrentan y se da respuesta a los problemas menores, y si no se inspira seguridad y confianza en la mujer. En la visita médica debe verificarse el uso correcto de los anticonceptivos e interrogarse sobre la presencia de efectos adversos. El uso irregular anulará la alta eficacia contraceptiva y predispondrá al embarazo indeseado. Deberá realizarse examen físico general, realizando énfasis en la toma de la tensión arterial, peso, examen de glándulas mamarias, examen pélvico e insistir en la realización anual de citología cervico – uterino.

El uso de anticonceptivos está muy extendido en el mundo; su eficacia se mide por el índice de Pearl (IP); se refiere un IP de 0.12 y 0.34 con el uso de anticonceptivos orales e inyectables y de 0.0 con implantes subdérmico. Los efectos secundarios más frecuentes reportados son la cefalea, mareos, dolor pélvico, mastalgia, aumento de peso, cloasma, amenorrea, disminución de la libido y sangrados intermenstruales, siendo este último más frecuente cuando se utiliza el implante subdérmico.⁴

Los efectos secundarios de los métodos anticonceptivos hormonales generan en las paciente estrés y malestar lo que puede involucrar abandono de los mismos o un manejo inadecuado que podría disminuir el efecto, además los efectos adversos generan ausentismo laboral, académico y genera pérdidas económicas y malestar en la mujer, por lo tanto se debe cuantificar los efectos adversos de este tipo de medicamentos y asociarlos a su uso en la población beneficiaria de la Parroquia Sayausí es de vital importancia para la colectividad.

⁴Ibid pág. 83 – 87

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Debido a que los anticonceptivos hormonales pueden suministrar una cantidad mayor o menor de hormonas a las normalmente circulantes, algunas usuarias van a presentar algunos efectos secundarios, los cuales generalmente se presentan en los dos o tres primeros ciclos. En general algunos de estos síntomas se presentan hasta en el 25% de las usuarias cuando reciben su primer ciclo, pero disminuyen hasta el punto que sólo el 5% los presentan más allá del tercer ciclo. En muchas ocasiones las usuarias atribuyen a las tabletas síntomas que en realidad no son producidos por ellas. Los síntomas adversos se reducen notablemente al reducir la concentración del estrógeno.

Se calcula que en los países en desarrollo unos 200 millones de parejas desean posponer o detener la procreación pero no utilizan ningún método anticonceptivo.⁵

El más común de los efectos adversos causado por los anticonceptivos orales combinados monofásicos o trifásicos es la cefalea (0.6 - 13%). La tensión mamaria se presenta en el 0.5 - 12%, nerviosismo 0 - 8.4%, náuseas 0 - 6%, depresión 0 - 4% y vértigos 0 - 3%, acné en el 0.3 - 5.8% de las usuarias. La ganancia de peso y el incremento de la tensión arterial son generalmente ocasionales. La incidencia de estos efectos adversos después de tres o cuatro ciclos de ingesta de la píldora es similar a la de antes de utilizarlos.⁶

En la parroquia Sayausí del Cantón Cuenca según los datos del Ministerio de Salud Pública y según los grupos programáticos para el 2010 existen 4052 mujeres en edad fértil, lo que indica la gran proporción de mujeres que

⁵ Conferencia de Consenso sobre Prescripción y manejo de anticonceptivos hormonales orales. Sociedad Española de Contracepción. Toledo, 1998.

⁶ Monterrosa A. Actualización de conceptos en anticoncepción orales combinados. Librería digital. En Colombia.net. 2011. Disponible en: <http://www.encolombia.com/anticonceptivos-combinados-efectos.htm>



se encuentran en probabilidad de someterse a un tratamiento de anticoncepción hormonal.

No se dispone de registro sobre las consecuencias adversas del uso de estos medicamentos, el Ministerio de Salud Pública a través de su programa de Salud Reproductiva lleva un registro mensual de estos parámetros sin embargo no se ha logrado atribuir causalidad de estos efectos secundarios a ningún anticonceptivo hormonal disponible.

1.2 JUSTIFICACIÓN

Las mayores preocupaciones causadas por el uso de anticonceptivos hormonales tienen que ver con temores al riesgo de cáncer y a los riesgos cardiovasculares. Las evidencias demuestran en forma cada vez más concluyente que los riesgos relacionados con el uso de los anticonceptivos orales dependen de la dosis.⁷

Carvajal et al, en su estudio sobre la eficacia y efectos adversos de anticonceptivos hormonales encontró los siguientes resultados: La frecuencia de efectos adversos con los diferentes métodos fue mayor en aquellas usuarias de implante subdérmico, en 84.66 % ($n = 127$) y con menor frecuencia en usuarias de hormonales orales e inyectables.⁸

Los efectos adversos más frecuentes que presentaron las usuarias con la utilización de implante subdérmico fueron los trastornos menstruales en 81.88 % ($n = 104$), la cefalea en 50 % ($n = 75$) y los mareos, náuseas y congestión pélvica en 73.39 % ($n = 93$)

Los efectos adversos en usuarias con la utilización de anticonceptivos hormonales orales se presentaron en 18.03 % ($n = 11$), predominando la cefalea en 37.74 % ($n = 4$) y con menor frecuencia los mareos (14.75 %), náuseas (8.19 %), mastalgia (6.55 %), trastornos menstruales (3.27 %) y otros.

Los efectos adversos en usuarias con la utilización de anticonceptivos hormonales inyectables, se presentaron en 28.30 % ($n = 15$), predominando la cefalea en 32.07 % ($n = 5$) y los trastornos menstruales (32.07 %), y con menor frecuencia los mareos (13.20 %), náuseas (9.43 %), mastalgia (9.43 %) y otros.

⁷ MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS Dr. Amílcar Ríos Reyes IBIRAPUERA - SAO PAULO – BRASIL. 2005.10. Johansson E et al. Pharmacokinetic study of different dosing regimens of levonorgestrel for emergency contraception in healthy women. Human Reproduction. Vol.17, No 6 pp. 1472-1476, 2002.

⁸ Carvajal J, et al. Eficacia y efectos adversos de anticonceptivos hormonales. Estudio comparativo. RevMedInstMex Seguro Soc 2008



La investigación se ajusta a la prioridades de salud locales pues permitirá determinar la prevalencia de factores adversos asociados a los anticonceptivos hormonales prescritos en el Centro de Salud de Sayausí, a nivel regional se proveerá de datos para ser comparados con otras investigaciones que involucren nuevas series de mujeres en tratamiento anticonceptivo, a nivel nacional se logrará contrastar la realidad local con la nacional y evidenciar posibles discordancias entre las poblaciones sometidas a métodos anticonceptivos.

Con la investigación se propone proveer de nuevos datos sobre los anticonceptivos, su seguridad y sus efectos adversos, con la finalidad de determinar la asociación entre los anticonceptivos y efectos adversos para así poder prevenirlos y proveer a las mujeres mayor información sobre los riesgos y beneficios de estos métodos antes de empezar su uso.

Los resultados serán difundidos a través de las instituciones participantes, a través de todos los medios científicos locales. Se brindarán los resultados al Centro de Salud de Sayausí así como a la Universidad de Cuenca. La comunidad será informada a través de estas 2 instituciones.

Los beneficiarios directos será la población femenina que utiliza estos métodos de anticoncepción así como las mujeres que están por iniciarlos pues se dispondrá de más información para decidir su uso, se beneficiará también la comunidad en general pues al disminuir los efectos adversos con un adecuado manejo de los anticonceptivos se disminuirá el ausentismo laboral y académico.

La sociedad en general se beneficiará de los resultados pues se trata de un estudio que tendrá un impacto a este nivel al mejorar la calidad de vida de las mujeres en caso de demostrarse asociación causal entre el uso de anticonceptivos y efectos secundarios.

2. FUNDAMENTO TEÓRICO

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la salud reproductiva como una condición de bienestar físico, mental y social en los aspectos relativos a la reproducción en todas las etapas de la vida. La salud reproductiva implica que las personas puedan tener una vida sexual satisfactoria y segura, la capacidad de tener hijos y la libertad de decidir si quieren tenerlos, cuándo, cuántos y con qué frecuencia.⁹

2.1. GENERALIDADES

"En el mundo sabemos que cada vez somos más personas, y que un niño al nacer, se merece tener un futuro seguro con educación, alimentación, salud, vivienda y amor; para que éste al menos tenga el mejor camino y así poder alcanzar sus metas" Dr. Amílcar Ríos Reyes.

2.2. CONCEPTO

Es todo acto o mecanismo que permite una salud sexual satisfactoria sin el riesgo de un embarazo no deseado.

El 26 de Septiembre "Día Mundial de la Anticoncepción" es una iniciativa internacional a largo plazo de diversas organizaciones no gubernamentales. Cada año, la atención se centrará en un aspecto distinto de la anticoncepción o la medicina sexual.

En el 2007, el Día Mundial de la Anticoncepción se dirige sobre a los jóvenes, con el fin de fomentar la prevención de embarazos no deseados y la reflexión sobre la planificación familiar personal. El lema «Vive tu vida antes de crear otra» no sólo pretende llamar su atención sobre las

⁹Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC). Las mujeres Ecuatorianas que conocen y usan los métodos anticonceptivos. Análisis de la información estadística. 2011. Disponible en: <http://inec.gob.ec>

posibilidades de anticoncepción de que se dispone actualmente, sino también señalar las posibles consecuencias de un embarazo no deseado.¹⁰

Dentro del campo de la salud, la anticoncepción está dirigida no sólo a evitar el embarazo ni la transmisión de enfermedades sino a favorecer el desarrollo de la sexualidad entre la pareja.

La anticoncepción y la sexualidad son dos actividades inseparables y que pueden ser practicadas libremente por los seres humanos. Para estas prácticas es de vital importancia conocer sobre los métodos de anticoncepción por su influencia directa en la salud, en el control de la natalidad y en la mortalidad; para lo cual nacen los métodos anticonceptivos o de planificación familiar natural, química, hormonal, entre otros.¹¹

Todos los métodos anticonceptivos no son ciento por ciento seguros, tampoco todos pueden ser utilizados por igual. Dependen de muchos factores como la edad, el estado de salud y momentos de la vida reproductiva de la mujer, el estilo de vida, los valores morales, culturales, la creencias religiosas, la aceptación de la pareja, el nivel de instrucción, el nivel de ingresos, etc.

Es decir, tienen ventajas y desventajas en el control de la natalidad y las enfermedades infectocontagiosas, sobre todo los métodos químicos y quirúrgicos por los efectos secundarios que pueden causar; las tolerancias y no tolerancias del organismo, el olvido de ingerir la medicación en forma secuencial y a debidas horas, etc. todos los métodos anticonceptivos deben cumplir con características básicas tales como la eficacia, inocuidad, aceptabilidad, accesibilidad, facilidad de empleo y costo.

¹⁰ Primer Día Mundial de la Anticoncepción. <http://www.bayerandina.com/bayerand.nst/homepage.openform>. Imprint.2007. Bayer.S.A.

¹¹ Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC). Las mujeres Ecuatorianas que conocen y usan los métodos anticonceptivos. Análisis de la información estadística. 2011

2.3 PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Es un proceso en el que la mujer decide cuántos hijos quiere tener y cuando quiere tenerlos. Se inicia cuando la mujer empieza a tener relaciones sexuales y permanece durante toda su edad reproductiva (hasta la menopausia).

Una buena planificación familiar requiere de la buena comunicación entre la pareja, y de la educación que ésta reciba acerca de los métodos de anticoncepción, salud materno infantil, y otros temas relacionados. También se puede manifestar que planificación familiar es parte de la salud sexual y reproductiva a la cual tiene derecho toda mujer en decidir el número y cuando tener los hijos que desee, pensando en el bienestar presente y futuro de la familia.¹²

2.4 TIPOS DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

- **Métodos Naturales:** Método del ritmo, del Moco Cervical, de la Temperatura Basal.
- **Métodos Hormonales:** Anticonceptivos orales (píldora), Inyecciones (mensuales, bimensuales, trimestrales), Implantes (Norplant), Parches y los Anillos Vaginales. En este grupo también podemos clasificar a la anticoncepción de urgencia (Pastillas de Levonorgestrel).
- **Métodos de Barrera:** Preservativo, Diafragma cervical, Óvulos Vaginales.
- **Dispositivos intrauterinos (DIU):** T de Cobre, DIU que libera progesterona.
- **Métodos Quirúrgicos:** Bloqueo Tubarico Bilateral (Ligadura de Trompas), Vasectomía.¹³

¹² Peterson HB, Lee NC. The heladefects of oral contraceptics. Mis perceptions, controversis, and continium good news. Clinicoobstetricgyneacology. 1999;32:339-355

¹³ TIPOS DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS. Sociedad Española de Contracepción. Esta página fue modificada por última vez en enero 2008.



2.5 ANTICONCEPTIVOS HORMONALES

Se define como contracepción hormonal a la utilización de hormonas naturales, semisintéticas o sintéticas para prevenir el embarazo de forma temporal y reversible.

En inicios de 1900, Haberlandt, profesor de fisiología de la Universidad de Innsbruck demostró que el extracto de ovarios administrados por vía oral, disminuía la fertilidad en los ratones, en 1931 él fabrico un medicamento llamado Infecundin para el control de la natalidad.

En 1943, Marker produjo la Diosgenina (progesterona) a partir de las raíces del ñame mexicano. En 1976, su difusión estuvo en todo el mundo, como uno de los métodos anticonceptivos más utilizados y se estima que alrededor de 80 millones de mujeres lo utilizan.¹⁴

2.6 FUNCIONAMIENTO

En el ovario hay unas estructuras que se llaman folículos. Dentro de cada folículo hay un óvulo inmaduro. En cada ciclo menstrual varios folículos crecen, pero sólo uno se rompe y libera el óvulo ya maduro. Si este óvulo es fecundado por un espermatozoide y anida en el útero, se produce un embarazo.

El resto del folículo que ha quedado en el ovario libera una hormona que se llama progesterona; uno de sus efectos es mantener el embarazo si éste ha ocurrido, y otro, impedir nuevas ovulaciones. Si no fuera así, aunque una mujer estuviera embarazada seguiría ovulando todos los meses y podría quedar embarazada de nuevo.

¹⁴ MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS Dr. Amílcar Ríos Reyes BIRAPUERA - SAO PAULO – BRASIL. 2005

Los métodos hormonales se aprovechan de esta función que tiene la progesterona natural de impedir nuevas ovulaciones. Para ello se utilizan hormonas sintéticas de acción similar a la progesterona natural, evitando que un folículo que ha crecido se rompa liberando el óvulo.¹⁵

Además las hormonas producen un espesamiento del moco que hay en el orificio de entrada al útero, lo que dificulta la entrada de los espermatozoides. Estos son los principales mecanismos: anovulatorio y espesamiento del moco cervical. Además el endometrio (lámina que reviste el útero) cambia y hace menos probable que, tras el improbable fallo de todo lo anterior, el huevo anide.

2.7 TIPOS DE MÉTODOS HORMONALES

2.7.1 Píldora Anticonceptiva (oral)

Desde que la píldora apareció en el mercado europeo, en 1961, se han producido muchos avances que hacen de la píldora moderna una de las alternativas más eficaces y seguras de entre los métodos anticonceptivos.

La píldora moderna se denomina píldora combinada (AOCs) porque une dos componentes en su composición. Uno es un **estrógeno** (tipo de hormona sexual femenina) y el otro es el **gestágeno** (hormona sintética similar a la progesterona natural).

La función del estrógeno es ayudar al gestágeno, por un lado, y por otro, evitar que los folículos crezcan, aunque luego no se rompan. De esta forma se aumenta la eficacia anticonceptiva ya que no crecen los folículos y, aunque alguno creciera, no ovularía. Además regula los ciclos.¹⁶

¹⁵ López LM, Grimes DA, Gallo MF, Schulz KF. Skin patch and vaginal ring versus combined oral contraceptives for contraception. *Cochrane Database Syst Rev.* 2008.

¹⁶ ANTICONCEPTIVOS. Control Methods: How Well Do They Work? Revisado por: Neil Izenberg, MD. Fecha de revisión: julio de 2003.

2.7.2 Inyección Mensual

La función anticonceptiva de la inyección es semejante a la conseguida con la toma diaria de preparados combinados de estrógeno/gestágenos.

Las Inyecciones se pondrán siempre por vía intramuscular profunda (de preferencia en la región del glúteo, y como alternativa en el brazo).¹⁷

Es importante tener en cuenta que produce un retraso en el regreso de la fertilidad (hasta que disminuyan los niveles de los inyectables en el organismo). Antes de que las mujeres queden embarazadas hay una demora mayor de 4 meses en comparación con aquellas mujeres que han interrumpido el uso de anticonceptivos orales combinados, DIU, condones o métodos vaginales.

2.7.3 Implante

El sistema de implantes es un conjunto de pequeñas cápsulas plásticas (variando su número dependiendo de la presentación comercial) cada cápsula tiene el tamaño de un pequeño palillo de fósforo. Las cápsulas se insertan debajo de la piel en la parte superior del brazo de la mujer.

Las cápsulas contienen un gestágeno similar a la hormona natural producida por el cuerpo de la mujer. Las seis cápsulas liberan muy lentamente la hormona, de esta manera las cápsulas abastecen una dosis constante muy baja. Los implantes no contienen ningún estrógeno.¹⁸

Un juego de cápsulas puede prevenir el embarazo por un mínimo de cinco años. Sin embargo, puede ser efectivo por un tiempo más largo.

¹⁷ MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS Dr. Amílcar Ríos Reyes BIRAPUERA - SAO PAULO – BRASIL. 2005.10. Johansson E et al. Pharmacokinetic study of different dosing regimens of levonorgestrel for emergency contraception in healthy women. *Human Reproduction*. Vol.17, No 6 pp. 1472-1476, 2002

¹⁸ Mørch LS, Løkkegaard E, Andreasen AH, Krüger-Kjaer L, Lidegaard O. Hormone therapy and ovarian cancer. *JAMA*. 2009;302:298-305.

Los implantes actúan sobre el moco cervical, aumentando su densidad, lo cual dificulta el paso de los espermatozoides. Detienen la ovulación (salida de los óvulos del ovario) en cerca de la mitad de los ciclos menstruales (después del primer año de uso).

2.7.4. Anillo vaginal

Este dispositivo, aún no disponible en todos los países, consiste en un aro de plástico de unos cinco o seis centímetros de diámetro cargado con un depósito de hormonas.

Colocado en el fondo de la vagina por la propia usuaria, el anillo libera lentamente las hormonas, que son absorbidas por las paredes vaginales y pasan a la circulación sanguínea. Algunos modelos actúan como las píldoras anticonceptivas, se dejan colocados en la vagina durante tres semanas para que liberen estrógenos y gestágenos y luego se retiran durante una semana para que se presente una hemorragia por carencia hormonal.¹⁹

Otros modelos se dejan colocados en la vagina de tres a seis meses para que liberen gestágenos a bajas dosis, proporcionando un efecto anticonceptivo semejante al de las minipíldoras.

2.8. SEGURIDAD DE LOS ANTICONCEPTIVOS HORMONALES

Los anticonceptivos hormonales, sean en forma de píldora o de inyectable, ejercen su acción a través de la circulación sanguínea y pasan por órganos importantes del cuerpo de la mujer. Por este motivo su seguridad, y por tanto sus riesgos, dependerán del estado de salud, de los riesgos que la mujer ya tiene por tomar otros medicamentos, por la edad o por hábitos tóxicos como fumar, beber alcohol u otras drogas.

¹⁹Lopez LM, Grimes DA, Gallo MF, Schulz KF. Skin patch and vaginal ring versus combined oral contraceptives for contraception. *Cochrane Database Syst Rev.* 2008;(1):CD003552.

Los anticonceptivos orales se metabolizan en el hígado y en este órgano lo hacen también otros medicamentos, por tanto es importante consultar, si se toma o se va a tomar algún tipo de fármaco, si éste puede disminuir el efecto del anticonceptivo o a la inversa. Algunos antibióticos y algunos fármacos que se utilizan para el tratamiento de la epilepsia pueden alterar la eficacia de la píldora.

Tanto los implantes como las inyecciones pueden utilizarse durante la lactancia (seis semanas después del parto) pues la cantidad y calidad de la leche materna no parece alterarse; y además pueden ayudar a prevenir el cáncer de endometrio y los embarazos ectópicos.

Debemos tener en cuenta que estos métodos sólo previenen un embarazo no deseado, **no protegen contra las enfermedades de transmisión sexual** (ETS) incluyendo el SIDA. El único método anticonceptivo que previene el SIDA es el preservativo.

2.9. EFICACIA DE LOS ANTICONCEPTIVOS HORMONALES

Los anticonceptivos orales, y particularmente el método combinado, constituyen hoy por hoy el único método contraceptivo razonablemente eficaz, cercano al nivel del 100 por ciento de eficacia. Se debe valorar si la mujer se encuentra entre los grupos de riesgo de la anticoncepción oral (trastorno cardiovascular, hepático y fumadora habitual) y, también que algunos de estos riesgos desaparecen utilizando anticonceptivos hormonales no orales.

La eficacia de los anticonceptivos orales es de 2 a 3 embarazos por cada 100 mujeres que en 1 año de uso, y los fallos son, casi en su totalidad, debido a una toma incorrecta de la píldora. Es por esto que la eficacia de los implantes y las inyecciones aumenta a menos de 1 embarazo por cada 100



mujeres en 1 año de uso, debido a que son métodos de larga duración donde no hay necesidad de recordar nada.

2.10 EFECTOS SECUNDARIOS DE LOS ANTICONCEPTIVOS HORMONALES

En estudios realizados en el IMSS (Instituto Mexicano de Seguridad Social) en 417 mujeres se encontró que el efecto secundario más frecuente son las alteraciones del sangrado menstrual en 79 %, cefalea 63.1 %, náuseas 44.7 %, mareos 36.8 %, otros efectos 44.7 %, y en 85 usuarias de implante subdérmico se demostraron alteraciones del patrón menstrual.

En 24.7 % se presentaron sangrados infrecuentes, en 11.8 % sangrados frecuentes, prolongados en 7 %, y amenorrea en 10.6 %. Otros estudios demuestran que uno de los efectos de los hormonales combinados es disminuir la cantidad del sangrado menstrual por atrofia endometrial, benéfica en pacientes con polimenorrea y endometriosis, disminuyendo en forma importante el dolor.²⁰

Se describe que los hormonales orales no se contraindican en pacientes con migraña. En 86 pacientes usuarias de anticonceptivos hormonales combinados la incidencia de sangrado intermenstrual es mayor en la medida en que disminuye el estrógeno y aumenta el progestágeno; otros plantean que depende de la respuesta endometrial y de los vasos endometriales, encontrando una tendencia de disminución de sangrado intermenstrual con el uso de hormonales orales en varios meses de uso, y se reporta como efectos adversos el aumento de peso ($p < 0.05$), náuseas, molestias

²⁰Vloten WA, Sigurdsson V. Selecting an oral contraceptive agent for the treatment of acne in women. *Am J Clin Dermatol* 2004;5(6):435-441. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15663340>

mamarias, cefalea, hipertensión arterial, y con menor frecuencia melasma, várices, galactorrea y acné.²¹

2.10.1. Sangrado intermenstrual

El sangrado vaginal irregular o intermenstrual y el spotting o goteo, hacen parte de los efectos secundarios más comunes y suelen ser motivos de abandono del uso de los anticonceptivos orales, si la usuaria no ha sido debidamente ilustrada.

El sangrado intermenstrual y el spotting durante los primeros ciclos de uso de anticonceptivos de microdosis es un evento común que no debe ser motivo de alarma, el cual es debido a que al administrar esteroides anticonceptivos a bajas dosis para aminorar los efectos secundarios y aumentar al máximo la seguridad, no se alcanza un completo control del ciclo. Los anticonceptivos orales combinados que incluyen 20 ug de Etinil-estradiol poseen un control del ciclo más irregular que los anticonceptivos orales de 30 ug.

El sangrado intermenstrual suele ser más frecuente en mujeres con historia de sangrados irregulares. El uso irregular de las tabletas anticonceptivas suele ser causa de un pobre control del ciclo, aumentándose la incidencia de sangrado intermenstrual y spotting. Las usuarias fumadoras experimentan entre 20 y 90% más goteo y sangrado intermenstrual que las no fumadoras. El peso o la edad no tienen influencia en las irregularidades del sangrado.²²

²¹Allais G, De Lorenzo C, Mana O, Benedetto C. Oral contraceptives in women with migraine: balancing risks and benefits. *NeuroSci* 2004;25(Suppl3):S211-S214 Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15549539>

²²Monterrosa A. Actualización de conceptos en anticoncepción orales combinados. Librería digital. En Colombia.net. 2011. Disponible en: <http://www.encolombia.com/anticonceptivos-combinados-efectos.htm>

2.10.2. Hipermenorrea y amenorrea

La hipomenorrea es un evento constante en las pacientes que reciben anticonceptivos orales de microdosis. Andolsek citado por Monterrosa²³ evaluó un régimen trifásico de Norgestimato y Etinil-estradiol observando que se produjeron cambios mínimos e insignificantes en el volumen de sangrado y la duración promedio de la menstruación descendió de 5.58 días en el primer ciclo a 5.07 días durante los ciclos 13 - 24.

El bajo contenido estrogénico presente en la tableta no tiene el suficiente poder para hacer crecer el endometrio, y al presentarse un predominio del efecto progestagénico se produce un aplanamiento y atrofia endometrial. La caída del escaso tejido endometrial se manifestará clínicamente como hipomenorrea, condición que a su vez traerá como consecuencia benéfica la disminución en la incidencia de anemia ferropénica. Este efecto sobre el endometrio es reversible y a la reanudación de la función ovárica, al suspenderse el uso de los anticonceptivos orales, se restablecerá su crecimiento y desarrollo.

No existe evidencia alguna que los anticonceptivos orales sean causa de amenorrea secundaria. La incidencia de amenorrea con el uso de la píldora es del 0.8%, más cuando se presenta suele generar mucha ansiedad e incertidumbre por el temor a embarazo. Si este tipo de eventos se presentan, deberá suspenderse el anticonceptivo oral y cambiar la paciente a un método de anticoncepción no hormonal. El 80% de las pacientes recuperarán su función menstrual normal en tres meses y al año el 95-98% tendrán ovulaciones normales.²⁴

²³Ibid pág. 15

²⁴Monterrosa A. Actualización de conceptos en anticoncepción orales combinados. Librería digital. En Colombia.net. 2011

2.10.3. Infección de vías urinarias

Monterrosa citan estudios realizados por el Royal Collage Of General Practitioners y otro por Walnut Creek, quienes aseveran haber encontrado un aumento significativo del riesgo de infecciones urinarias entre usuarias de todas las edades, en comparación con las no usuarias. Ambas investigaciones estiman que estos hallazgos se deben al aumento de la actividad sexual.²⁵

2.10.4. Flujo vaginal

Los anticonceptivos hormonales de alta concentración estrogénica están asociados con un aumento en la frecuencia de colonización vaginal por Cándida, pero estos hallazgos no han sido confirmados en usuarias de anticonceptivos orales combinados de microdosis.

En una valoración realizada por Spinillo y Col encontraron que la píldora no influye en la ocurrencia de infección micótica esporádica, pero sí son un significativo factor de riesgo para candidiasis recurrente. La frecuencia de la candidiasis vaginal recurrente es pequeña y son múltiples los factores que pueden influenciar en su presencia.²⁶

2.10.5. Cefalea

Las usuarias de anticonceptivos hormonales que presenten cefalea persistente, deben suspender el método y ser evaluadas para descartar patología neurológica. La jaqueca es un dolor de cabeza fuerte y pulsátil, precedido generalmente de alteraciones visuales y acompañado de náuseas, que a menudo se alivia con el sueño, producido por espasmo de

²⁵Ibid pág. 18

²⁶Malgor L. Anticonceptivos hormonales. 2011. Disponible en: <http://med.unne.edu.ar/catedras/farmacologia/claspostgr/anticoncept.pdf>

los vasos sanguíneos y constituye una contraindicación formal el uso de anticonceptivos orales. Si los dolores de cabeza se interpreta sean de origen sicosomático, causados por tensión psicológica o emocional y la valoración por Neurología es normal, se puede continuar el método con fórmulas de muy baja concentración de estrógenos, por ejemplo Etinil-estradiol a 20 ug.

2.10.6. Cloasma

Es un aumento en la pigmentación de la piel de la cara, similar a la mancha gravídica. El cloasma está relacionado con los niveles de estrógenos y era mucho más frecuente con los viejos preparados de macrodosis. Puede prevenirse su aparición evitando la exposición repetida a los rayos solares. Se debe tener en cuenta que es posible que tarde mucho tiempo en desaparecer o incluso puede no llegar a desaparecer por completo.

2.10.7. Mastalgias

Las usuarias con hipersensibilidad mamaria persistentes pueden ser cambiadas a anticonceptivo hormonales que contienen menor dosis de estrógeno u otro tipo de gestágeno, como el Levonorgestrel. Algunos estudios Británicos han informado que aquellos anticonceptivos orales con gestágenos muy potentes, por ejemplo Levonorgestrel, producen menos síntomas mamarios.

3. MARCO REFERENCIAL

3.1. CONSTITUCIÓN E HISTORIA DE LA UNIDAD DE SALUD.



El SCS de Sayausí se crea en el año de 1974 como un puesto de salud. En 1979, la Jefatura Provincial de Salud del Azuay, inaugura el SCS de Salud, perteneciendo al Área de Salud N°2. A partir de 1999, con la reestructuración de las áreas de salud a nivel nacional, en la provincia del Azuay, las trece áreas existentes se reducen a diez y pasa a formar parte del Área N°4 – Yanuncay.

3.2. UBICACIÓN

Sayausí es una parroquia rural, que pertenece a la provincia del Azuay, al cantón Cuenca, está situada al noreste de la ciudad de Cuenca, está ubicada a 8Km de la ciudad de Cuenca sobre el río Tomebamba con una altura de 1640 a 4200 metros sobre el nivel del mar. Tiene una superficie de 369 km².

3.3. LÍMITES GEOGRÁFICOS



Los límites de acuerdo a la situación geográfica son:

Norte: La parroquia Chiquintad y la provincia del Cañar.

Sur: La parroquia San Joaquín.

Este: La parroquia Chiquintad, Sinincay y San Sebastián.

Oeste: Molleturo.

3.4. PROCESOS PROTECTORES DE LA SALUD

Dentro de los procesos protectores de la salud están las actividades realizadas por parte del personal de salud, que son:

- Inmunizaciones.
- Atención maternainfantil.
- Control escolar.
- Control de Infiño sano.
- Planificación familiar.
- DOTS.
- DOC.
- Visitas domiciliarias.
- Programas educativos a través de charlas y proyección de videos a madres y estudiantes de los centros educativos.
- Programas de limpieza del sector.
- Campaña para educar a profesores, líderes comunitarios y requisitos sobre la Tuberculosis Pulmonar en Sayausí.
- Trabajo conjunto con todas las organizaciones de la parroquia: Junta Parroquial, la Cooperativa de ahorro y crédito Juventud Ecuatoriana Progresista. Además el 5% de la población cuenta con los beneficios brindados por el Instituto de Seguridad Social.

3.5. PROCESOS DESTRUCTIVOS DE LA SALUD

Dentro de estos procesos destructivos, podemos anotar, entre los más importantes:

- No cuentan con agua potable (el 95% consumen agua entubada y el 5 % toman agua directamente el agua del río matadero).
- Tala indiscriminada de árboles.
- Depósitos de basuras y eliminación de aguas servidas al río.



- Alcoholismo, según estudios realizados apenas 0,40% de la población acepta consumir alcohol una vez a la semana y otro 0,30% todos los días.
- Un alto consumo de insecticidas y abonos químicos que se usa para la finalidad de mejorar la calidad del suelo para el cultivo.
- La cría de pollos y chanchos sin tomar normas sanitarias apropiadas.
- Violencia intrafamiliar manifestada por las condiciones culturales, la composición demográfica, el nivel de ingresos, y el nivel de educación, el 9% de la población declara haber tenido discusiones e insultos, el 1% se dan de golpes, será acaso porque las mujeres consideran a los golpes como legítima o normal.



4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

4.1. Objetivo General

Determinar los efectos secundarios asociados al uso de anticonceptivos hormonales en mujeres que acuden al Subcentro de Salud de Sayausí, en los meses Junio a Agosto del 2012.

4.2. Objetivos Específicos

1. Determinar la edad, estado civil, vida sexual de las mujeres que utilizan anticonceptivos hormonales que acuden al Subcentro de salud de Sayausí, en los meses de Junio a Agosto del 2012.
2. Describir la distribución de los diferentes métodos anticonceptivos hormonales utilizados de acuerdo al estado civil, residencia, religión en mujeres que acuden al Subcentro de salud de Sayausí, en los meses de Junio a Agosto del 2012.
3. Determinar la ocupación, el nivel de educación y antecedentes gineco-obstétricos de las mujeres que utilizan anticonceptivos hormonales y que acuden al Subcentro de salud de Sayausí, en los meses de Junio a Agosto del 2012
4. Identificar la prevalencia de uso de anticonceptivos hormonales según su tipo, en mujeres que acuden al Subcentro de salud de Sayausí en los meses junio, julio y agosto 2012.
5. Identificar los efectos secundarios asociados al uso de distintos tipos de anticonceptivos hormonales en mujeres que acuden al Subcentro de salud de Sayausí, en los meses de Junio a Agosto del 2012.

5. DISEÑO METODOLÓGICO

5.1. Tipo de estudio

La presente investigación fue un tipo de estudio descriptivo, de corte transversal que se realizó en el Subcentro de Salud de Sayausí y que nos permitió cumplir con los objetivos planteados.

5.2. Universo

El universo de estudio fue heterogéneo y finito, lo conformaron todas las mujeres que utilizan anticonceptivos hormonales y que acuden al Subcentro de Salud de Sayausí, durante los meses de junio a agosto del 2012. Se estima que se realizan un total de 405 consultas por anticoncepción hormonal de cualquier tipo anualmente, en el presente estudio se realizó en un periodo de tiempo de 3 meses, tomando en cuenta el marco muestral de acuerdo al criterio de las investigadoras.

5.3. Variables

- **VARIABLE INDEPENDIENTE**
 - Anticoncepción

- **VARIABLE DEPENDIENTE**
 - Anticoncepción hormonal
 - Efectos secundarios

- **VARIABLES DE CONTROL**
 - Ocupación
 - Residencia
 - Estado civil
 - Religión
 - Ingreso económico
 - Escolaridad

- **VARIABLE MODERADORA**

- Edad
- Antecedentes gineco-obstétricos
- Tiempo de visita al médico.

5.4 Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Edad	Tiempo de vida desde el nacimiento hasta la fecha.	Tiempo en años	Años cumplidos	Numérica, Intervalos mutuamente excluyentes.
Religión	Conjunto de creencias, dogmas y de prácticas rituales para un culto determinado	Creencias y prácticas religiosas	Testimonio verbal de la paciente	Católica Otra
Escolaridad	Años escolares aprobados en una institución educativa	Años de estudios realizados	Años de estudio aprobados	Analfabeta Primaria Secundaria Superior
Estado civil	Grado de vínculo entre dos personas determinado por ley	El grado de vínculo social entre dos personas	Las diferentes formas de vínculo social entre dos personas.	Soltera Casada Viuda Divorciada Unión libre
Antecedentes Gineco-obstétricos	Historia sexual y Reproductiva de la usuaria	Historial Gineco-obstétrica.	Numero de gestaciones, abortos.	Gestas Para HV. HM Abortos Cesáreas
Residencia	Lugar de vivienda	Ubicación geográfica de la vivienda	Ubicación de la casa	Urbano Rural



Ocupación	Actividad que cumple la persona en el sistema de producción.	Los Diferentes empleos u oficios.	Los diferentes empleos u oficios.	Cual.....
Ingreso económico	Cantidad de dinero que gana una persona, grupo o empresa de manera periódica y regular	Cantidad del ingreso económico al hogar	El ingreso económico al hogar	<500 500 – 1000 >1000
Método anticonceptivo hormonal	Intervención médica a través de hormonas que impide o reduce significativamente las posibilidades de una fecundación en mujeres fértiles que mantienen relaciones sexuales de carácter heterosexual.	Método utilizado para evitar el embarazo	Tipo de método hormonal	Implante Subdermico Oral Inyectable Otro..... cual
Tiempo de uso del método anticonceptivo hormonal	Periodo temporal desde el inicio de uso del método hasta el día de la entrevista.	Tiempo que utiliza	Meses	Numérica, Intervalos mutuamente excluyentes.
Número de consultas al médico mensuales para control del método.	Visitas médicas exclusivas para control del método anticonceptivo.	Número de visitas médicas	Número de visitas/mes	Numérica
Efectos secundarios presentados	Daño no intencionado provocado por el	Uso de los anticonceptivos	Referencias de malestares o consecuencias	- Alteraciones del sangrado menstrual.



durante el uso del anticonceptivo hormonal.	uso de anticonceptivos hormonales en sus distintas modalidades.	hormonales	por las encuestadas	<ul style="list-style-type: none">- Cefalea- Náusea- Mareos- Alteraciones en el patrón menstrual- Sangrados infrecuentes- Amenorrea.- Mastalgia- Galactorrea.- HTA- Cloasma- Várices- Acné- ITU- Otros
---	---	------------	---------------------	---

6. MÉTODOS TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

6.1 Método: cuantitativo, cualitativo

6.2 Técnica

Para la obtención de los datos, primeramente se solicitó el consentimiento verbal y escrito, posteriormente se aplicó una encuesta por medio de un formulario previamente elaborado (**ver anexo # 2**), a todas las mujeres que acudieron al Subcentro de Salud de Sayausí en los meses de Junio a Agosto del 2012, de Lunes a Viernes en el horario de 9:00 H a 13: 30 H excepto los días festivos.

6.3 Instrumento

Formulario para levantamiento de datos

6.4 Criterios de inclusión

- Todas las mujeres que utilizan métodos anticonceptivos hormonales que acuden al SCS de Sayausí, en los meses de Junio, a Agosto del año en curso.
- Mujeres que aceptaron y firmaron el consentimiento informado.

6.5 Criterios de exclusión

- Mujeres que no quisieron participar en la investigación o que no firmaron el consentimiento informado de la entrevista.

6.6 Procedimientos de recolección de la información, instrumentos a utilizar y procedimiento para garantizar la calidad de los datos.

- Cuestionario base: Para la recolección de la información, se empleó un cuestionario que incluyó las variables establecidas para el estudio, elaborado por el autor. (**Anexo # 2**)
- Para la obtención de la información se realizó una entrevista con las mujeres usuarias del método anticonceptivo hormonal, se le formularon las preguntas en términos fácilmente comprensibles, las autoras del presente trabajo fueron las únicas responsables de la recolección de la información.

6.7 Procedimientos para garantizar aspectos éticos

El presente protocolo fue aprobado por el comité de Bioética de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca, se elaboró un documento de consentimiento informado para las pacientes y/o representantes legales si se tratase de pacientes menores de edad, donde se explicó detalladamente la investigación. (**Anexo # 1**)

7. PLAN DE ANÁLISIS Y TABULACIÓN.

Los datos recogidos fueron digitalizados en una base de datos en el paquete estadístico SPSS 19.0 para Windows, a partir de ésta se generaron tablas de distribuciones para todas las variables, además se obtuvieron estadísticos de dispersión y de ubicación según la variable.

La prevalencia de los efectos adversos fue obtenida en base a la frecuencia de cada factor de riesgo y su relación con el total de la muestra. Para el contraste de la hipótesis se utilizó el estadístico Chi cuadrado de Pearson, para medir el tamaño del efecto se utilizó la razón el riesgo relativo con sus

respectivos intervalos de confianza para un 95% de confianza, para significancia estadística se obtuvo el estadístico p. Para el riesgo relativo se utilizó el cálculo en tablas de contingencia del programa Epidat 3.1, la distribución de los datos para este procedimiento fue la siguiente:

	Efecto secundario		Total
	Presente	Ausente	
Anticonceptivo hormonal oral	A	B	a+b
Otrotipo de anticonceptivos	c	D	c+d
Total	a+b	b+d	a+b+c+d

La Fórmula utilizada para obtener la RP fue la siguiente:

$$\text{Razón de Prevalencia} = (a/(a+b)) / ((c/(c+d)))$$

8. RESULTADOS

TABLA N°1
DISTRIBUCIÓN DE 170 USUARIAS DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS
HORMONALES QUE ACUDEN AL SUBCENTRO DE SALUD DE SAYAUSÍ
SEGÚN EDAD. CUENCA 2012.

Edad	Frecuencia	Porcentaje	
<= 19 años	21	12,4	
20 - 29 años	88	51,8	
30 - 39 años	52	30,6	X= 27,55años
> 39 años	9	5,3	
Total	170	100,0	DS= 6,44años

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Las autoras

ANÁLISIS

La media de la edad se ubicó en 27,55 años con una desviación estándar de 6,44 años de edad, y el grupo de mayor prevalencia fue el de 20-29 años de edad con el 51,8% de la población, evidenciándose que son las mujeres jóvenes las principales beneficiarias de este tipo de métodos, además va en relación con la edad fértil; también se evidenció que un 12,4% de la población usuaria es adolescente (<=19 años); un 30,6% de la población usuaria tuvo entre los 30-39 años de edad y el grupo hectárea que menos usa estos métodos anticonceptivos fue el de mayor edad es decir las mujeres con más de 39 años.

TABLA N°2
DISTRIBUCIÓN DE 170 USUARIAS DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS
HORMONALES QUE ACUDEN AL SUBCENTRO DE SALUD DE SAYAUSÍ
SEGÚN ESTADO CIVIL. CUENCA 2012.

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Casada	78	45,9
Divorciada	5	2,9
Soltera	19	11,2
Unión estable	68	40,0
Total	170	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Las autoras

ANÁLISIS

En la tabla N 2 observamos que el 45,9% de la población en estudio es casada siendo éste el grupo más representativo, las mujeres casadas generalmente son las que buscan un método de anticoncepción, el 11,2% de la población es soltera, sin un vínculo matrimonial y busca también anticoncepción, el 40% se encuentra en unión libre mientras que un 2,9% son divorciadas.

TABLA N°3
DISTRIBUCIÓN DE 170 USUARIAS DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS
HORMONALES QUE ACUDEN AL SUBCENTRO DE SALUD DE SAYAUSÍ
SEGÚN RESIDENCIA. CUENCA 2012.

Residencia	Frecuencia	Porcentaje
Rural	127	74,7
Urbana	43	25,3
Total	170	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Las autoras

ANÁLISIS

El tipo de residencia de mayor frecuencia es el área rural con el 74,3% de la población, por ser esta el área de cobertura perteneciente al centro de salud.

TABLA N° 4
DISTRIBUCIÓN DE 170 USUARIAS DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS
HORMONALES QUE ACUDEN AL SUBCENTRO DE SALUD DE SAYAUSÍ
SEGÚN ESCOLARIDAD. CUENCA 2012.

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Analfabeta	4	2,4
Primaria	91	53,5
Secundaria	60	35,3
Superior	15	8,8
Total	170	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Las autoras

ANÁLISIS

El 53,5% de la población en estudio posee un nivel de instrucción primaria, siendo éste el de mayor frecuencia seguido de la secundaria con un 35,3%, también se encontró un 8,8% de usuarias con un nivel de instrucción superior y el 2,4% de analfabetismo; el nivel de instrucción depende de muchos factores, sin embargo llama la atención el bajo nivel encontrado, además el porcentaje de analfabetismo es elevado.



TABLA N°5
DISTRIBUCIÓN DE 170 USUARIAS DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS
HORMONALES QUE ACUDEN AL SUBCENTRO DE SALUD DE SAYAUSÍ
SEGÚN RELIGIÓN. CUENCA 2012.

Católica	Frecuencia	Porcentaje
Católica	157	92,4
Otra	13	7,6
Total	170	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Las autoras

ANÁLISIS

El 92,4% de la población refirió que practica la religión católica mientras que el 7,6% otra religión, dentro de éstas últimas la evangélica es la de mayor prevalencia con un 4,7%, los testigos de Jehová con un 1,8%; y el 0,6% cada una los adventistas y los ateos.

TABLA N°6
DISTRIBUCIÓN DE 170 USUARIAS DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS
HORMONALES QUE ACUDEN AL SUBCENTRO DE SALUD DE SAYAUSÍ
SEGÚN OCUPACIÓN. CUENCA 2012.

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
QQDD	101	59,4
Empleada privada	19	11,2
Comerciante	10	5,9
Empleada doméstica	9	5,3
Estudiante	9	5,3
Agricultura	7	4,1
Costurera	6	3,5
Artesana	1	,6
Asistente	1	,6
Auxiliar enfermería	1	,6
Cosmetóloga	1	,6
Ebanistería	1	,6
Mesera	1	,6
Negociante	1	,6
Profesora	1	,6
Trabajo social	1	,6
Total	170	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Las autoras

ANÁLISIS

Las ocupaciones de la población en estudio son variables y numerosas, sin embargo la de mayor frecuencia con el 59,4% es de Quehaceres domésticos; con un 11,2% de la población es empleada privada, un 5,9% comerciante, un 5,3% cada una las siguientes ocupaciones: empleada doméstica y estudiantes; se registraron otras ocupaciones sin embargo con porcentajes menores. Observamos que las ocupaciones no profesionales son las más numerosas, esto podría ir en relación con el nivel de instrucción encontrado.

TABLA N°7
DISTRIBUCIÓN DE 170 USUARIAS DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS
HORMONALES QUE ACUDEN AL SUBCENTRO DE SALUD DE SAYAUSÍ
SEGÚN INGRESOS ECONÓMICOS. CUENCA 2012.

Ingresoseconómicos	Frecuencia	Porcentaje
< USD 500	159	93,5
USD 500-1000	10	5,9
> USD 1000	1	,6
Total	170	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Las autoras

ANÁLISIS

El 93,5% de la población posee ingresos mensuales menores a los USD 500 siendo ésta la tendencia; un 5,9% posee ingresos entre los 500-1000 USD y únicamente el 0,6% más de USD 1000. Esta variable va en relación con la ocupación, pero a pesar de que en la mayoría de los casos la población es ama de casa observamos algún tipo de ingreso económico, lo que se puede indicar que la población obtiene recursos que son compatibles con el salario mínimo vital ecuatoriano.

TABLA N°8
DISTRIBUCIÓN DE 170 USUARIAS DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS
HORMONALES QUE ACUDEN AL SUBCENTRO DE SALUD DE SAYAUSÍ
SEGÚN NÚMERO DE GESTAS. CUENCA 2012.

Gestas	Edad									
	<= 19 años		20-29 años		30-39 años		> 39 años		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
0	2	66,7	1	33,3	0	0	0	0	3	1,8
1	14	27,5	32	62,7	5	9,8	0	0	51	30
2	5	9,4	33	62,3	14	26,4	1	1,9	53	31,2
3	0	0	15	55,6	11	40,7	1	3,7	27	15,9
4	0	0	5	23,8	15	71,4	1	4,8	21	12,4
5	0	0	1	11,1	5	55,6	3	33,3	9	5,3
6	0	0	1	20	2	40	2	40	5	2,9
10	0	0	0	0	0	0	1	100	1	0,6
Total	21	12,4	88	51,8	52	30,6	9	5,3	170	100

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Las autoras

ANÁLISIS

Las gestas de la población en estudio son múltiples, van desde un mínimo de cero hasta un máximo de 10 gestas; la mayor frecuencia es para las mujeres con 2 gestas con el 31,2% de la población. Si se analiza esta variable por edad encontramos como es obvio de suponer en las menores edades el número de gestas es menor, y el número de gestas aumenta conforme lo hace la edad. En las usuarias sin gestas el 66,7% son adolescentes mientras que el 0% son > 39 años de edad, mientras que en las mujeres con 10 gestas la relación es inversa 0% en adolescentes y el 100% en mujeres > 39 años; la tendencia es clara y se ve expresada en la tabla 8.

TABLA N°9
DISTRIBUCIÓN DE 170 USUARIAS DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS
HORMONALES QUE ACUDEN AL SUBCENTRO DE SALUD DE
SAYAUSÍSEGÚN NÚMERO DE PARTOS. CUENCA 2012.

Número de partos	Frecuencia	Porcentaje
0	27	15,9
1	49	28,8
2	47	27,6
3	24	14,1
4	14	8,2
5	3	1,8
6	5	2,9
9	1	0,6
Total	170	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Las autoras

ANÁLISIS

El 28,8% de la población es primípara, mientras que el 27,6% de la población presentó ser secundípara. Esta variable va en relación con el número de gestas, en la mayoría de los casos observamos que el número de partos no superan los 2.

TABLA N°10
DISTRIBUCIÓN DE 170 USUARIAS DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS
HORMONALES QUE ACUDEN AL SUBCENTRO DE SALUD DE SAYAUSÍ
SEGÚN NÚMERO DE CESÁREAS. CUENCA 2012.

Número de cesáreas	Frecuencia	Porcentaje
0	134	78,8
1	25	14,7
2	8	4,7
3	3	1,8
Total	170	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Las autoras

ANÁLISIS

El 78,8% de la población en estudio no poseía ninguna cesárea. El 14,7% poseía una cesárea. El porcentaje es elevado, incluso se observa que algunas mujeres poseen más de una cesárea.

TABLA N°11
DISTRIBUCIÓN DE 170 USUARIAS DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS
HORMONALES QUE ACUDEN AL SUBCENTRO DE SALUD DE
SAYAUSÍSEGÚN NÚMERO DE HIJOS VIVOS Y EDAD. CUENCA 2012.

Hijos vivos	Edad									
	<= 19 años		20-29 años		30-39 años		> 39 años		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
0	2	26,6	4	57,1	1	14,3	0	0	7	4,1
1	16	29,6	32	59,3	6	11,1	0	0	54	31,8
2	3	5,2	36	62,1	18	31	1	1,7	59	34,1
3	0	0	10	34,5	16	55,2	3	10,3	29	17,1
4	0	0	4	30,8	8	61,5	1	7,7	13	7,6
5	0	0	1	25	1	25	2	50	4	2,4
6	0	0	1	25	2	50	1	25	4	2,4
9	0	0	0	0	0	0	1	100	1	0,6
Total	21	12,4	88	51,8	52	30,6	9	5,3	170	100

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Las autoras

ANÁLISIS

El 34,1% de la población posee 2 hijos vivos mientras que el 31,8% uno, siendo estos los grupos de mayor frecuencia. Al analizar su relación con la edad encontramos que en la población con ningún hijo vivo el 26,6% es adolescente mientras que el 0% fueron mujeres de mayores edades >39 años; no se evidencia una clara tendencia en lo referente a la edad y el número de hijos vivos, sin embargo se observa que el número de hijos vivos máximo en adolescentes es 2, no se registraron mayor número de hijos vivos en esta población, esto en relación con el menor número de gestas y partos en las adolescentes.

TABLA N°12
DISTRIBUCIÓN DE 170 USUARIAS DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS
HORMONALES QUE ACUDEN AL SUBCENTRO DE SALUD DE SAYAUSÍ
SEGÚN NÚMERO DE HIJOS MUERTOS. CUENCA 2012.

Número de hijos muertos	Frecuencia	Porcentaje
0	166	97,6
1	4	2,4
Total	170	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Las autoras

ANÁLISIS

El 97,6% de la población no posee hijos muertos. Un 2,4% de la población posee hijos muertos. La mortalidad observada es baja, 4 casos de 170 usuarias en estudio.

TABLA N°13
DISTRIBUCIÓN DE 170 USUARIAS DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS
HORMONALES QUE ACUDEN AL SUBCENTRO DE SALUD DE
SAYAUSÍ SEGÚN NÚMERO DE ABORTOS. CUENCA 2012.

Número de abortos	Frecuencia	Porcentaje
0	141	82,9
1	24	14,1
2	5	2,9
Total	170	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Las autoras

ANÁLISIS

El 82,9% de la población no posee aborto alguno al momento de la encuesta, el 14,1% presenta un aborto. Se observa que el 2,9% de la población posee 2 abortos.

TABLA N°14
DISTRIBUCIÓN DE 170 USUARIAS DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS
HORMONALES QUE ACUDEN AL SUBCENTRO DE SALUD DE SAYAUSÍ
SEGÚN TIPO DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO UTILIZADO Y EDAD.
CUENCA 2012.

Método anticonceptivo	Edad									
	<= 19 años		20-29 años		30-39 años		> 39 años		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Implante hormonal	7	17,1	23	56,1	11	26,8	0	0	41	24,1
Inyectable	8	11,1	40	55,6	20	27,8	4	5,6	72	42,4
Oral	6	10,5	25	43,9	21	36,8	5	8,8	57	33,5
Total	21	12,4	88	51,8	52	30,6	9	5,3	170	100

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Las autoras

ANÁLISIS

La tesis involucra pacientes con uso regular de anticonceptivos hormonales por lo tanto no se registra pacientes con otro método anticonceptivo, de la población incluida el 42,4% la vía de administración es inyectable, en el 33,5% es oral y en el 24,1% de la población usa el implante hormonal. Analizando esta variable según edad encontramos que el implante hormonal es más utilizado por mujeres entre los 20-29 años de edad con el 56,1%; esta tendencia se repite con los anticonceptivos inyectables y orales con un 55,6% y 43,9% respectivamente; hay que anotar también que este grupo de edad representa el 51,8% de la población lo que puede estar influyendo en esta tendencia.

TABLA N°15
DISTRIBUCIÓN DE 170 USUARIAS DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS
HORMONALES QUE ACUDEN AL SUBCENTRO DE SALUD DE SAYAUSÍ
SEGÚN TIPO DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO UTILIZADO Y NUMERO
DE PARTOS. CUENCA 2012.

Método anticonceptivo	Número de partos																	
	0		1		2		3		4		5		6		9		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Implante hormonal	4	9,8	15	36,6	14	34,1	6	14,6	1	2,4	0	0	1	2,4	0	0	41	24,1
Inyectable	13	18,1	16	22,2	24	33,3	8	11,1	7	9,7	2	2,8	1	1,4	1	1,4	72	42,4
Oral	10	17,5	18	31,6	9	15,8	10	17,5	6	10,5	1	1,8	3	5,3	0	0	57	33,5
Total	27	15,9	49	28,8	47	27,6	24	14,1	14	8,2	3	1,8	5	2,9	1	0,6	170	100

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Las autoras

ANÁLISIS

El uso de los diferentes métodos anticonceptivos según el número de partos, posee una tendencia, en las pacientes con uso de implante hormonal la mayor proporción de uso se da en mujeres con 2 partos, en las usuarias de anticoncepción inyectable se observa la misma realidad, las mujeres con 2 partos son las mayores con un 33,3%; mientras que las usuarias de anticoncepción oral en el 31,6% de los casos poseen un parto.

TABLA N°16
DISTRIBUCIÓN DE 170 USUARIAS DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS HORMONALES QUE ACUDEN AL SUBCENTRO DE SALUD DE SAYAUSÍ SEGÚN TIEMPO DE USO DEL MÉTODO ANTICONCEPTIVO UTILIZADO Y EDAD. CUENCA 2012.

Tiempo de uso de método	Edad									
	<=19 años		20-29 años		30-39 años		> 39 años		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
< 1 año	12	20,7	29	50	14	24,1	3	5,2	58	34,1
1-5 años	9	9,1	53	53,5	32	32,3	5	5,1	99	58,2
6-10 años	0	0	0	0	6	50	6	50	12	7,1
16 años y +	0	0	0	0	1	100	0	0	1	0,6
Total	21	12,4	88	51,8	52	30,6	9	5,3	170	100

X= 2,11años

DS= 2,35años

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Las autoras

ANÁLISIS

El 58,2% de la población presenta un tiempo de uso del método anticonceptivo entre 1-5 años mientras que el segundo grupo de mayor prevalencia es el de < 1 año con el 34,1% siendo éstos los de mayor frecuencia. La media de tiempo de uso del método se ubica en 2,11 años con un DS de 2,35 años. En lo referente a la edad encontramos que las adolescentes poseen un tiempo de uso menor a un año con un 20,7%, pero es en las mujeres de 20-29 años donde este tiempo de uso de anticoncepción posee el 50% de los casos, igual situación sucede con el uso entre 1-5 años es entre las mujeres de 20-29 años donde el 53,% posee este tiempo de uso; es obvio de suponer que el tiempo de uso de un anticonceptivo aumente con la edad y esto se evidencia al momento de analizar, el uso entre 6-10 años es en las mujeres entre los 30-39 años con el 50% de los casos y el 100% de mujeres con uso de anticoncepción entre los 16 años.

TABLA N°17
DISTRIBUCIÓN DE 170 USUARIAS DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS
HORMONALES QUE ACUDEN AL SUBCENTRO DE SALUD DE SAYAUSÍ
SEGÚN NÚMERO DE CONSULTAS MENSUALES AL MÉDICO. CUENCA
2012.

Número de consultas	Edad									
	<= 19 años		20-29 años		30-39 años		> 39 años		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
0	4	13,3	18	60	7	23,3	1	3,3	30	17,6
1	17	12,4	67	48,9	45	32,8	8	5,8	137	80,6
2	0	0	2	100	0	0	0	0	2	1,2
3	0	0	1	100	0	0	0	0	1	0,6
Total	21	12,4	88	51,8	52	30,6	9	5,3	170	100

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Las autoras

ANÁLISIS

El 17,6% de la población no realiza controles mensuales del método anticonceptivo, el 80,6% realiza este tipo de control una vez por mes, el 1,2% 2 veces por mes y por último el 0,6% realiza 3 controles mensuales. Analizando esta variable según edad encontramos que para todos los números de consultas la edad de mayor frecuencia es entre los 20-.29 años; es en esta edad donde se registró la mayor prevalencia de incumplimiento con el 60%, en este grupo de edad el 48,6% acude al menos una vez a consulta; mientras que entre las mujeres que acuden 3 veces al médico el 100% presenta edades entre los 20-29 años de edad.

TABLA N°18
DISTRIBUCIÓN DE 170 USUARIAS DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS HORMONALES QUE ACUDEN AL SUBCENTRO DE SALUD DE SAYAUSÍ SEGÚN EFECTOS SECUNDARIOS DERIVADOS DEL USO DEL MÉTODO ANTICONCEPTIVO. CUENCA 2012.

Efectosecundario	Edad									
	<= 19 años		20-29 años		30-39 años		> 39 años		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
AlteraciónSangrado menstrual										
Si	10	13,3	37	49,3	22	29,3	6	8	75	44,1
No	11	11,6	51	53,7	30	31,6	3	3,2	95	55,9
Cefalea										
Si	14	16,1	44	50,6	22	25,3	7	8	87	51,2
No	7	8,4	44	53	30	36,1	2	2,4	83	48,8
Náusea										
Si	11	22	24	48	12	24	3	6	50	29,4
No	10	8,3	64	53,3	40	33,3	6	5	120	70,6
Mareos										
Si	8	14,5	24	43,6	19	34,5	4	7,3	55	32,4
No	13	11,3	64	55,7	33	28,7	5	4,3	115	67,6
Alteración del patrón menstrual										
Si	9	12,3	39	53,4	19	26	6	8,2	73	42,9
No	12	12,4	49	50,5	33	34	3	3,1	97	57,1
Sangrado infrecuente										
Si	5	11,9	21	50	14	33,3	2	4,8	42	24,7
No	16	12,5	67	52,3	38	29,7	7	5,5	128	75,3
Amenorrea										
Si	5	15,6	17	53,1	8	25	2	6,3	32	18,8
No	16	11,6	71	51,4	44	31,9	7	5,1	138	81,2
Mastalgia										
Si	2	10	10	50	6	30	2	10	20	11,8
No	19	12,7	78	52	46	30,7	7	4,7	150	88,2
Galactorrea										
Si	0	0	1	50	1	50	0	0	2	1,2
No	12	12,5	87	51,8	51	30,4	9	5,4	168	98,8
HTA										
Si	1	9,1	6	54,5	4	36,4	0	0	11	6,5
No	20	12,6	82	51,6	48	30,2	9	5,7	159	93,5
Cloasma										
Si	5	10,4	19	39,6	20	41,7	4	8,3	48	28,2
No	16	13,1	69	56,6	32	26,2	5	4,1	122	71,8

Várices											
Si	1	5,6	9	50	7	38,9	1	5,6	18	10,6	
No	20	13,2	79	52	45	29,6	8	5,3	152	89,4	
Acné											
Si	5	15,2	17	51,5	11	33,3	0	0	33	19,4	
No	16	11,7	71	51,8	41	29,9	9	6,6	137	80,6	
ITU											
Si	7	9,6	36	49,3	24	32,9	6	8,2	73	42,9	
No	14	14,4	52	53,6	28	28,9	3	3,1	97	57,1	
Otros											
Si	0	0	17	77,3	4	18,2	1	4,5	22	12,9	
No	21	14,2	71	48	48	32,4	8	5,4	148	87,1	

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Las autoras

ANÁLISIS

Los efectos secundarios investigados presentan diferentes prevalencias, la de mayor frecuencia es la cefalea con el 51,2% entre la población en estudio, con un 44,1% las alteraciones del sangrado menstrual es el efecto secundario más prevalente después de la cefalea, con un 42,9% cada una se encuentran las alteraciones del patrón menstrual y las infecciones del tracto urinario; siendo estas 4 las de mayor frecuencia, el efecto secundario de menor frecuencia es la galactorrea con un 1,2%. También un 12,9% de encuestadas refieren poseer otros efectos secundarios a más de los propuestos por esta investigación, dentro de éstos se hallaron: Anorexia (1,2%), aumento de peso (9,4%), caída de cabello (0,6%) y disminución de peso (1,8%).

Analizando los efectos secundarios según edad de las usuarias encontramos que la alteración del sangrado menstrual es de mayor en las mujeres de 20-29 años con el 49,3%; los efectos secundarios que son más prevalentes en esta edad es: cefalea (50,6%), náusea (48%), mareos (43,6%), alteraciones del patrón menstrual (53,4%), sangrado infrecuente (50%), amenorrea (53,1%), mastalgia (50%), galactorrea (50%), HTA (54,5%), várices (50%), acné (51,5%), ITU (49,3%) y otros (77,3%).

Únicamente el cloasma fue más frecuente en pacientes de 30-39 años de edad.

TABLA N°19
DISTRIBUCIÓN DE 170 USUARIAS DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS
HORMONALES QUE ACUDEN AL SUBCENTRO DE SALUD DE SAYAUSÍ
SEGÚN ESTADO CIVIL, RESIDENCIA Y RELIGIÓN. CUENCA 2012.

Método anticonceptivo	Implante		Inyectable		Oral		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Estado civil								
Casada	18	23,1	32	41	28	35,9	78	100
Divorciada	1	20	2	40	2	40	5	100
Soltera	7	36,8	6	31,6	6	31,6	19	100
Unión estable	15	22,1	32	47,1	21	30,9	68	100
Total	41	24,1	72	42,4	57	33,5	170	100
Residencia								
Rural	30	23,6	55	43,3	42	33,1	127	100
Urbana	11	25,6	17	39,5	15	34,9	43	100
Total	41	24,1	72	42,4	57	33,5	170	100
Religión								
Católica	37	23,6	65	41,4	55	35	157	100
Otra	4	30,8	7	53,8	2	15,4	13	100
Total	41	24,1	72	42,4	57	33,5	170	100

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Las autoras

ANÁLISIS

La tabla 18 nos indica la distribución de la población según el estado civil y los diferentes tipos de anticoncepción; en las mujeres casadas el método de mayor uso es la oral, en las divorciadas hay un 40% del uso oral y los inyectables, mientras que en las mujeres solteras el implante representa el 36,8% del total de este grupo, el método inyectable es el más utilizado por las mujeres en unión libre con el 42,4%.

En lo referente a la residencia de las usuarias de métodos anticonceptivos encontramos que en el área rural el 43,3% prefiere el método inyectable, mientras que en las residentes en el área urbana este porcentaje es menor



con un 39,5%; en ambos casos los anticonceptivos inyectables son los de mayor uso.

Las usuarias de religión católica en el 41,4% de los casos utilizan anticonceptivos inyectables siendo éstos los de mayor uso en esta población.

TABLA N° 20
DISTRIBUCIÓN DE 170 USUARIAS DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS
HORMONALES QUE ACUDEN AL SUBCENTRO DE SALUD DE
SAYAUSÍ COMO FACTOR DE RIESGO DE EFECTOS SECUNDARIOS.
CUENCA 2012

VARIABLE	Efectosecundario								
	SI		NO		Total		RP	IC 95%	Valor de p
	N°	%	N°	%	N°	%			
Anticoncepción hormonal oral/Efecto secundario=ALTERACIONES DEL SANGRADO MENSTRUAL									
Si	24	42,1	33	57,9	57	100	0,93	0,65-1,35	0,707
No	51	45,1	62	54,9	113	100			
Total	75	44,12	95	55,88	170	100			
Anticoncepción hormonal oral/Efecto secundario=CEFALEA									
Si	34	59,6	23	40,4	57	100	1,27	0,95-1,70	0,11
No	53	46,9	60	53,1	113	100			
Total	87	51,18	83	48,82	170	100			
Anticoncepción hormonal oral/Efecto secundario=NAUSEA									
Si	20	35,1	37	64,9	57	100	1,32	0,83-2,11	0,24
No	30	26,5	83	73,5	113	100			
Total	50	29,41	120	70,59	170	100			
Anticoncepción hormonal oral/Efecto secundario=MAREO									
Si	21	36,8	36	63,2	57	100	1,22	0,79-1,90	0,34
No	34	30,1	79	69,9	113	100			
Total	55	32,35	115	67,65	170	100			
Anticoncepción hormonal oral/Efecto secundario=ALTERACIONES EN EL PATRÓN MENSTRUAL									
Si	20	35,1	37	64,9	57	100	0,75	0,50-1,12	0,14
No	53	46,9	60	53,1	113	100			
Total	73	42,94	97	57,06	170	100			
Anticoncepción hormonal oral/Efecto secundario=SANGRADO INFRECUENTE									
Si	14	24,6	43	75,4	57	100	0,99	0,57-1,73	0,97
No	28	24,8	85	75,2	113	100			
Total	42	24,71	128	75,29	170	100			
Anticoncepción hormonal oral/Efecto secundario=AMENORREA									
Si	7	12,3	50	87,7	57	100	0,56	0,26-1,21	0,12
No	25	22,1	88	77,9	113	100			
Total	32	18,82	138	81,18	170	100			
Anticoncepción hormonal oral/Efecto secundario=MASTALGIA									
Si	8	14	49	86	57	100	1,32	0,57-3,05	0,51



No	12	10,6	101	89,4	113	100			
Total	20	11,76	150	88,24	170	100			
Anticoncepción hormonal oral/Efecto secundario=GALACTORREA									
Si	0	0	57	100	57	100	1,32	0,57-3,05	0,31
No	2	1,8	111	98,2	113	100			
Total	2	1,18	168	98,82	170	100			
Anticoncepción hormonal oral/Efecto secundario=HTA									
Si	2	3,5	55	96,5	57	100	0,44	0,10-1,97	0,26
No	9	8	104	92	113	100			
Total	11	6,47	159	93,53	170	100			
Anticoncepción hormonal oral/Efecto secundario=CLOASMA									
Si	21	36,8	36	63,2	57	100	1,54	0,96-2,47	0,07
No	27	23,9	86	76,1	113	100			
Total	48	28,24	122	71,76	170	100			
Anticoncepción hormonal oral/Efecto secundario=VARICES									
Si	6	10,5	51	89,5	57	100	0,99	0,39-2,50	0,98
No	12	10,6	101	89,4	113	100			
Total	18	10,59	152	89,41	170	100			
Anticoncepción hormonal oral/Efecto secundario=ACNÉ									
Si	12	21,1	45	78,6	57	100	1,13	0,60-2,14	0,7
No	21	18,6	92	81,4	113	100			
Total	33	19,41	137	80,59	170	100			
Anticoncepción hormonal oral/Efecto secundario= ITU									
Si	21	36,8	36	63,2	57	100	0,8	0,54-1,19	0,25
No	52	46	61	54	113	100			
Total	73	42,94	97	57,06	170	100			

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Las autoras

ANÁLISIS

La tabla 19 nos indica la asociación entre los anticonceptivos hormonales orales y los efectos secundarios en estudio, al analizar la asociación entre los anticonceptivos hormonales orales y la presentación de diferentes efectos secundarios encontramos que la frecuencia de estos efectos secundarios en usuarias de anticoncepción oral hormonal es la siguiente: alteraciones del sangrado menstrual 42,1%; cefalea 59,6%; náusea el 35,1%; mareo el 36,8%; alteraciones del patrón menstrual el 35,1%; sangrado infrecuente el 24,6%; amenorrea el 12,3%; mastalgia el 14%;



galactorrea el 0%; HTA el 3,5%; cloasma el 36,8%; varices el 10,5%; acné el 21,1% y por último el 36,8% de mujeres de anticoncepción hormonal oral presento infecciones del tracto urinario.

Analizando el riesgo de presentar cada una de estos efectos secundarios ante el uso de la anticoncepción hormonal vía oral no se encontró que este método aumente el riesgo de ninguno de los efectos en estudio (Razón de prevalencia no significativa) además no se encontró asociación estadísticamente significativa entre el uso de anticonceptivos orales y los efectos secundarios ($p > 0,05$).

TABLA N°21
DISTRIBUCIÓN DE 170 USUARIAS DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS
HORMONALES INYECTABLES QUE ACUDEN AL SUBCENTRO DE
SALUD DE SAYAUSÍ COMO FACTOR DE RIESGO DE EFECTOS
SECUNDARIOS. CUENCA 2012.

VARIABLE	Efectosecundario								
	SI		NO		Total		RP	IC 95%	Valor de p
	N°	%	N°	%	N°	%			
Anticoncepción hormonal inyectable/Efecto secundario=ALTERACIONES DEL SANGRADO MENSTRUAL									
Si	32	44,4	40	55,6	72	100	1,01	0,72-1,43	0,94
No	43	43,9	55	56,1	98	100			
Total	75	44,12	95	55,88	170	100			
Anticoncepción hormonal inyectable/Efecto secundario=CEFALEA									
Si	35	48,6	37	51,4	72	100	0,92	0,68-1,24	0,56
No	52	53,1	46	46,9	98	100			
Total	87	51,18	83	48,82	170	100			
Anticoncepción hormonal inyectable/Efecto secundario=NAUSEA									
Si	20	27,8	52	72,2	72	100	0,91	0,56-1,46	0,68
No	30	30,6	68	69,4	98	100			
Total	50	29,41	120	70,59	170	100			
Anticoncepción hormonal inyectable/Efecto secundario=MAREO									
Si	20	27,8	52	72,2	72	100	0,78	0,49-1,23	0,27
No	35	35,7	63	64,3	98	100			
Total	55	32,35	115	67,65	170	100			
Anticoncepción hormonal inyectable/Efecto secundario=ALTERACIONES EN EL PATRON MENSTRUAL									
Si	35	48,6	37	51,4	72	100	1,25	0,89-1,77	0,2
No	38	38,8	60	61,2	98	100			
Total	73	42,94	97	57,06	170	100			
Anticoncepción hormonal inyectable/Efecto secundario=SANGRADO INFRECUENTE									
Si	16	22,2	56	77,8	72	100	0,84	0,49-1,44	0,51
No	26	26,5	72	73,5	98	100			
Total	42	24,71	128	75,29	170	100			
Anticoncepción hormonal inyectable/Efecto secundario=AMENORREA									
Si	13	18,1	59	81,9	72	100	0,93	0,49-1,76	0,82
No	19	19,4	79	80,6	98	100			
Total	32	18,82	138	81,18	170	100			
Anticoncepción hormonal inyectable/Efecto secundario=MASTALGIA									
Si	6	8,3	66	91,7	72	100	0,58	0,24-1,44	0,23



No	14	14,3	84	85,7	98	100			
Total	20	11,76	150	88,24	170	100			
Anticoncepción hormonal inyectable/Efecto secundario=GALACTORREA									
Si	2	2,8	70	97,2	72	100			
No	0	0	98	100	98	100			0,09
Total	2	1,18	168	98,82	170	100			
Anticoncepción hormonal inyectable/Efecto secundario=HTA									
Si	8	11,1	64	88,9	72	100	3,63	1-13,21	0,03
No	3	3,1	95	96,9	98	100			
Total	11	6,47	159	93,53	170	100			
Anticoncepción hormonal inyectable/Efecto secundario=CLOASMA									
Si	19	26,4	53	73,6	72	100	0,89	0,55-1,46	0,64
No	29	29,6	69	70,4	98	100			
Total	48	28,24	122	71,76	170	100			
Anticoncepción hormonal inyectable/Efecto secundario=VARICES									
Si	7	9,7	65	90,3	72	100	0,87	0,35-2,13	0,75
No	11	11,2	87	88,8	98	100			
Total	18	10,59	152	89,41	170	100			
Anticoncepción hormonal inyectable/Efecto secundario=ACNÉ									
Si	12	16,7	60	83,3	72	100	0,78	0,41-1,48	0,43
No	21	21,4	77	78,6	98	100			
Total	33	19,41	137	80,59	170	100			
Anticoncepción hormonal inyectable/Efecto secundario= ITU									
Si	37	51,4	35	48,6	72	100	1,4	0,99-1,97	0,0056
No	36	36,7	62	63,3	98	100			
Total	73	42,94	97	57,06	170	100			

Fuente: Formulario de recolección de datos
Elaborado por: Las autoras

ANÁLISIS

Las distintas asociaciones entre el uso de anticoncepción hormonal inyectable y los efectos secundarios se pueden observar en la tabla 21, en este tipo de pacientes la frecuencia de alteraciones del sangrado menstrual es del 44,4%; de cefalea 48,6%; de náusea de 27,8%; de mareo 27,8%; alteraciones del patrón menstrual 48,6%; sangrado infrecuente 22,2%; amenorrea 18,1%; mastalgia 8,3%; galactorrea 2,28%; HTA 11,1%; cloasma 26,4%; varices 9,7%; acné 16,7% y de infecciones del tracto urinario del 51,4%.



El uso de anticoncepción hormonal inyectable aumenta el riesgo de HTA en 3,63 veces (IC 95% 1-13,21) en comparación con el uso de otras formas farmacéuticas de anticonceptivos; estas diferencias son estadísticamente significativas y el uso de este tipo de anticoncepción se asocia a la presentación de HTA ($p < 0,05$) aunque hay que anotar también que la frecuencia de este efecto secundarios es baja 11 casos representado el 6,5% del total de la población

TABLA N°22
DISTRIBUCIÓN DE 170 USUARIAS DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS
HORMONALES EN FORMA DE IMPLANTE QUE ACUDEN AL
SUBCENTRO DE SALUD DE SAYAUSÍ COMO FACTOR DE RIESGO DE
EFFECTOS SECUNDARIOS. CUENCA 2012.

VARIABLE	Efectosecundario								
	SI		NO		Total		RP	IC 95%	Valor de p
	N°	%	N°	%	N°	%			
Anticoncepción hormonal implante/Efecto secundario=ALTERACIONES DEL SANGRADO MENSTRUAL									
Si	19	46,3	22	53,7	41	100	1,07	0,73-1,57	0,74
No	56	43,4	73	56,6	129	100			
Total	75	44,12	95	55,88	170	100			
Anticoncepción hormonal implante/Efecto secundario=CEFALEA									
Si	18	43,9	23	56,1	41	100	0,82	0,56-1,20	0,28
No	69	53,5	60	46,5	129	100			
Total	87	51,18	83	48,82	170	100			
Anticoncepción hormonal implante/Efecto secundario=NAUSEA									
Si	10	24,4	31	75,6	41	100	0,79	0,43-1,43	0,41
No	40	31	89	69	129	100			
Total	50	29,41	120	70,59	170	100			
Anticoncepción hormonal implante/Efecto secundario=MAREO									
Si	14	34,1	27	65,9	41	100	1,07	0,66-1,76	0,77
No	41	31,8	88	68,2	129	100			
Total	55	32,35	115	67,65	170	100			
Anticoncepción hormonal implante/Efecto secundario=ALTERACIONES EN EL PATRON MENSTRUAL									
Si	18	43,9	23	56,1	41	100	1,03	0,69-1,54	0,88
No	55	42,6	74	57,4	129	100			
Total	73	42,94	97	57,06	170	100			
Anticoncepción hormonal implante/Efecto secundario=SANGRADO INFRECUENTE									
Si	12	29,3	29	70,7	41	100	1,26	0,71-2,23	0,43
No	30	23,3	99	76,7	129	100			
Total	42	24,71	128	75,29	170	100			
Anticoncepción hormonal implante/Efecto secundario=AMENORREA									
Si	12	15,5	29	70,7	41	100	1,89	1,01-3,52	0,04
No	20	15,5	109	84,5	129	100			
Total	32	18,82	138	81,18	170	100			
Anticoncepción hormonal implante/Efecto secundario=MASTALGIA									
Si	6	14,6	35	85,4	41	100	1,35	0,55-3,28	0,51

No	14	10,9	115	89,1	129	100			
Total	20	11,76	150	88,24	170	100			
Anticoncepción hormonal implante/Efecto secundario=GALACTORREA									
Si	0	0	41	100	41	100			
No	2	1,6	127	98,4	129	100			0,42
Total	2	1,18	168	98,82	170	100			
Anticoncepción hormonal implante/Efecto secundario=HTA									
Si	1	2,4	40	97,6	41	100			
No	10	7,8	119	92,2	129	100	0,31	0,04-2,38	0,22
Total	11	6,47	159	93,53	170	100			
Anticoncepción hormonal implante/Efecto secundario=CLOASMA									
Si	8	19,5	33	80,5	41	100			
No	40	31	89	69	129	100	0,63	0,32-1,23	0,15
Total	48	28,24	122	71,76	170	100			
Anticoncepción hormonal implante/Efecto secundario=VARICES									
Si	5	12,2	36	87,8	41	100			
No	13	10,1	116	89,9	129	100	1,21	0,46-3,19	0,7
Total	18	10,59	152	89,41	170	100			
Anticoncepción hormonal implante/Efecto secundario=ACNÉ									
Si	9	22	32	78	41	100			
No	24	18,6	105	81,4	129	100	1,18	0,60-2,33	0,63
Total	33	19,41	137	80,59	170	100			
Anticoncepción hormonal implante/Efecto secundario= ITU									
Si	15	36,6	26	63,4	41	100			
No	58	45	71	55	129	100	0,81	0,52-1,27	0,34
Total	73	42,94	97	57,06	170	100			

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Las autoras

ANÁLISIS

El implante hormonal fue el tercer método anticonceptivo investigado, observamos que los efectos secundarios en las mujeres presentan las siguientes frecuencias: alteraciones del sangrado menstrual fue del 46,3%; de cefalea 43,9%; de náusea de 24,4%; de mareo 34,1%; alteraciones del patrón menstrual 43,9%; sangrado infrecuente 29,3%; amenorrea 15,5%; mastalgia 14,6%; galactorrea 0%; HTA 2,4%; cloasma 19,5%; varices 12,2%; acné 22% y de infecciones del tracto urinario del 36,6%.



La anticoncepción hormonal mediante implante subdérmico aumenta el riesgo de amenorrea en 1,89 veces (IC 95% 1,01-3,52) en comparación con mujeres que usan otros métodos hormonales.

9. DISCUSIÓN

Estudios a nivel mundial revelan que los anticonceptivos hormonales presentan una seguridad buena, sin embargo efectos secundarios derivados de su uso también general malestar en las usuarias que suman millones alrededor del mundo, los efectos secundarios son variados involucran desde reacciones locales hasta sistémicas y afectan a varios órganos y sistemas, investigar esta relación entre los anticonceptivos hormonales y los efectos secundarios derivados de su uso en la población local del Sub Centro de Salud de Sayausí fue planteado en esta investigación.

Se estudió una muestra de 170 pacientes, que correspondieron a la totalidad de mujeres que acudieron por planificación familiar al SCS Sayausí durante el periodo Junio a Agosto del 2012; la media de edad de esta población se ubicó en 27,55 años con una desviación estándar de 6,44 años; en la mayoría de los casos las usuarias fueron casadas (45,9%), residentes en el área rural (74,7%), con un nivel de escolaridad primaria (53,5%), de religión católica (92,4%), de ocupación QQDD con el 59,4% y con ingresos < USD 500 en el 93,5% de los casos.

Se estudiaron también antecedentes gineco-obstétricos en esta población encontrando que el 31,2% de la población tenía 2 gestas, el 28,8% 1 parto, el 78,8% no poseía ninguna cesárea, el 34,1% poseía 2 hijos vivos el 2,4% un hijo muerto y el 82,9% de la población no poseía abortos.

La distribución del uso de los anticonceptivos fue la siguiente: el 42,4% de la población utilizaba anticoncepción hormonal inyectable mientras que el 33,5% de manera oral y el 24,1% como implante hormonal. El tiempo promedio de uso del método fue de 2,11 años con una desviación estándar de 2,35 años el número de consultas mensuales al médico para control del método fue el en 80,6% de una vez.

Las alteraciones del sangrado menstrual se presentaron en el 44,1% de la población, analizando por el tipo de presentación de la anticoncepción encontramos que el 42,1% de la población usuaria de este método vía oral presentó este efecto secundarios, este porcentaje aumentó en pacientes que utilizaban anticoncepción inyectable hasta un 44,4% y en las pacientes con implante subdermico la prevalencia de este efecto secundarios se ubicó en un 46,3%; en ninguno de los caso el tipo de anticoncepción se asoció con la presencia de alteraciones del sangrado menstrual, tampoco se observó diferencias estadísticamente significativas ($p>0,05$) entre las diferentes presentaciones de los anticonceptivos y la presentación del efecto secundario;

Carvajal y colaboradores encontró en un estudio llevado a cabo en México que para usuarias de anticoncepción hormonal oral la prevalencia de trastornos menstruales se ubicó en un 3,27% este dato es mucho menor al encontrado en nuestro estudio, en usuarias de hormonales inyectables esta prevalencia se elevó hasta un 32,07% este porcentaje se acerca más a lo encontrado en nuestro estudio sin embargo es aún menor a lo registrado en nuestra población, sin embargo en este estudio estos autores encontraron que las usuarias que utilizan el implante subdérmico presentaron hasta un 81,8% de trastornos menstruales, observamos que este datos por poco duplica lo encontrado en nuestra población; es evidente que los componentes hormonales interfieran en procesos endocrinológicos de las usuarias de este tipo de anticonceptivos, perjudicando de alguna manera su normal desenvolvimiento, y siendo en la menstruación donde se han evidenciado grandes cambios.

La cefalea, en la población general se encontró una prevalencia del 51,2% siendo el efecto secundario de mayor prevalencia en esta población; en las usuarias de anticoncepción oral se ubicó en 59,6% en las usuarias de inyectables en un 48,6% y en las usuarias de implantes en un 43,9% ; como se puede observar la mayor prevalencia de este efecto secundario se

observó en usuarias de anticonceptivos orales, al respecto Espinós y colaboradores ²⁷ exponen que probablemente este efecto secundario se deba a la ansiedad de la paciente por el hecho de tomar anticonceptivos, y recalcan que lo más importante de este síntoma es valorar el riesgo de accidente vascular cerebral, esta situación es controvertida.

Carvajal y colaboradores encontró que en usuarias de implante presentaron una prevalencia de cefalea de 50% cifra más elevada que la registrada en nuestra población; en las usuarias de anticoncepción hormonal la cefalea se presentó en un 37,74% y en las usuarias de inyectables en un 32,07; en este sentido en cambio estos datos son menores a los encontrados en nuestra población, sin embargo se evidencia la alta prevalencia de este efecto secundario y en nuestro estudio es el de mayor prevalencia.

No se encontró asociación estadísticamente significativa entre los distintos anticonceptivos investigados y la cefalea, sin embargo es evidente que resulta ser uno de los de mayor impacto en la vida de las usuarias.

El mareo y la náusea son otros efectos secundarios que se presentan en las usuarias de métodos anticonceptivos hormonales, en esta población la náusea alcanzó una prevalencia del 29,4% y el mareo del 32,4%; la náusea en las paciente con anticoncepción oral fue del 35,1%, en las usuarias de inyectables del 27,8% y en las usuarias de implante del 24,4%; cómo podemos observar es mayor en los pacientes con anticoncepción vía oral, el mareo también fue más prevalente en la población con anticoncepción oral con el 36,8%; los anticonceptivos orales al parecer presentan mayor índices de náusea por involucramiento directo del aparato digestivo para la metabolización del fármaco lo que provoca irritación de la mucosa gástrica provocando el reflejo nauseoso; en un estudio llevado a cabo en 417 mujeres encontraron que la náusea puede aparecer hasta en el 44,7% de los

²⁷Espinós J, Balasch J, Barranco E. Efectos secundarios de los anticonceptivos hormonales orales. Manual de anticoncepción hormonal oral. 2008. Disponible en: http://www.sec.es/area_cientifica/manuales_sec/aho/cap06.php

casos y el mareo hasta un 36,8% siendo unos de los efectos secundarios de mayor relevancia en el uso de anticoncepción hormonal; cómo podemos observar estos datos son mayores a los encontrados en nuestra población.

Carvajal y colaboradores encontraron una prevalencia de náusea y mareo del 73,9% en usuarias del implante; un 14,75% de mareo y un 8,19% de náusea en pacientes usuarias de anticoncepción oral y un 13,2% de mareo y un 9,43% de náusea en usuarias de inyectables; cómo podemos observar estos resultados varían con lo encontrado en nuestro estudio, pues en éste estudio las mujeres con implante resultan ser las más afectadas por estos efectos secundarios a diferencia de nuestra población donde el uso oral genera más de estos efectos secundarios.

Las alteraciones del patrón menstrual, el sangrado infrecuente y la amenorrea son efectos secundarios que presentaron las siguientes prevalencias 42,9%; 24,7% y 18,8% respectivamente; en el caso de las alteraciones del patrón menstrual fueron más prevalentes en pacientes usuarias de la anticoncepción oral, el sangrado infrecuente en pacientes usuarias del implante y la amenorrea en pacientes usuarias de inyectables; Navarro ²⁸ expone que los trastornos menstruales, las dismenorreas, las hipermenorreas, la amenorrea son efectos secundarios que se deben prevenir en la población usuaria de hormonas como anticoncepción.

La anticoncepción hormonal mediante implante subdérmico aumenta el riesgo de amenorrea en 1,89 veces (IC 95% 1,01-3,52) en comparación con mujeres que usan otros métodos hormonales. Al respecto Bahamonde²⁹ expone que los trastornos de sangrado y la amenorrea

²⁸Navarro G. Los anticonceptivos orales: criterios de selección, utilización y manejo. Gobierno Español. Ministerio de Sanidad Servicios sociales e Igualdad. España. Inf Ter SistNac Salud 1997;21:1-10. Disponible en: http://www.msc.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/infMedic/porVolumen/anticonc.htm

²⁹Bahamondes L. Intervenciones Anticonceptivos implantables subdérmicos versus otras formas de anticonceptivos reversibles u otros implantes como métodos efectivos de prevención del embarazo: Comentario de la BSR *La Biblioteca de Salud Reproductiva de la*

constituyen uno de los efectos secundarios más importantes, que podrían llevar a una interrupción temprana del método y probablemente resultar en un embarazo no deseado si la mujer no utiliza otro método anticonceptivo. Además, se observó que la amenorrea era estadística y significativamente más elevada en las participantes que utilizaron Implanon comparadas con aquellas que utilizaron Norplant (OR: 1.87 e IC del 95%: 1.45 a 2.42 durante 1 año de uso; y OR: 2.14 e IC del 95%: 1.63 a 2.81 durante 2 años de uso), y que aumentaba con la cantidad de años de uso.

Como observamos el uso de implante sub dérmico aumenta las probabilidades de amenorrea, más que en las usuarias de métodos hormonales orales o inyectables.

La mastalgia se presentó en el 11,8% de la población, en las pacientes con uso de anticoncepción oral se presentó en un 14%, en las usuarias de inyectables se ubicó en 8,3% y en las usuarias de implantes en un 14,6% siendo este grupo el más afectado con este efecto secundario, coincidiendo con lo encontrado por Ardila ³⁰ quien expone que no se sabe si los anticonceptivos hormonales causan mastalgia o la acentúan. Sin embargo se ha encontrado una asociación entre estos, siendo más frecuente con anticonceptivos transdérmicos (18%) que orales (5,8%) y es más frecuente con anticonceptivos combinados que sólo progestágenos, incluso algunos estudios³¹ muestran como factor protector el uso de progestágenos sin embargo, no sirven para su tratamiento como antes se recomendaba.

La galactorrea se presentó en una prevalencia general en la población de un 1,2%; este efecto secundario no se presentó en usuarias de anticonceptivos

OMS; Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Disponible en: http://apps.who.int/rhl/fertility/contraception/CD001326_bahamondesl_com/es/index.html

³⁰ Ardila D. Mastalgia: diagnóstico y manejo clínico. REVISTA DE LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER. Revisión de tema. Médicas uis 2007; 20:105-10.

Disponible en: <http://www.medicasis.org/anteriores/volumen20.2/doc5.pdf>

³¹ Vera, Saettler, Szuck. Mastalgia, Guideline breast disease comity, society of obstetricians and gynecologist of Canada. SOGC ClinicalPracticeGuideline 2006;170

orales ni en las usuarias de implantes y en las usuarias de inyectables se presentaron en un 2,8%; según Leung y Pacaud³² expone que los anticonceptivos orales son la causa farmacológica más común de galactorrea y se puede presentar hasta en un 10% de las pacientes con este tipo de tratamiento.

La hipertensión arterial se presentó en un 6,5% de la población, fue de mayor presentación en las pacientes usuarias de anticoncepción oral se presentó en un 3,5%; en un 2,8% en pacientes con uso de inyectables y en un 2,4% en pacientes con implante hormonal; en el grupo de mujeres que usan de inyectables el riesgo de HTA aumenta en 3,63 veces (IC 95% 1-13,21) en comparación con las otras formas de presentación de este tipo de anticonceptivos; Cuela³³ expone datos similares a los encontrados en nuestro estudio donde los anticonceptivos hormonales influyen en la aparición de HTA ($p < 0,05$).

El cloasma se presentó en la población en el 28,2% siendo uno de los de mayor prevalencia, se presentó en las usuarias de anticoncepción oral en el 36,8% en las usuarias de Inyectables en un 26,4% y por último en las usuarias de implantes en un 19,5%; Monterrosa⁶ expone que este efecto secundario es mayor en preparados de macrodosis, sin embargo en nuestra población es en los pacientes con anticoncepción oral que se presentaron estos casos.

En el 10,6% de los casos las pacientes presentaron várices; la presencia de este tipo de efecto secundario no está claro en la bibliografía y no se le atribuye a los anticonceptivos orales su presentación, sin embargo es de anotar que existe una controversia al respecto si utilizar o no anticonceptivos

³²Leung A, Pacaud D. Manejo y Diagnóstico de la galactorrea. Intramed. 2005. Disponible en: <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=33101>

³³Cuela D. Los métodos anticonceptivos hormonales y la HTA en mujeres de edad fértil de la comunidad de USI, Distrito de Quiquijana Cusco 2005. Universidad Nacional San Antonio de Abad del Cusco. Disponible en: http://www.concytec.gob.pe/portalsinacyt/images/stories/corcytecs/cusco/sintesis_unsaac_metodos_anticonceptivos_hormonales_y_la_hipertension_arterial.pdf

hormonales en pacientes que ya presentan este tipo de alteraciones circulatorias.

El acné se presentó en el 19,4% de los casos; se presentó en el 21,1% de las usuarias de anticoncepción oral, en el 16,7% de usuarias de inyectables y en el 22% de pacientes usuarias de usuarias de implantes; también se detectaron infecciones del tracto urinario en el 42,9% de la población; este efecto secundario se presentó en las usuarias de anticonceptivos orales en el 36,8% en las usuarias de inyectables en un 51,4% y en las usuarias de implantes en un 36,6%; Monterrosa⁶ cita a Porter et al quienes a su vez citan estudios realizados por el Royal Collage Of General Practitioners y otro por Walnut Creek, quienes aseveran haber encontrado un aumento significativo del riesgo de infecciones urinarias entre usuarias de todas las edades, en comparación con las no usuarias. Ambas investigaciones estiman que estos hallazgos se deben al aumento de la actividad sexual.

Los efectos de los fármacos son de prever sin embargo la presentación dependen de varios factores, y al considerar la cantidad de mujeres sanas que cada día se suman a la población usuaria de estos medicamentos hace de esto un problema sanitario, en esta población de estudio se determinó de manera adecuada los efectos secundarios asociados al uso de anticoncepción hormonal, aunque estadísticamente no se logró determinar asociación ni riesgo significativo es evidente que en la práctica esto si sucede y los anticonceptivos hormonales causan grandes molestias y perjuicios de diferente magnitud a sus usuarias.

10. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

10.1 CONCLUSIONES

- Los efectos secundarios encontrados fueron los siguientes: la de mayor frecuencia fue la cefalea con el 51,2% de prevalencia entre la población en estudio, con un 44,1% las alteraciones del sangrado menstrual es el efecto secundario más prevalente después de la cefalea, con un 42,9% cada una se encuentran las alteraciones del patrón menstrual y las infecciones del tracto urinario; siendo estas 4 las de mayor prevalencia, el efecto secundario de menor prevalencia fue la galactorrea con un 1,2%. También un 12,9% de encuestadas refirieron poseer otros efectos secundarios a más de los propuestos por esta investigación, dentro de éstos otros efectos secundarios se hallaron: Anorexia (1,2%), aumento de peso (9,4%), caída de cabello (0,6%) y disminución de peso (1,8%).
- La media de edad se ubicó en 27,55 años con una desviación estándar de 6,44 años; el grupo de edad de mayor prevalencia fue el de 20-29 años de edad con el 51,8%.
- La distribución de los diferentes métodos anticonceptivos según estado civil fue la siguiente: en las mujeres casadas el método de mayor uso fue el oral, en las divorciadas con un 40% cada grupo los orales y los inyectables, mientras que en las mujeres solteras el implante representó el 36,8% del total de este grupo, el método inyectable fue el más utilizado por las mujeres en unión libre con el 42,4%. En lo referente a la residencia de las mujeres usuarias de métodos anticonceptivos encontramos que en las residentes en el área rural el 43,3% prefiere el método inyectable, mientras que en las residentes en el área urbana este porcentaje es menor con un 39,5%; en ambos casos los anticonceptivos inyectables son los de mayor uso y por último las usuarias de religión católica en el 41,4% de los casos

utilizan anticonceptivos inyectables siendo éstos los de mayor uso en esta población.

- La ocupación de mayor prevalencia es los Quehaceres domésticos con el 59,4%; el nivel de instrucción más frecuente fue la primaria con el 53,5% los antecedentes gineco obstétricos de mayor relevancia fueron: 2 gestas (31,2%), 2 partos (27,6%), 1 cesárea (14,7%), 2 hijos vivos (34,1%), 1 hijo muerto (2,4%) y 1 aborto (14,1%).
- De la población incluida el 42,4% la vía de administración fue la inyectable, en el 33,5% fue oral y en el 24,1% de la población se usó el implante hormonal, el tiempo medio de uso fue de 2,11 años con un DS de 2,35 años.
- Analizando el riesgo y la asociación de los distintos regímenes de anticoncepción estudiados observamos que únicamente se encontró significancia estadística en los siguientes: El uso de anticoncepción hormonal inyectable aumenta el riesgo de HTA en 3,63 veces (IC 95% 1-13,21) en comparación con el uso de otras formas farmacéuticas de anticonceptivos; estas diferencias fueron estadísticamente

10.2 RECOMENDACIONES

- El uso de anticonceptivos se ha extendido en todas las regiones del planeta y los estudios sobre los efectos secundarios son limitados y en ocasiones controversiales, sin embargo el riesgo existe por lo que cada caso de anticoncepción debe ser evaluado de manera individualizada y evaluando todos los posibles riesgos.
- Como un derecho de las pacientes los efectos secundarios posibles de los anticonceptivos deben ser comunicados antes de la elección de los mismos por las usuarias, además de recomendar la mejor opción en base a la edad y antecedentes gineco obstétricos de la población.
- Se ha observado que los efectos secundarios encontrados poseen una alta prevalencia, independientemente de la forma de aplicación del método, por lo que es importante evaluar periódicamente a las usuarias de estos métodos con el fin de evaluar su retiro o su continuación.
- Continuar con otras investigaciones sobre la temática.

11. BIBLIOGRAFÍA

- Ardila D. Mastalgia: diagnóstico y manejo clinic. REVISTA DE LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER. Revisión de tema. Médicas uis 2007; 20:105-10. Disponible en: <http://www.medicasuis.org/antiores/volumen20.2/doc5.pdf>
- Amy JJ, Tripathi V. Contraception for women: an evidence based overview. *BMJ*. 2009;339:b2895.doi:10.1136/bmj.b2895.
- Allais G, De Lorenzo C, Mana O, Benedetto C. Oral contraceptives in women with migraine: balancing risks and benefits. *NeuroSci* 2004;25(Suppl 3):S211-S214.
- Bahamondes L. Intervenciones Anticonceptivos implantables subdérmicos versus otras formas de anticonceptivos reversibles u otros implantes como métodos efectivos de prevención del embarazo: Comentario de la BSR (última revisión: 1 de diciembre de 2008). *La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS*; Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Disponible en: http://apps.who.int/rhl/fertility/contraception/CD001326_bahamondesl_com/es/index.html
- Carvajal J, et al. Eficacia y efectos adversos de anticonceptivos hormonales. Estudio comparativo. *RevMedInstMex Seguro Soc* 2008; 46 (1): 83-87.
- Castañeda M, Toledo R, Aguilera M. Factores de riesgo para cáncer cervico uterino en mujeres de Zacatecas. 1998. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/106/10640405.pdf>
- Cuela D. Los métodos anticonceptivos hormonales y la HTA en mujeres de edad fértil de la comunidad de USI, Distrito de Quiquijana Cusco 2005.

Universidad Nacional San Antonio de Abad del Cusco. Disponible en: http://www.concytec.gob.pe/portalsinacyt/images/stories/corcytecs/cusco/sintesis_unsaac_metodos_anticonceptivos_hormonales_y_la_hipertension_arterial.pdf

- Espinos J, Balasch J, Barranco E. Efectos secundarios de los anticonceptivos hormonales orales. Manual de anticoncepción hormonal oral. 2008. Disponible en: http://www.sec.es/area_cientifica/manuales_sec/aho/cap06.php
- Instituto Nacional del Cáncer de los Estados Unidos. Las píldoras anticonceptivas y el riesgo de cáncer. 2011. Disponible en: <http://www.cancer.gov/espanol/recursos/hojasinformativas/riesgocausas/pildoras-anticonceptivas-riesgo>
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC). Las mujeres Ecuatorianas que conocen y usan los métodos anticonceptivos. Análisis de la información estadística. 2011.
- García J, Figueroa J. Práctica anticonceptiva en adolescentes y jóvenes del área metropolitana de la Ciudad de México. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/106/10634407.pdf>
- Halpern V, Grimes DA, Lopez L, Gallo MF. Estrategias para mejorar el cumplimiento y la aceptabilidad de los métodos hormonales de anticoncepción (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). "Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos", 2ª edición, Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2004. Disponible en: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/es/spr/spr_es.pdf
- Herrera Gómez Vivian, Rodríguez Domínguez Lourdes, Quintero Santana Mercedes, Febles Tardío Luis. Anticonceptivo en la consulta de

planificación familiar. *Rev Cubana Med Gen Integr* [revista en la Internet]. 1997 Ago[citado 2012 Abr 03]; 345-351. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421251997000400005&lng=es.

- Leung A, Pacaud D. Manejo y Diagnóstico de la galactorrea. *Intramed*. 2005 Disponible en: <http://www.intramed.net/contenidoover.asp?contenidoID=33101>
- López de Castro F, Lombardia J. Novedades en anticoncepción hormonal. *Información terapéutica del Sistema Nacional de Salud*, ISSN 1130-8427, Vol.29,Nº.3,2005, págs.57-68 Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1309748>
- López LM, Grimes DA, Gallo MF, Schulz KF. Skin patch and vaginal ring versus combined oral contraceptives for contraception. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008;(1):CD003552
- Loguilles M, Yamilé T, Cruz Y. Anticoncepción hormonal. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1997;13(1):49-58. Disponible en: <http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol13197/mgi08197.htm>
- Malgor L. Anticonceptivos hormonales. 2011. Disponible en: <http://med.unne.edu.ar/catedras/farmacologia/claspostgr/anticoncept.pdf>
- Manual de Actualización en metodología anticonceptiva. México: IMSS; 2002
- Mørch LS, Løkkegaard E, Andreasen AH, Krüger-Kjaer L, Lidegaard O. Hormone therapy and ovarian cancer. *JAMA*. 2009; 302:298-305.
- Monterrosa A. Actualización de conceptos en anticoncepción orales combinados. Librería digital. En Colombia.net. 2011.
- Morroni C, Grams M, Tiezzi L, Westhoff C. Immediate monthly combination contraception to facilitate initiation of the depot

medroxyprogesterone acetate contraceptive injection. *Contraception* 2004; 70(1):19-23. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0010782404000708>

- Navarro G. Los anticonceptivos orales: criterios de selección, utilización y manejo. Gobierno Español. Ministerio de Sanidad Servicios sociales e Igualdad. España. *Inf Ter SistNac Salud* 1997; 21: 1-10. Disponible en: http://www.msc.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/infMedic/porVolumen/anticonc.htm
- Organización Mundial de la Salud. Planificación familiar. 2011.
- Padrón DR. Píldoras contraceptivas. Consejos prácticos sobre el uso de los contraceptivos hormonales orales. La Habana: Editorial Científico-Técnica, 1986:5-10.
- Spencer AL, Bonnema R, McNamara MC. Helping women choose appropriate hormonal contraception: update on risks, benefits, and indications. *Am J Med.* 2009; 122:497-506.
- Vera, Saettler, Szuck. Mastalgia, Guideline breast disease comity, society of obstetricians and gynecologist of Canada. SOGC Clinical Practice Guideline 2006;170
- Vliet HAAM, Grimes DA, Helmerhorst FM, Schulz KF. Anticonceptivos orales bifásicos versus monofásicos. *Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas (Cochrane Database of SystematicReviews)* 2006, Issue 3. No.: CD002032. DOI: 10.1002/14651858.CD002032.pub2. Disponible en: <http://apps.who.int/rhl/reviews/CD002032sp.pdf>.



12. ANEXOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO
UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERIA
“ANTICONCEPCIÓN HORMONAL Y EFECTOS SECUNDARIOS EN
MUJERES QUE ACUDEN AL SUBCENTRO DE SALUD SAYAUSI,
CUENCA 2012”

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nosotras **PAOLA GALARZA, XIMENA LOJANO Y JENNY MENDEZ**, estudiantes de enfermería de la Facultad de Ciencia Medicas de La Universidad de Cuenca, estamos realizando un estudio como proyecto de investigación previa a la obtención del título de Licenciadas en enfermería, sobre la **“ANTICONCEPCIÓN HORMONAL Y EFECTOS SECUNDARIOS EN MUJERES QUE ACUDEN AL SUBCENTRO DE SALUD DE SAYAUSI. CUENCA 2012”**. Por tal motivo le realizaré una encuesta con algunas preguntas s a usted, además revisaré su historia clínica en busca de datos relacionados sobre la anticoncepción, Toda la información no tiene costo alguno para usted. El beneficio que obtendrá es saber si el uso de anticonceptivos hormonales pudiera afectar en alguna medida su salud, con la finalidad de buscar una estrategia para la solución del problema.

Las señoritas estudiantes, me han explicado todas las preguntas de la encuesta y ha dado respuesta a todas las preguntas que he realizado, habiendo entendido el objetivo del trabajo, libremente sin ninguna presión autorizo mi inclusión en este estudio sabiendo que los datos obtenidos, así como mi identidad se mantendrán en confidencialidad y los resultados serán utilizados únicamente para la realización de este estudio.

Firma o Huella Digital.....



**UNIVERSIDAD DE CUENCA.
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS.
ESCUELA DE ENFERMERIA.**

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

TITULO: Formulario para determinar los efectos secundarios asociados al uso de anticonceptivos hormonales en mujeres que acuden al Subcentro de Salud de Sayausí, en los meses Junio, Julio y Agosto del 2012.

NUMERO DE FORMULARIO:

NOMBRE Y APELLIDO:

.....
...

1. **EDAD:** años

2. **ESTADO CIVIL:** 2.1. CASADA 2. 2. UNIÓN ESTABLE

2.3. SOLTERA 2.4.VIUDA 2.5 DIVORCIADA

3. **RESIDENCIA:** 3.1 URBANA 3.2 RURAL

4. **ESCOLARIDAD:** 4.1 ANALFABETA 4.2 PRIMARIA

4.3 SECUNDARIA 4.4 SUPERIOR

5. **RELIGION:** 5.1. CATÓLICA 5.2. OTRA CUAL:.....

6. **OCUPACIÓN:** CUAL.....

7. **INGRESO ECONÓMICO:** <500 500 – 1000 >1000

8. **ANTECEDENTES OBSTETRICOS:** 8.1 GESTAS 8.2 PARAS

8.3 ABORTOS 8.4 CESAREAS 8.5 H.V 8.6 H.M



9. METODO ANTICONCEPTIVO HORMONAL QUE UTILIZA:

9.1 IMPLANTE 9.2 ORAL 9.3. INYECTABLE 9.4

OTRO CUAL.....

10. TIEMPO DE USO DEL METODO ANTICONCEPTIVO HORMONAL:.....

11. NÚMERO DE CONSULTAS AL MÉDICO MENSUALES PARA CONTROL DEL MÉTODO:.....

12. QUE PROBLEMAS LE HA TRAI DO EL USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS HORMONALES:

12.1 Alteraciones del sangrado menstrual 12.2 Cefalea

12.3 Náusea 12.4 Mareos 12.5 Alteraciones en el patrón menstrual

12.6 Sangrados infrecuentes 12.7 Amenorrea. 12.8 Mastalgia

12.9 Galactorrea 12.10 HTA 12.11 Cloasma

12.12 Várices 12.13 Acné 12.14 ITU

15.15 Otros Cuales.....

GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN

