



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIO DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA DE NICARAGUA



MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA
2002-2004

INFORME FINAL DE TESIS
PARA OPTAR AL TITULO DE MAESTRA EN SALUD PUBLICA

EFICACIA CLINICA DE MEDROXIPROGESTERONA EN
COMPARACION CON ESTROGENOS COMBINADOS USADOS
COMO ANTICONCEPTIVO, CENTRO DE SALUD JERONIMO
EMILIANI. LA LIBERTAD, COMAYAGUA. HONDURAS.
JULIO DE 2004.

Martha A. Gonzalez Moncada

Isabel Zavala Rivera

AUTORA: ISABEL ZAVALA RIVERA (MD)

TUTORA: MARTHA A. GONZALEZ MONCADA.
(MD, MSc, PhD)

T-282
WP-630
Z-11
2004

Ocotal, Nueva Segovia. Nicaragua. Septiembre 2004

INDICE

	Pag.
Dedicatoria.....	i
Agradecimiento.....	ii
Resumen.....	iii
I. INTRODUCCION.....	1
II. ANTECEDENTES.....	2
III. JUSTIFICACION.....	3
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	4
V. OBJETIVOS	5
VI. MARCO CONCEPTUAL.....	6
VII. DISEÑO METODOLÓGICO.....	26
VIII. RESULTADOS.....	35
IX. ANALISIS DE RESULTADOS.....	39
X. CONCLUSIONES.....	43
XI. RECOMENDACIONES.....	45
XII. BIBLIOGRAFIA.....	46

ANEXOS

DEDICATORIA

A todas las mujeres.

A los y las trabajadoras de la salud.

A la memoria de mi padre Luis Alonso Zavala

A la memoria de mi maestro Doctor Fernando Hilsaca.

A David, Julia y Erick.

AGRADECIMIENTO

A Dios por su misericordia conmigo...

A mi padre, por su amor...

A mi familia por su tolerancia...

A mis Maestros y Maestras por su entrega...

A mi Tutora por su guianza...

A mis amigos por su apoyo, cariño y comprensión...

A mis jefes, por el tiempo concedido...

A mis pacientes...

RESUMEN

El presente estudio tiene como objetivo determinar la eficacia clínica de la medroxiprogesterona y de Levonorgestrel+ etinilestradiol como métodos de anticoncepción en la unidad de salud Jerónimo Emiliani del municipio de La Libertad, Comayagua, Honduras, julio 2004.

Es un estudio descriptivo de corte transversal, cuyo universo y muestra consta de 71 usuarias debidamente registradas en el programa de Planificación Familiar de dicha unidad de salud. La información se obtuvo a través de un cuestionario que se aplicó como parte de la anamnesis mientras se desarrollaba la consulta por planificación familiar. Se diseñaron 31 variables, para identificar los datos sociodemográficos y orgánicos de la usuaria; Que tan informadas están las mujeres acerca del funcionamiento del método hormonal seleccionado, cuáles fueron los efectos indeseables y la frecuencia de estos. La correspondencia de los efectos clínicos esperados y no esperados con los descritos en la farmacopea. Cual fue la disponibilidad de las mujeres para continuar usando el anticonceptivo.

El 53% de las usuarias de Medroxiprogesterona y Levonorgestrel+ etinil estradiol se encuentra con edades entre 16 y 24 años de edad. La edad mínima es de 16 años y la máxima es de 47 años. El 56% se encuentra en unión libre estable, el 27% son casadas y el 17% están solas. El 75% eran amas de casa, 13% eran obreras de la maquila, 4% eran estudiantes, 4% eran comerciantes, 1% profesional. La mitad del grupo en estudio tiene procedencia urbana. La otra mitad procede del área urbana marginal o de la rural. El 7% no tiene ninguna escolaridad, la moda es la primaria incompleta. El 60% profesan alguna religión (católica o evangélica). 40% no practican ninguna religión.

Un tercio de la población en estudio ha tenido más de una pareja o compañero sexual. El tiempo mínimo de uso del anticonceptivo es de 3 meses y el máximo es de 96 meses (8años). Un tercio de la población en estudio está expuesta de alguna forma al humo de tabaco. 65% de las usuarias usa Medroxiprogesterona y 35% para Levonorgestrel + Etinilestradiol. El 35% de las usuarias han tenido un embarazo, casi el 30% han tenido 4 o mas embarazos.

Paridad mínima uno, paridad máxima 15. El último embarazo de las usuarias finalizó en parto (ninguno en aborto). El 42% de las usuarias tienen hijos de 24 meses o menos. De las cuales casi el 60% practican la lactancia materna.

El 37% por ciento de la población en estudio no se han practicado algún examen de Papanicolao. De quienes si se lo han practicado, 13% tienen resultados inflamatorios y el 7% no reclamó o no recuerda el resultado.

El 97% de las usuarias no se practicaban el examen de mamas y no sabía como hacerlo. Sabia o creía que padece alguna enfermedad el 45% de las usuarias.

Un tercio de las usuarias ya habían usado algún método de planificación. El 41% de la población en estudio, planificaban porque tenían algún riesgo preconcepcional identificado, un tercio de este grupo alcanzó lo que para ella es el numero ideal de hijos, y otro tercio planifica porque desean “espaciar” (tienen planes de estudiar o trabajar) La idea de planificar surgió de la usuaria misma en el 20% de los casos, 6% fue por sugerencia del marido, 44% fue concertado en pareja, 8% fue recomendado por un familiar o amiga, sugerido por el personal de salud en el 22% de los casos.

Todas las usuarias pudieron enumerar al menos un método distinto al que tenían en uso.

El 3% de las usuarias tienen idea de cómo funciona el método de planificación que está usando. El 94 % de las usuarias usaban correctamente el método.

La totalidad de la muestra fue informada de que podía presentar “problemas con la regla” como efecto secundario indeseable. Todas desconocían que pudiera haber interacciones medicamentosas. El 100% de la muestra ha notado al menos un efecto secundario desde que usa el anticonceptivo. La usuaria deseaba continuar con el método por un tiempo determinado que va desde 3 meses hasta 6 años, o hasta que le pase el período fértil, pero un 49% no sabía por cuanto tiempo más desearía usar el anticonceptivo.

El Uso de fármacos hormonales con propósito anticonceptivo se ha vuelto una práctica cada vez mas frecuente, independientemente de las creencias religiosas y escolaridad de la usuaria. Las unidades de salud en Honduras, los ofertan gratuitos (donados por USAID) y la promoción de los mismos va en constante aumento, a pesar de las controversias en cuanto a su uso.

I. INTRODUCCION

En Honduras, los anticonceptivos se usan desde los años 70s sin embargo es hasta en 1983, que se crea el programa nacional de planificación familiar, como un componente de la salud materno infantil.

A nivel mundial se considera que aproximadamente 500 mil mujeres mueren cada año como consecuencia del embarazo, el parto o el aborto; se debe advertir que la fiabilidad de la anticoncepción es en realidad una ventaja importante para la salud.¹ Debido a su uso se previenen más de 100 mil hospitalizaciones y se evitan más de 12 mil muertes cada año,² sin embargo, los contraceptivos hormonales, al igual que cualquier otro fármaco, no son completamente inocuos.

Se entiende como riesgo preconcepcional a la existencia de factores de diversa índole, que constituyen un peligro potencial para la salud reproductiva, en mujeres en edad fértil no gestantes. Los métodos anticonceptivos usados son múltiples y variados, uno de los más difundidos es la anticoncepción hormonal, sin embargo, la modificación hormonal que ocurre en el organismo, trae consigo una serie de efectos indeseables.

Hasta el momento no se ha encontrado el método perfecto, cada uno tiene ventajas y desventajas, así también cada organismo tiene sus particularidades, por lo que no basta el hecho de que haya disponibilidad de determinado método y que la mujer desea "planificar", sino también la condición física, emocional y cultural de ella.

Es importante por lo tanto el conocer la eficacia de los diferentes métodos utilizados, pero sobre todo aquellos que ameritan la introducción en forma de fármacos, los que de acuerdo a lo dicho anteriormente puedan ser efectivos.

¹ Programa nacional de planificación familiar y lactancia materna, secretaria de salud. 1984. pag 16

² Comunicación sobre planificación familiar en el marco de la Salud Reproductiva. Pag 18. Planificación y Población. OMS. 1999

II. ANTECEDENTES

Hay autores europeos y estadounidenses que tienen estudios en donde documentan diferentes aspectos de la anticoncepción hormonal y que plantean opiniones controversiales al respecto.

En Honduras no se encontró documentación acerca de comparaciones de eficacia entre medroxiprogesterona y levonorgestrel+ etinilestradiol.

Según los registros del año 2003,³ de la unidad de salud en estudio, el 10% de las atenciones de ese año, estuvieron relacionados a la presencia de manifestaciones secundarias por el uso de Anticonceptivos Hormonales.

Se ha impulsado con mayor ímpetu la promoción de los contraceptivos ya que en todo el departamento ocurrieron 4 muertes maternas en dos mujeres jóvenes, una con pre-eclampsia, la otra con Síndrome de Help, y dos mujeres mayores con hemorragia post-parto.

En la actualidad encontramos registro de 145 mujeres que “planifican”, pero de todas estas, solo 78 se encuentran registradas como usuarias de métodos hormonales, 7 de las cuales abandonaron o cambiaron el método. Quedando 71 que se distribuyen así: Levonorgestrel+etinilestradiol = 25, Medroxiprogesterona = 46. No está consignado cuantas son las personas que tienen esterilización (hombres y mujeres) tampoco se conoce cuantas personas usan correctamente los métodos naturales o los preservativos.

³ Perfil Epidemiológico de la Unidad de Salud en estudio. Del año 2003.

III. JUSTIFICACION

Durante 2003, el 10% de las atenciones en mujeres en edad fértil estuvieron relacionadas a efectos secundarios de Medroxiprogesterona y Levonorgestrel +etinilestradiol,

En Honduras no se encontró documentación acerca de comparaciones de eficacia entre Medroxiprogesterona y Levonorgestrel+ etinilestradiol.

La presente investigación, será de utilidad a todas aquellas personas que trabajan en el mismo, para fortalecer el área educativa y las técnicas aplicadas en cada usuaria, tomando en cuenta no solo el deseo que esta tenga por usar determinado método y la disponibilidad del mismo, sino su condición física y emocional, su idiosincrasia en cuanto a la sexualidad, creencias religiosas, etc.

Será también de utilidad a todas las personas que participan como usuarias del programa y como consecuencia, contribuye al fortalecimiento del mismo.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A diario, casi el 10% de las consultas en la unidad de Salud Jerónimo Emiliani, están relacionadas a problemas de salud, que la usuaria cree padecer como consecuencia del uso de hormonas con propósito anticonceptivo, muchas de los cuales son efectos indeseables pero que no significan fracaso de la eficacia del fármaco.

Surgen entonces las interrogantes que motivan esta investigación:

- Cuales son las características demográficas, socioculturales y orgánicas de la usuaria de métodos hormonales de Planificación Familiar?
- Fueron informadas las mujeres acerca del funcionamiento del método hormonal seleccionado?
- Cuales son los efectos indeseables mas frecuentes?
- Se corresponden los efectos clínicos esperados y no esperados con los descritos en la farmacopea?
- Cual es la disponibilidad de las mujeres para continuar usando el anticonceptivo?

V. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar la eficacia clínica de la Medroxiprogesterona y de los anticonceptivos orales (Levonorgestrel + etinilestradiol) como métodos de anticoncepción en la unidad de Salud Jerónimo Emiliani, del municipio de La Libertad, Comayagua, Honduras. Julio de 2004.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Identificar los datos socio demográficos y orgánicos de las mujeres usuarias de los métodos anticonceptivos a evaluar, (medroxiprogesterona o Levo norgestrel + etinilestradiol).
2. Identificar la información recibida por la usuaria acerca del fármaco anticonceptivo que usa (que es, como funciona, interacciones farmacológicas y cuales son sus potenciales efectos secundarios).
3. Determinar los efectos del uso de Levo norgestrel + etinilestradiol o Medroxiprogesterona, que la usuaria presenta y compararlos con los descritos en la farmacopea.
4. Conocer la disposición de la usuaria para continuar con el anticonceptivo.

VI. MARCO CONCEPTUAL

Honduras, al igual que otros países de América Latina, se basa en las recomendaciones especificadas por la OMS, en cuanto a Planificación Familiar⁴. De acuerdo con las estimaciones de la ONU, los anticonceptivos orales son empleados por unos 62 millones de mujeres. En Honduras, las unidades de salud pública y privada ofertan los métodos hormonales orales o parenterales. Dispositivos intrauterinos, preservativo masculino y la esterilización quirúrgica para hombres y mujeres. Sin embargo son los métodos hormonales los que son más populares. Las pastillas combinadas de Levonorgestrel+etinilestradiol y Medroxiprogesterona en inyección de depósito para aplicación trimestral, están disponibles de forma gratuita.

ACETATO DE MEDROXIPROGESTERONA

DESCRIPCIÓN:

Es un derivado de la progesterona, en polvo cristalino, inodoro, de color blanco. Estable al aire e insoluble en agua.

MECANISMO DE ACCION:

Inhibe la secreción de gonadotropina a nivel del hipotálamo, previene la maduración folicular y la ovulación, adelgaza el endometrio creando un medio hostil que no permite la implantación; modifica de la viscosidad y composición del moco cervical inhibiendo el transporte de espermatozoides, pues las concentraciones de ácido siálico se alteran; esto hace impenetrable a los espermatozoides, la alteración de la fisiología tubárica y la interferencia de la captación espermática e interferencia de la secreción de progesterona por el cuerpo lúteo.⁵

⁴ Manual de Normas y Procedimientos de Atención Integral de la Mujer. Secretaria de Salud. Sep. 6998.

⁵ Hatcher R.A. et al. Lo esencial de la Tecnología Anticonceptiva. Baltimore, Facultad de Salud Pública, Universidad Johns Hopkins. Programa de información en población. 6999.

FARMACOCINÉTICA:

Después de una dosis IM la concentración de Medroxiprogesterona, determinadas por estudios radio inmunológicos, con extracción, aumentan durante 3 semanas, hasta alcanzar concentraciones máximas en plasma, de 6-7 ng/ ml, a continuación las concentraciones disminuyen en forma exponencial, hasta que no se pueden detectar (<600 pg/ ml) entre 120 a 200 días después de la inyección. Cuando se usa para determinar la Medroxiprogesterona en suero con un procedimiento sin extracción, la vida media es de 50 días después de la administración intramuscular, mientras que por vía oral la vida media es de 24-36 horas.

Se desconoce el efecto en las enfermedades hepáticas y/o renales sobre la farmacocinética de la Medroxiprogesterona. Se han observado efectos androgénicos y anabólicos, aunque Medroxiprogesterona aparentemente carece de actividad estrogénica significativa. Se une aproximadamente en un 90% a las proteínas plasmáticas, pero no se une a la globulina fijadora de hormona sexual. Por vía oral el metabolismo y la eliminación ocurre primariamente en el hígado vía hidroxilación (lo cual se omite cuando se usa por vía parenteral) con subsecuente conjugación y eliminación en la orina. Muchos de los metabolitos de la medroxiprogesterona son excretados por vía renal como conjugados de glucurónidos, con sólo pequeñas cantidades excretadas como sulfatos. (Vale aclarar que la presentación para vía oral tiene otras indicaciones diferentes a la anticoncepción como: TRH, Amenorrea secundaria. SUD).

INDICACIONES TERAPÉUTICAS:

Medroxiprogesterona en inyección anticoncepcional está indicado solamente para la prevención del embarazo. Se utiliza cada 3 meses, no es necesario ajustar la dosificación al peso corporal. Presentación: ampollas 150 mg de medroxiprogesterona en 1ml. Como anticonceptivo no protege del ITS/SIDA.

USO EN MUJERES MAYORES:

Es posible que el tratamiento con Medroxiprogesterona oculte el comienzo del climaterio.⁶

USO EN ADOLESCENTES:

No son recomendados para adolescentes por la elevada dosis hormonal⁷ o por lo menos iniciar su uso 2 años después de la menarquía⁸ considerando el riesgo – beneficio.

EFICACIA:

La inyección anticoncepcional de Medroxiprogesterona, en cinco estudios clínicos muestra índice de fracaso de 62 meses, igual a cero. La eficacia depende solamente de que la usuaria se aplique cada 3 meses la inyección. (Y de la correcta técnica de aplicación).

Las tasas de fracaso en el primer año de uso de medroxiprogesterona, son cercanas al 0.3%- 0.4%, pero este, generalmente se asocia al uso indebido o inadecuado del producto. En lo que a los anticonceptivos orales (Levo Norgestrel+etinilestradiol) corresponde se ha reportado una tasa de fracaso del 1%, la cual aumenta a 5% en aquellas mujeres que olvidan tomar la píldora mas de una vez en el mes.⁹

CONTRAINDICACIONES:

Las mismas están descritas tanto para uso de Medroxiprogesterona como para levonorgestrel – etinil estradiol combinados.¹⁰

⁶ Schwallie PC, Assenso JR Contraceptive use- efficacy study utilizing MPA administered as an intramuscular injection once every 90 days . Fertil Steril 6993; 24: 336-339

⁷ Rubí, María Luz. Los anticonceptivos Hormonales. Madrid, Ed. Aguilar, 6996. Guías prácticas 6.

⁸ Torres Contreras L C. Departamento de Medicina Familiar, UNAM. Jefe del departamento de Salud Reproductiva. Servicio de Ginecología y Obstetricia HG "Dr. Manuel Gea González", Revisión Farmacológica Hormonales orales.

⁹ Hatcher RA et al. Contraceptive Technology; 67 th revised edition NY, Ardent Media, 6998.

¹⁰ Goldfien A. Hormonas e inhibidores gonadales. Farmacología básica y clínica. Katzung BG Editor. El Manual Moderno. 6ª ed. México, d.f. 6999; 757-790.

ABSOLUTAS

1. Embarazo confirmado o sospechado, o como prueba de diagnóstico del embarazo. Amenaza de aborto.
2. Enfermedad coronaria. (desde angina hasta infarto)
3. Sangrado genital anormal de etiología no diagnosticada.
4. Cáncer de mama o de órganos genitales confirmado o sospechado (hormona dependiente). Encontrar una mamografía anormal es suficiente para evitar el uso de uno u otro anticonceptivo hormonal.
5. Tromboflebitis activa o trastornos tromboembólicos, es por ello que se es muy prudente con las varices severas.
6. Apoplejía cerebral o antecedentes de estas enfermedades.
7. Disfunción o enfermedad hepática (aguda o crónica). Basta con encontrar ictericia leve en mucosas, piel o escleras. (aunque Medroxiprogesterona de depósito no tiene metabolismo hepático).
8. Hipersensibilidad conocida a uno de los componentes de la fórmula.
9. Fumadoras
10. Osteoporosis
11. Adolescente (con menarquia menor de 2 años)
12. Hipertensión arterial
13. Antecedente de Toxemia Gravídica.
14. Diabetes Mellitus con daño vascular
15. Varices severas
16. Hiperlipemia. (colesterol y triglicéridos por encima de los valores normales)
17. Disfunción tiroidea.
18. Nefropatía.
19. Epilepsia.
20. Asma
21. Enfermedad mental (desde depresion hasta otras patologías mas severas).
22. Osteoporosis.
23. Migraña (crisis frecuentes y severas) Cefalea de origen desconocido.

24. Estar en tratamiento con: Hipoglucemiantes orales, Insulina, Rifampicina Fenibutazona, Hidantoínas, Barbitúricos, Tetraciclina.

CONTRAINDICACIONES RELATIVAS PARA MEDROXIPROGESTERONA Y LEVO NORGESTREL+ETINILESTRADIOL:

1. Cefalea migrañosa esporádica
2. Síndrome de depresión menor.
3. Anemia.
4. Mujeres fumadoras
5. Mayores de 35 años.
6. Adolescentes
7. Promiscuidad sexual. (pues solo protegen del embarazo pero no de la transmisión de Infecciones de Transmisión Sexual, entre las cuales se encuentra el VPH asociado a ca cervicouterino).

VENTAJAS DE MEDROXIPROGESTERONA

1. Su administración es sencilla, una sola inyección provee anticoncepción durante tres meses.
2. Tiene una alta eficacia, la tasa de embarazo es del 0.2 por ciento por año y mujer.
3. Su seguridad anticonceptiva que inhibe la ovulación.
4. Reduce la necesidad de un alto grado de responsabilidad en el cumplimiento de la toma diaria, evitando el problema del olvido de las píldoras.
5. Se evitan efectos psicológicos indeseables al ser independientes del contacto sexual.
6. Al no ser ingeridos oralmente, estos compuestos ni son afectados por la función gastrointestinal, ni tienen efectos sobre la misma.
7. Los anticonceptivos inyectables no alteran la función hepática.

DESVENTAJAS DE MEDROXIPROGESTERONA

1. Deben ser prescritos por un médico. (o al menos por un profesional de la salud debidamente entrenado)
2. Requieren control periódico (antes y durante el tratamiento).
3. Implican alta dosis hormonal que se administra una sola vez.
4. Una vez aplicada la inyección no es posible su retirada.
5. Efectos secundarios indeseables.
6. Restablecimiento de la fertilidad no es inmediato.
7. No protegen contra las ETS.

VENTAJAS DE LOS ANTICONCEPTIVOS ORALES: (LEVONORGESTREL +ETINILESTRADIOL)

1. Disminuyen en volumen en casos de polimenorrea.
2. Reduce el riesgo de anemia por polimenorrea.
3. Disminuyen la frecuencia de dismenorrea, quistes de ovario, embarazos ectòpicos, enfermedad pélvica agudos (EPI).
4. Reducen el riesgo de padecer nódulos benignos en la mama.
5. Disminuye el riesgo de padecer ca de ovario y endometrio.

ENFERMEDADES CONCOMITANTES

OSTEOPOROSIS: El uso de Medroxiprogesterona puede considerarse como uno de los factores de riesgo para el desarrollo de osteoporosis, pues produce cambios en la densidad mineral ósea. El índice de pérdida ósea es mayor en los primeros años de uso y posteriormente se acerca al índice normal de descenso relacionado con la edad.

ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS, CARDIOVASCULARES: Los progestágenos pueden ocasionar cierto grado de retención de líquidos, es necesario considerar las enfermedades en las que podría influir este factor, (epilepsia, migraña, asma o disfunción cardíaca o renal, manifestaciones

precoces de trastornos trombóticos: tromboflebitis, trastornos cerebro vasculares, embolia pulmonar y trombosis de la retina. Pérdida repentina parcial o total de la visión, o si ocurre repentinamente proptosis, diplopía o migraña). Si el examen físico revela papiledema o lesiones vasculares de la retina, no debe aplicar el medicamento.

DEPRESIÓN PSÍQUICA: La modificación hormonal produce depresión, y en una persona que ya la padece, puede exacerbar las recurrencias. No son concluyentes los estudios de la posible influencia del tratamiento prolongado con Medroxiprogesterona sobre las funciones hipofisarias, ováricas, suprarrenal, hepática y uterina.

DIABETES MELLITUS Se ha observado una disminución de la tolerancia a la glucosa en usuarias de progestina. El mecanismo de esta disminución es poco claro. Por esta razón. La función androgénica y la carencia de función estrogénica incluye un riesgo potencial en la posible atenuación del efecto benéfico de los estrógenos sobre el riesgo de una enfermedad cardiovascular, y efectos adversos sobre el metabolismo de los carbohidratos.¹¹

OBESIDAD: El uso de Medroxiprogesterona produce aumento de peso, por lo que no es conveniente en una persona que ya tiene obesidad, ya que los riesgos aumentan proporcionalmente con el grado de obesidad.

RETORNO DE LA FERTILIDAD: Después de suspender el uso de Medroxiprogesterona, las mujeres de peso bajo, conciben más rápidamente que las de peso más alto. El efecto de Medroxiprogesterona es prolongado,

¹¹ Lang J, Márquez A, Valdés L, Pérez J, Becil I. Contracepción y diabetes: información sobre mujeres diabéticas en un área de atención primaria. Rev Cubana Endocrinol 6995; 6(2): 89-96.

según estudio realizado el 68 % quedan embarazadas en el termino de 62 meses, 83%, en 65 meses, 93% en 68 meses de la última inyección. La media es de 60 meses a continuación de la última inyección, con márgenes de 4 a 36 meses. Y no esta relacionado con la duración del uso.¹²

RESTRICCIONES DE USO DURANTE EL EMBARAZO

Uso durante el embarazo: La inyección anticoncepcional de Medroxiprogesterona se clasifica dentro de la categoría X de embarazo¹³ (X - Los estudios en animales o en humanos han demostrado anomalidades fetales o existe evidencia de riesgo fetal basada en la experiencia con seres humanos, o son aplicables las dos situaciones, y el riesgo supera claramente cualquier posible beneficio)¹⁴

Si la paciente es expuesta al Medroxiprogesterona durante los primeros cuatro meses del embarazo, o si queda embarazada durante el tratamiento con este medicamento, deberá informársele sobre los posibles riesgos para el feto. Para asegurar que Medroxiprogesterona no se administre en forma inadvertida a mujeres embarazadas, es recomendable que se aplique en los primeros 5 días de la aparición del periodo menstrual normal, 5 días después del parto si la madre no amamanta y 6 semanas post parto si amamanta.¹⁵

TERATOGENESIS Y MUTAGENESIS

Los embarazos accidentales que ocurren 1-2 meses después de aplicar la inyección de Medroxiprogesterona, pueden tener un mayor riesgo de bajo peso al nacer, lo que se asocia a muerte neonatal. El riesgo atribuible es bajo ya que

¹² Padrón RS, Gómez H, Santana F. Contribución de Latinoamérica al desarrollo de los anticonceptivos orales y estado actual de sus efectos. Rev Cubana Endocrinol 6995;6(2):635- 639

¹³ Stubblefield PG. Anticoncepción. En: Ginecología. Copeland LJ Editor. Médica Panamericana. 2ª ed. Buenos Aires, Argentina. 6992; 299-350.

¹⁴ Briggs et al, Comité Australiano de Evacuación de Farmacológicos.(adaptado de FDA), 1998.

¹⁵ Pradtaison T Gray RH. In utero exposure to steriod contraceptives and survival during infancy. American Journal Epidemiology. 6996; 634: 804 – 866.

dichos embarazos son poco comunes.¹⁶ Un aumento significativo en el aumento de polisindactilia y anomalías cromosòmicas fue observado entre los bebes de usuarias de Medroxiprogesterona siendo lo primero lo mas pronunciado en mujeres menores de 30 años de edad. La naturaleza no relacionada de estos defectos falta confirmarla con otros estudios en busca de una asociación causal.¹⁷ Por lo tanto no existe evidencia adecuada de que este tratamiento produce daño potencial al feto cuando se administran estos medicamentos durante los primeros cuatro meses del embarazo. La causa de aborto es un defecto del óvulo que no tiene relación con los agentes progesteronales.

Varios reportes¹⁸ sugieren que existe una relación entre la exposición intrauterina a los medicamentos progesteronales durante el primer trimestre del embarazo y las anomalías genitales en fetos de ambos sexos. La exposición a estos medicamentos puede duplicar el riesgo de hipospadias. No existen suficientes datos como para cuantificar el riesgo para los fetos de sexo femenino expuestos. Sin embargo algunos de estos medicamentos inducen virilización leve de los órganos genitales externos de los fetos femeninos. Es de considerar a aquella usuaria de Medroxiprogesterona que pudiera quedar embarazada, y que presenta dolor abdominal severo ante la posibilidad de un embarazo ectópico.

LACTANCIA:

Uso durante la lactancia: Se han encontrado cantidades detectables de progestina en la leche de madres tratadas con este medicamento, y en el caso de Levonorgestrel+etinilestradiol, también estos pasan a la leche materna. Estudios dicen que la calidad y cantidad de la leche no se afectan en forma

¹⁶ Pradtaison T Gray RH. Mc Daniel EB Chandacham A. Steriod contraceptives use and pregnancy out come. *Teratology*. 6988; 38:56- 58.

¹⁷ Pradtaison T Gray RH. Mc Daniel EB Chandacham A. Steriod contraceptives use and pregnancy out come. *Teratology*. 6988; 38:56- 58.

¹⁸ Pradtaison T Gray RH. In utero exposure to steriod contraceptives and out come of pregnancy. *American Journal Epidemiology*. 6996; 634: 795 – 803.

adversa y sugieren que la administración de progestina puede estar asociada a una prolongación de la lactancia o a una mayor producción de leche. Todo lo contrario se dice de Levonorgestrel+ Etinilestradiol.

Los bebés expuestos a la medroxiprogesterona de la leche materna fueron estudiados respecto a defectos del desarrollo conducta hasta la pubertad. No se observaron efectos adversos, pero a pesar de los estudios debe decidirse entre suspender la lactancia o el medicamento, tomando en cuenta la importancia del medicamento para la madre y los beneficios de la lactancia.

Sólo un estudio informó una modificación negativa de estos indicadores. En otras investigaciones donde se evaluó el desarrollo prepuberal durante el cuarto y undécimo año de vida de los hijos de madres que recibieron este inyectable durante la lactancia, se encontró que éste era normal. En ambos estudios el anticonceptivo se había comenzado a utilizar a partir del segundo mes posparto y las madres habían continuado lactando por un tiempo prolongado. En el caso de estrógenos combinados hay estudios que documentan la aparición de ictericia en el lactante y refieren una disminución en la calidad de la leche, por lo que se recomienda usar este anticonceptivo hasta que se ha suspendido la lactancia.

CARCINOGENESIS:

Las principales preocupaciones sobre el uso de los anticonceptivos se han centrado en los posibles efectos neoplásicos. Expertos de la OMS¹⁹ han analizado estos aspectos y sus conclusiones se basan en una revisión exhaustiva de todos los trabajos publicados al respecto. La vigilancia a largo plazo de casos controlados de usuarias de Medroxiprogesterona inyectada anticoncepcional demostró ligero o ningún riesgo de cáncer mamario²⁰ Y ningún riesgo mayor de cáncer ovárico,²¹ hepático²² o cervical²³ Y un efecto

¹⁹ WHO collaborative study of neoplasia and steroid contraceptive. DMPA and risk of liver cancer. Int J Cancer. 6996; 49: 682-685.

²⁰ Surveillance, Epidemiology and End Results. Incidence and mortality data, 6973- 6977. National cancer Institute Monograph, 57: June 1986. (NIH publication # 86- 2330)

²¹ Salud Reproductiva e investigación. OMS. 2002.

²² Short R. Fertility and population growth. Nutrition and Population Links. Informe del Simposio ACC/SCN 6992;66:40-42.

protector prolongado en reducir el riesgo de cáncer endometrial²⁴ en la población de usuarias.

El riesgo de fibromas uterinos se reduce un 67 % por cada 5 años de uso de anticonceptivos combinados).²⁵ También hay una incidencia menor de afecciones mamarias benignas. No se ha demostrado asociación entre los contraceptivos y el cáncer de vesícula ni los tumores hipofisarios ni el melanoma maligno. No existe conclusión aún entre la relación que puedan tener con el cáncer ovárico no epitelial y el cáncer colorrectal.

Los experimentos en animales demuestran que los perros beagle tratados con acetato de medroxiprogesterona desarrollaron nódulos mamarios, de los cuales algunos eran malignos. Aunque los animales de control también presentaron nódulos ocasionalmente, éstos fueron de naturaleza intermitente, mientras que los nódulos de los animales tratados fueron más grandes, más numerosos y persistentes, y se observaron algunos tumores mamarios malignos con metástasis. Sigue siendo contradictoria su importancia en el hombre. La administración intramuscular a largo plazo de Medroxiprogesterona en perros beagle ha demostrado producir tumores de mama pero no existe evidencia de efecto carcinogénico asociado a la administración oral de acetato de medroxiprogesterona en ratas y ratones.²⁶

REACCIONES SECUNDARIAS Y ADVERSAS

MAMAS: Rara vez se ha reportado sensibilización de las mamas o galactorrea.

²³ Balasch CJ. Manual Práctico de hormonoterapia ginecológica. Edika-Med. Barcelona, España. 6993.

²⁴ World Health Organization. Improving access to quality care in Family planning. Medical eligibility criteria for initiating and continuing use of contraceptive methods. Geneva, Family and Reproductive Health, World Health Organization. 6996: WHO/FRP/FPP/96.9

²⁵ Torres Contreras L C. Departamento de Medicina Familiar, UNAM. Departamento de Salud Reproductiva. Servicio de Ginecología y Obstetricia HG "Dr. Manuel Gea González", Revisión Farmacológica Anticonceptivos Hormonales orales.

²⁶ Lugones Botell M, Quintana Riverón T. Análisis del riesgo preconcepcional en un grupo básico de trabajo. Rev Cubana Med Gen Integr 6995;66(2):662-6.

PIEL: Han ocurrido reacciones de hipersensibilidad, consistentes en urticaria, prurito, edema y erupción cutánea generalizada, Erupción hemorrágica. Eritema multiforme, o nodoso, En algunos casos se han reportado acné, alopecia e hirsutismo. Manchas en la piel. Ictericia colestásica.

GENITO- URINARIO: Lo que con mas frecuencia ocurre es que presente amenorrea (57 % al 62 mes y 68 % al 24 mes).²⁷ Pero algunas de las mujeres que usan Medroxiprogesterona, presentan patrones alterados en la menstruación, manchado irregular, impredecible, abundante o continuo. Por lo tanto es imprescindible realizar examen completo (especialmente las mamas y los órganos pélvicos, y debe incluirse un frotis de Papanicolao.) para detectar causa del sangrado. Síndrome de tipo premenstrual. Trastornos de la libido. Síndrome de tipo cistitis. Trastorno de la erosión y de las secreciones del cuello uterino.

ANAFILAXIS (puede producir reacciones anafilácticas).

TRASTORNO DEL PESO CORPORAL: Existe una tendencia a aumentar de peso mientras usan Medroxiprogesterona, hay estudios que indican que mujeres que completaron un año de terapia (4 dosis) aumentaron un promedio de 2.4 Kg. (5.4 lbs) las mujeres que completaron 2 años de tx aumentaron un promedio de 3.65 Kg (8.6 lbs) las que completaron 4 años aumentaron 6.3 Kg (63.8 lbs) a 6 años de tratamiento aumentaron 7.6 Kg (66.5 lbs) solo un 2 % el aumento fue excesivo. (Aumento o reducción). Edema. Aumento de la tensión arterial en individuos sensibles. Lumbalgia.²⁸

NEUROLOGICO: Depresión mental. Insomnio. Somnolencia. Cefalea. Nerviosismo. Mareo. Fatiga.

²⁷ Balasch C.J. Manual Práctico de Hormonoterapia Ginecologica. Edika- Med. Barcelona. España. 6993.

²⁸ Comunicación sobre planificación familiar en el marco de la Salud Reproductiva. Pag 68. Planificación y Población. OMS. 6999

GASTRO INTESTINAL: Trastornos del apetito. Náuseas. Pirexia.

CARDIOVASCULAR: Se ha demostrado que existe una relación estadísticamente significativa entre el uso de una combinación estrógeno-progestina y las siguientes reacciones adversas serias: Tromboflebitis. Embolia pulmonar. Trombosis cerebral, Embolia cerebral. Por esta razón, los pacientes tratados con una progestina deben ser observados cuidadosamente. Aunque la evidencia disponible sugiere una relación, ésta no se ha confirmado ni se ha refutado en lo que respecta a las siguientes reacciones adversas: Lesiones neuro oculares, por ejemplo, trombosis de la retina y neuritis óptica.

NUTRICIÓN: En mujeres que emplean anticonceptivos orales se han descrito aberraciones en los niveles de diversos nutrientes que suelen ser similares a los cambios inducidos por el embarazo normal. (Ácido ascórbico, ácido fólico, vitamina B6, vitamina B12, Niacina, Riboflavina, Zinc.²⁹)

INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS: La efectividad de los estrógenos se ve afectada por el uso de productos como La rifampicina, ampicilina, tetraciclina, cloramfenicol, benzodiazepinas y barbitúricos disminuyen el efecto anticonceptivo.³⁰ Ritonavir, Modafinil (Provigil) Topiramato (Topamax) Primidona (Mysoline) fenilbutazona. Unos porque tienen competencia a nivel del metabolismo hepático. La Amino- glutetimida. Reduce la concentración sérica de la Medroxiprogesterona.

²⁹ Pradtaison T Gray RH. Mc Daniel EB Chandacham A. Steriod contraceptives use and pregnancy out come. Teratology. 6988; 38:56- 58.

³⁰ WHO Collaborative study of neoplasia and steroid contraceptive. Breast cancer and Depot-Medroxyprogeterone Acetate: A multi- national Study Lancet. 6996; 338: 833- 838.

ALTERACIONES EN LOS RESULTADOS DE PRUEBAS DE LABORATORIO

DISMINUCION DE: la concentración de esteroides plasmáticos y urinarios. (Progesterona, estradiol, pregnadiol, testosterona, cortisol). Concentraciones de gonadotropina. Concentración de globulinas que se unen a las hormonas sexuales. Reducción de la captación de resina T_3 libre, lo que refleja el aumento de la Globulina fijadora de la hormona tiroidea (TGB); la concentración de T_4 libre no se ve alterada. Reducción de la respuesta a la prueba de metapirona.

AUMENTO DE: Globulina fijadora de la hormona tiroidea (TGB); conduciendo a un aumento del total de hormonas tiroideas circulantes, según las mediciones de PBI, T_4 por columna o T_4 por radioinmunoensayo. Aumento de la retención de sulfobromoftaleína; protrombina y de los factores VII, VIII, IX y X; disminución de la antitrombina 3 y >agregación plaquetaria inducida por la norepinefrina, todo esto conduce a una hipercoagulabilidad. Los resultados de estas pruebas no deben considerarse confiables hasta que se haya suspendido el uso de estrógenos/progestina durante 6-2 meses.

Los efectos en el metabolismo lípido no son homogéneos (fluctuaciones en el colesterol total y fracciones (LDL y HDL) y triglicéridos.³¹

CONSIDERACIONES ANTES DEL TRATAMIENTO:

Excluir las contraindicaciones por anamnesis y examen físico. Hacer un examen ginecológico completo, con citología orgánica. Exploración minuciosa de las mamas. Evaluación de las cifras tensionales. Peso, fundoscopia de ojos, glicemia, perfil lipídico y hemograma.

³¹ Salud Reproductiva e investigación. Evidencias. OMS, Ginebra 2002.

CONSIDERACIONES DURANTE EL TRATAMIENTO:

Evaluación pélvica cada 6 meses. Examen periódico de las mamas. Control citológico. Búsqueda de glucosuria. Control periódico de la tensión arterial y peso.

LEVONORGESTREL Y ETINILESTRADIOL

Asociación de progestágeno con estrógeno que inhibe la ovulación y/o modifican el tracto genital lo que impide la unión de las células germinales.

Estos anticonceptivos orales producen disminución en la producción de glucógeno. Se ha comprobado que los compuestos anticonceptivos estrogénicos paralizan la migración de la mórula por la trompa. (No se ha demostrado lo mismo con los progestágenos)³². La tasa de fracaso para los anticonceptivos orales combinados es de 1-5%, pudiendo alcanzar rangos de 6-8 %, pero se debe principalmente por el uso inadecuado.³³ Presentación : Cada gragea contiene: Levonorgestrel 0.65 mg Etinilestradiol 0.03 mg Envase con 28 tabletas (26 con hormonales y 7 sin hormonales)

Indicaciones: Anovulatorio para Prevención del embarazo. Vía de administración: Oral.

³² Kleiman RL. Anticoncepción Sistémica. Federación Internacional de la Planificación de la Familia. Inglaterra; publicaciones IPPF 6999: 24.

³³ Comunicación Sobre Planificación Familiar en el Marco de la Salud Sexual y Reproductiva. Planificación Familiar y Población OMS. 1999. pag 68.

EFFECTIVIDAD

Levonorgestrel+etinilestradiol es un método mas efectivo que los otros no quirúrgicos, (1% al año si se toman correctamente y 5 % al año si la mujer olvida tomarlas.) El riesgo aumenta proporcionalmente con el número de píldoras olvidadas. La falla terapéutica se espera que pueda ocurrir en el primer año. Medroxiprogesterona usada perfectamente puede tener una falla del 0.3% al 0.8%.

Uso exclusivo para mujeres adultas: Una gragea diaria por la noche a partir del quinto día del ciclo menstrual. Si olvida una, tomarla tan pronto como la recuerda y continuar en la noche con la correspondiente. Si olvida dos, tomarlas al solo recordar y usar método de barrera.³⁴

EFFECTOS ADVERSOS.

Amenorrea, hemorragia uterina disfuncional, náusea, vómito, cefalalgia, nerviosismo, menstruación escasa y de corta duración, aumento de peso, retención de líquidos, trastorno del metabolismo de los carbohidratos, hipercoagulabilidad, Sensación de plenitud y llenura. Náuseas y vómitos, Ingurgitación e hipersensibilidad mamaria, Irritabilidad, Cefalea, migraña. Menorragia, Menstruación escasa estrógeno deficiente, Hemorragia en brecha estrógeno deficiente, Aumento de peso, Pigmentación cutánea, Tromboflebitis Disminución de la libido, Depresión estrógeno deficiente, Vagina reseca Estrógeno deficiente, Acné, Hirsutismo por exceso de progestágeno Disminución del tamaño mamario.

³⁴ Mejorando el acceso al cuidado de la calidad en planificación familiar. Nuevas evidencias. OMS. 2003.

INFORMACION QUE DEBE SUMINISTRARSE A LA USUARIA DE ANTICONCEPTIVOS HORMONALES:

RIESGOS A LOS QUE SE EXPONEN LAS USUARIAS:³⁵ (Según el prospecto informativo de uno de los fabricantes).

Pequeñas hemorragias por vasitos rotos en cualquier área del cuerpo, hematomas, si ocurre en los pulmones es grave, en los ojos produce ceguera, diplopía. Las mujeres que se van a someter a una cirugía selectiva, que amerite reposo prolongado, deben suspender uso de Levonorgestrel+etinilestradiol, por lo menos un mes previo a la cirugía. Para evitar el riesgo de una trombosis profunda.

Aumento en la tendencia para desarrollar apoplejía, angina de pecho, ambas incapacitantes y hasta mortales. Quienes padecen migraña con aura aumentan su riesgo para apoplejía.

Quienes usan Levonorgestrel+etinilestradiol, tienen mayor riesgo para desarrollar enfermedad de la vesícula biliar, hay documentados raros casos de ca en hígado, mayor riesgo para desarrollar ca mama, ese riesgo disminuye progresivamente hasta 60 años después de haber suspendido el uso de las mismas, por lo que es necesario el examen periódico. Ca cervix riesgo aumentado

³⁵ Wyeth Laboratorios. Panfleto distribuido por el fabricante de una marca de Levonorgestrel y etinilestradiol combinados.

Altera el metabolismo de lípidos y carbohidratos, inflamación del páncreas (pancreatitis) Muerte súbita relacionada al uso de Levonorgestrel+ etinilestradiol, el riesgo aumenta en relación a quienes no usan estos anticonceptivos y si la usuaria es mayor de 30, peor aun, si sobrepasa de 40 años y a la vez fuma,(117 muertes por 100,000 mujeres)

CUANDO CONSULTAR AL MÉDICO:

Consultar si hay amenorrea mientras ha estado usando las pastillas anticonceptivas. Disnea dolor torácico, Dolor profundo en la pantorrilla, trastornos en la visión, nódulos en mamas que aparecieron después de iniciado el tratamiento anticonceptivo. Dolor epigástrico (hígado o páncreas) ictericia; Cambios del carácter depresión, fatiga, disminución del apetito, edemas.

LOS EFECTOS SECUNDARIOS QUE PUEDE DESARROLLAR:

Sangrados leves ínter menstruales. Al menos que sea severo se recomienda cambiar el método. Melasma, náusea, hipersensibilidad mamaria, depresión, caída del cabello, rash o alergia, disminución del apetito, mareo, secreción vaginal. Informarle que puede desarrollar alteración en las pruebas laboratoriales, que baja la efectividad de la píldoras si toma al mismo tiempo otros fármacos y que son convenientes hasta que ha ocurrido el destete ya que si se da lactancia, aparte de que la leche baja la calidad, podría producir ictericia en el bebé.

ASPECTOS CULTURALES DE LA USUARIA:

RELIGION: La Iglesia católica considera inaceptables moralmente, o sobre los servicios de planificación familiar que no respetan la libertad de los esposos, la dignidad humana o los derechos humanos de las personas implicadas. La Santa Sede no aprueba en absoluto la anticoncepción o el uso de preservativos, tanto en las medidas de planificación familiar como en los programas de prevención del VIH y del sida.³⁶

Además, hay evidencia suficiente como para afirmar que son varias las razones que explican por qué los creyentes tienen más salud y pueden disfrutar de una vida más prolongada, por su auto cuidado y disciplina.³⁷

MULTIPLES PAREJAS SEXUALES, INICIO TEMPRANO DE LA ACTIVIDAD SEXUAL Y PREDISPOSICION AL CANCER.

El cáncer de cuello uterino tiene como responsable al virus del Papiloma Humano. La promiscuidad y la falta de higiene son las principales vías de contagio. Si la mujer es promiscua la posibilidad de contagiarse es mayor puesto que está en contacto con más hombres que podrían estar infectados. La precocidad en las relaciones sexuales es otro factor de riesgo porque en las adolescentes no se ha completado aún la maduración del epitelio lo que significa que una parte del canal uterino está expuesto y es más vulnerable a todo tipo de infecciones.³⁸

³⁶ Reservas y declaraciones de interpretación de la Santa Sede a los documentos de la Conferencia Internacional sobre la mujer. IV Conferencia mundial sobre la mujer, Pekín, 15 de septiembre 1995.

³⁷ Harold Koenig, Departamento médico de psiquiatría y gerontología, Centro de Estudios sobre Religión y Espiritualidad. Universidad Duke, Estados Unidos.

³⁸ Dr. Luis Pinillos Ashton, Departamento de Oncología. Boletines Primero la Salud. Lima, Perú. 2002.

PARTICIPACION DE LA PAREJA EN LA PLANIFICACION FAMILIAR

Proyecto de la incrementación de la participación masculina en programas de salud reproductiva la mejoría de la salud sexual y reproductiva en la subregión tanto de hombres y mujeres y futuros acuerdos en salud reproductiva y derechos al igual que la equidad de géneros", Dra. Irene Klinger, Jefatura de Relaciones Externas OPS/ OMS.2001.

La falta de información sobre hombres en asuntos de salud reproductiva y las inequidades en relaciones de género derivan en bajos niveles de interés y ausencia de conocimientos en temas de salud reproductiva. La comunicación insuficiente entre hombres y mujeres en aspectos de salud reproductiva inhibe alcanzar decisiones conjuntas y la mayoría de los hombres no recurren fácilmente a estos servicios.³⁹

³⁹ Klinger, Irene. Proyecto de la incrementación de la participación masculina en programas de salud reproductiva. Jefatura de Relaciones Externas OPS/ OMS.2001.

VII. DISEÑO METODOLOGICO

a) TIPO DE ESTUDIO

Es un estudio descriptivo, de corte transversal, entre usuarias de Medroxiprogesterona y Levonorgestrel+etinilestradiol en la unidad de salud Jerónimo Emiliani, del Municipio de La Libertad, Comayagua, Honduras, que estuvieron registradas en el programa de planificación familiar hasta julio de 2004.

b) UNIVERSO y MUESTRA.

El universo de estudio es de 71 mujeres en edad fértil que se encuentran registradas en el programa de planificación familiar. La muestra es igual al Universo.

c) CRITERIOS DE SELECCION:

Población femenina, de 12 a 49 años.

Estar incluidas en el Programa de Planificación familiar del centro de salud.

Estar domiciliada en barrios, aldeas y caseríos del municipio de La Libertad y que son área de influencia de la unidad de salud Jerónimo Emiliani.

Ser población femenina registrada y que usaba medicamentos hormonales como método de planificación familiar a julio de 2004.

d) UNIDAD DE ANALISIS

Usaria de Medroxiprogesterona como método anticonceptivo o de Levonorgestrel + etinilestradiol con edad comprendida entre 12 a 49 años, (a las que se les denomina mujeres en edad fértil. (MEF), Domiciliadas en barrios, aldeas y caseríos del municipio de La Libertad y que son área de influencia de la unidad de salud Jerónimo Emiliani.

e) FUENTE DE INFORMACION

La fuente de información es primaria, a través de un cuestionario.

f) MECANISMO DE RECOLECCION DE LA INFORMACION

Se aplicó, mientras se desarrollaba la consulta por planificación familiar como parte de la anamnesis.

g) CONSIDERACIONES ETICAS:

No se le hizo comentario alguno de los hallazgos del buen o mal desarrollo del programa. La usuaria dio la información como parte de la anamnesis de su consulta por planificación familiar.

h) VARIABLES

Demográficas:

Edad

Estado civil (tiene cónyuge actualmente)

Ocupación

Procedencia

Socioculturales:

Escolaridad

Religión

Número de compañeros sexuales que ha tenido

Orgánicas:

Tiempo de uso

Consumo de Tabaco

Método que usa

Número de embarazos que ha tenido

Fecha en que terminó el último embarazo.

Como terminó el último embarazo.

Está amamantando

Tiene Papanicolao previo

Resultado de Papanicolao

Practica el examen de mamas

Sabe hacer examen de mama.

como cataloga su salud

De información y conocimiento del método

Antecedentes de planificación familiar

Con que planificaba

Motivo para usar anticonceptivos

Persona de quien surgió la idea de planificar.

Conocimiento de la existencia de otros métodos de anticoncepción disponibles en el país

Conocimiento de como funciona el método

Uso correcto o incorrecto del método.

Efectos secundarios que le informaron podrían ocurrir.

Conocimiento de Interacciones medicamentosas medicamentos que toma.

Efectos secundarios

Efectos secundarios que padece.(Percepción de algo raro en su salud desde que usa el anticonceptivo)

Disposición:

cuanto tiempo mas desea continuar el método.

i) PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS ANÁLISIS DE DATOS.

Se procesó en Epi info versión 2002 y se diseñaron tablas de frecuencia, en las cuales se reflejan los resultados en forma de porcentaje.

VIII. RESULTADOS

El 53% de las usuarias de Medroxiprogesterona y Levonorgestrel+etinilestradiol se encuentra con edades entre 16 y 24 años de edad. La edad mínima es de 16 años y la máxima es de 47 años. (Ver tabla 1)

Estado civil de las usuarias de Medroxiprogesterona y Levonorgestrel+etinilestradiol

El 56% de las usuarias se encuentra en unión libre estable, el 27% son casadas y el 17% están solas. (Ver tabla 2)

Ocupación de las usuarias de Medroxiprogesterona y Levonorgestrel+etinilestradiol

Hasta el tercer cuartil de las usuarias eran amas de casa, 13% eran obreras de la maquila, 4% eran estudiantes, 4% eran comerciantes, 1% profesional. (Ver tabla #3)

La mitad del grupo en estudio tiene procedencia urbana. La otra mitad procede del area urbano marginal o de la rural. (Ver tabla #4) La escolaridad de las usuarias de Medroxiprogesterona y Levonorgestrel+etinilestradiol el 7% no tiene ninguna escolaridad, 28% han cursado entre 1-3 grados de la primaria, 35% han cursado 4-6 años de primaria, 23% han cursado 7-9 años (secundaria), 6% del 10-12 años de escolaridad, lo que significa que había entrado a los últimos años de secundaria, 1% con educación universitaria o superior. (Ver tabla #5)

Tres quintiles de la población en estudio profesan alguna religión (católica o evangélica). Dos quintiles no practican ninguna religión. (Ver tabla #6)

Un tercio de la población en estudio ha tenido más de una pareja o compañero sexual. Dos tercios de la población refirieron que solo ha tenido una pareja sexual. (Ver tabla #7) El tiempo mínimo de uso del anticonceptivo es de 3 meses y el máximo es de 96 meses (8 años), tres cuartiles de la población en estudio han usado el método por 24 meses o menos. El último cuartil comprende a quienes han usado el método por 37 hasta 96 meses. (Ver tabla #8).

Un tercio de la población en estudio está expuesta de alguna forma al humo de tabaco.(ver tabla #9) El método aplicado a las usuarias de métodos anticonceptivos hormonales se distribuye en un 65% para Medroxiprogesterona y 35% para Levonorgestrel + Etinilestradiol. (Tabla #10)

El 35% de las mujeres que usan Medroxiprogesterona o Levonorgestrel+etinilestradiol han tenido un embarazo, el 20% han tenido 2 embarazos, 15% han tenido 3 embarazos, y casi el 30% han tenido 4 o mas embarazos. Paridad mínima uno, paridad máxima 15. (ver tabla # 11) 42% de las usuarias tienen hijos de 24 meses o menos y 25 % tienen hijos de 2 a 4 años, y 33% tienen hijos de 5 o mas años. (ver tabla #12) El último embarazo de las usuarias de Medroxiprogesterona o Levonorgestrel+etinilestradiol finalizó en parto (ninguno en aborto). (Tabla #13)

Casi el 60% de las mujeres que tienen hijos de 2 años o menos practican la lactancia materna. (tabla # 14)

37% por ciento de la población en estudio no se han practicado algún examen de Papanicolao.(tabla #15)

Del grupo de usuarias de métodos anticonceptivos hormonales (Medroxiprogesterona Levonorgestrel+etinilestradiol) 13% tienen resultados inflamatorios y el 7% no reclamó o no recuerda el resultado.(tabla # 16).

Tres por ciento del grupo de usuarias de medroxiprogesterona y Levonorgestrel+ etinilestradiol se practicaban el examen de mama. (tabla #17) Mismas que tenían una idea de cómo hacerlo.(tabla #18) El 97% restante no se lo practicaba y no sabia como hacerlo.

Sabia o creía que padece alguna enfermedad (se considera enferma) el 45% de las usuarias. El 55% dijeron ser completamente sanas. (tabla #19).

Un tercio de las usuarias de Medroxiprogesterona y Levonorgestrel+ etinilestradiol ya habían usado algún método de planificación.(tabla # 20)

El 30% de las usuarias tenía la experiencia de haber usado algún método hormonal previamente (Levonorgestrel + etinilestradiol o Medroxiprogesterona) un 20% habían usado el Dispositivo Intrauterino y 50% habían practicado el onanismo. (Tabla # 21)

41% de la población en estudio, planifican porque tienen algún riesgo preconcepcional identificado, un tercio de este grupo alcanzó lo que para ella

es el número ideal de hijos, y otro tercio planifica porque desean “espaciar” (tienen planes de estudiar o trabajar) (tabla # 22)

La idea de planificar surgió de la usuaria misma en el 20% de los casos, 6% fue por sugerencia del marido, 44% fue concertado en pareja, 8% fue recomendado por un familiar o amiga, sugerido por el personal de salud en el 22% de los casos. (Tabla #23) Todas las usuarias pudieron enumerar al menos un método distinto al que tenían en uso. Siendo por orden de frecuencia los más mencionados DIU, píldoras (Levonorgestrel + etinilestradiol) Depoprovera (Medroxiprogesterona) condón masculino, esterilización femenina, onanismo, collar, ritmo, inyección mensual. (tabla # 24).

3% de las usuarias tienen idea de cómo funciona el método de planificación que está usando. (Tabla #25)

94 % de las usuarias de Medroxiprogesterona o Levonorgestrel+etinilestradiol, usaban correctamente el método. 6% usaban incorrectamente. (tabla #26). La totalidad de la muestra fue informada de que podía presentar “problemas con la regla” como efecto secundario indeseable. (Tabla # 27). La totalidad de la muestra desconocía que pudiera haber interacciones medicamentosas (tabla #28). El 100% de la muestra ha notado al menos un efecto secundario desde que usa el anticonceptivo. (tabla #29).

La usuaria deseaba continuar con el método por un tiempo determinado que va desde 3 meses hasta 6 años, o hasta que le pase el período fértil, pero un 49% no sabía por cuánto tiempo más desearía usar el anticonceptivo. (Tabla #30)

En las usuarias de Levonorgestrel se encontró que la edad mínima fue de 18 años y la máxima de 35 años, mientras que en las usuarias de Medroxiprogesterona se encontró que tenían edades de 16 a 47 años. El 30% de usuarias de Medroxiprogesterona tienen entre 16 y 21 años de edad. (Tabla # 31).

Resultó casi igual el uso de Levonorgestrel+etinilestradiol o Medroxiprogesterona en las usuarias católicas, predominando el uso de medroxiprogesterona en las que eran evangélicas. En quienes no practicaban ninguna fe, resultó casi el doble, preferencia por Medroxiprogesterona en comparación con Levonorgestrel. (Tabla # 32).

La edad de las usuarias que estaban casadas, se encontró que eran mayores de 25 años principalmente. La edad de las que se encontraban solas fue de 16 a 18 años principalmente, la unión libre se encontró en cualquier grupo de edad. (Tabla # 33).

La ocupación como ama de casa resultó frecuente en cualquier grupo de edad. Como estudiante de 16 a 21 años, como obrera de la maquiladora de 19 a 25 años, comerciante más de 34 años, profesional más de 37 años de edad. (Tabla # 34)

En las casadas la ocupación principal fue la de ama de casa, excepcionalmente una profesional. Las solas resultaron amas de casa, estudiantes u obreras. En unión libre las amas de casa, estudiante, obrera y comerciante. (Tabla # 35).

las amas de casa procedían de la zona urbana, urbano marginal y rural indistintamente, las estudiantes de la zona urbana, las obreras principalmente de la urbano marginal y las comerciantes y profesional de la zona urbana.(tabla # 36)

IX. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Es un derivado de la progesterona, en polvo cristalino, insoluble en agua. La presentación farmacéutica es de 150 mg de acetato de medroxiprogesterona en 1 ml de solución salina.

La eficacia de Medroxiprogesterona es de 0.8 %, en este estudio se encontró una falla terapéutica de 2%. Teóricamente ese fracaso puede darse en el primer trimestre de uso, mientras que en este caso se dió después de 24 meses de uso. La bibliografía considera como principal causa el incumplimiento en la aplicación de las dosis, mientras que en este caso se dió cumplimiento estricto a la aplicación de las dosis.

La falla terapéutica en el uso de Levonorgestrel puede darse del 1-5% de los casos, pero se asocia principalmente al olvido de las dosis diarias. En este estudio se encontró una falla terapéutica del 4%.

Ambos anticonceptivos hormonales se clasifican en una categoría farmacológica X por lo que es impredecible lo que pueda ocurrir con estos productos.

El 53% de las usuarias de Medroxiprogesterona y Levonorgestrel+etinilestradiol se encuentra con edades entre 16 y 24 años de edad. La edad mínima es de 16 años y la máxima es de 47 años. Estado civil de las usuarias de Medroxiprogesterona y Levonorgestrel+etinilestradiol. La literatura documenta que no es conveniente el uso de productos hormonales en mujeres adolescentes ni en mujeres mayores, en las primeras porque no ha alcanzado madurez orgánica y fisiológica y en las segundas porque ocultan las señales del climaterio y porque el riesgo de padecer enfermedad cardiovascular es mayor.

El 56% de las usuarias se encuentra en unión libre estable, el 27% son casadas y el 17% están solas. Precisamente quienes están en este último

grupo son principalmente adolescentes, quienes quedan expuestas a conseguir una nueva pareja y como puede verse en este estudio, el número de parejas aumenta proporcionalmente con la edad.

Ocupación de las usuarias de Medroxiprogesterona y

Levonorgestrel+etinilestradiol

Hasta el tercer cuartil de las usuarias eran amas de casa, 13% eran obreras de la maquila, 4% eran estudiantes, 4% eran comerciantes, 1% profesional.

La mitad del grupo en estudio tiene procedencia urbana. La otra mitad procede del area urbano marginal o de la rural.

La escolaridad de las usuarias de Medroxiprogesterona y

Levonorgestrel+etinilestradiol el 7% no tiene ninguna escolaridad, 28% han

cursado entre 1-3 grados de la primaria, 35% han cursado 4-6 años de

primaria, 23% han cursado 7-9 años (secundaria), 6% del 10-12 años de

escolaridad, lo que significa que había entrado a los últimos años de

secundaria, 1% con educación universitaria o superior. Lo que en promedio

significa: mujer ama de casa, de procedencia urbana, con escolaridad de

primaria.

Aunque la Iglesia Católica censure toda forma de Planificación Familiar, más

del 40% de las usuarias dicen ser católicas. La iglesia evangélica no se

encontró pronunciamiento al respecto.

Un tercio de la población en estudio ha tenido más de una pareja o compañero

sexual. Dos tercios de la población refirieron que solo ha tenido una pareja

sexual. El riesgo de desarrollar infecciones por VPH aumenta

proporcionalmente con la promiscuidad sexual y estas infecciones se asocian

al cáncer cervicouterino, que si no se detecta tempranamente a través del

examen de Papanicolao, puede ser agravado por el estímulo hormonal.

El tiempo mínimo de uso del anticonceptivo es de 3 meses y el máximo es de

96 meses (8años), tres cuartiles de la población en estudio han usado el

método por 24 meses o menos. El último cuartil comprende a quienes han

usado el método por 37 hasta 96 meses. A mayor tiempo de exposición,

mayor tiempo tardará en recuperar la fertilidad.

Un tercio de la población en estudio está expuesta de alguna forma al humo de tabaco. Si la usuaria de métodos hormonales, fuma, el riesgo de desarrollar enfermedad cerebrovascular es mayor que si no fuma, y puede llegar a ser muy elevado, si además de ser usuaria de métodos hormonales, fuma y es mayor de 35 años.

El método aplicado a las usuarias de métodos anticonceptivos hormonales se distribuye en un 65% para Medroxiprogesterona y 35% para Levonorgestrel + Etinilestradiol.

El 35% de las mujeres que usan Medroxiprogesterona o Levonorgestrel+etinilestradiol han tenido un embarazo, el 20% han tenido 2 embarazos, 15% han tenido 3 embarazos, y casi el 30% han tenido 4 o más embarazos. Paridad mínima uno, paridad máxima 15. 42% de las usuarias tienen hijos de 24 meses o menos y 25 % tienen hijos de 2 a 4 años, y 33% tienen hijos de 5 o más años. El último embarazo de las usuarias de Medroxiprogesterona o Levonorgestrel+etinilestradiol finalizó en parto (ninguno en aborto).

Casi el 60% de las mujeres que tienen hijos de 2 años o menos practican la lactancia materna. Quienes lo hacen son usuarias de Medroxiprogesterona. No se investigó si el uso del Levonorgestrel es la causa de falta de lactancia materna en las usuarias del Levonorgestrel mismo.

37% por ciento de la población en estudio no se han practicado algún examen de Papanicolao por lo que si tuvieran alguna patología inflamatoria o neoplásica, todavía no se sabe. Del grupo de usuarias de métodos anticonceptivos hormonales (Medroxiprogesterona Levonorgestrel +etinilestradiol) 13% tienen resultados inflamatorios (ninguno en un grado más severo. El 7% no reclamó o no recuerda el resultado, lo que es casi igual a no haberse hecho ninguno.

Tres por ciento del grupo de usuarias de medroxiprogesterona y Levonorgestrel+ etinilestradiol se practicaban el examen de mama. Mismas que tenían una idea de cómo hacerlo. El 97% restante no se lo practicaba y no

sabía como hacerlo por lo que podría haber una asociación entre ambos factores.

Sabía o creía que padece alguna enfermedad (se considera enferma) el 45% de las usuarias. El 55% dijeron ser completamente sanas.

Un tercio de las usuarias de Medroxiprogesterona y Levonorgestrel+etinilestradiol ya habían usado algún método de planificación. El 30% de las usuarias tenía la experiencia de haber usado algún método hormonal previamente (Levonorgestrel + etinilestradiol o Medroxiprogesterona) un 20% habían usado el Dispositivo Intrauterino y 50% habían practicado el onanismo. 41% de la población en estudio, planifican porque tienen algún riesgo preconcepcional identificado, un tercio de este grupo alcanzó lo que para ella es el número ideal de hijos, y otro tercio planifica porque desean “espaciar” (tienen planes de estudiar o trabajar).

La idea de planificar surgió de la usuaria misma en el 20% de los casos, 6% fue por sugerencia del marido, 44% fue concertado en pareja, 8% fue recomendado por un familiar o amiga, sugerido por el personal de salud en el 22% de los casos.

Todas las usuarias pudieron enumerar al menos un método distinto al que tenían en uso. Siendo por orden de frecuencia los más mencionados DIU, píldoras (Levonorgestrel + etinilestradiol) Depoprovera (Medroxiprogesterona) condón masculino, esterilización femenina, onanismo, collar, ritmo, inyección mensual. Los métodos disponibles en el país son medroxiprogesterona en inyección de depósito para una aplicación trimestral, levonorgestrel+etinilestradiol en píldoras, estrógenos combinados en inyección de aplicación mensual, DIU, preservativo masculino, consejería en métodos naturales, esterilización femenina y vasectomía.

3% de las usuarias tienen idea de cómo funciona el método de planificación que está usando. 94% de las usuarias de Medroxiprogesterona o Levonorgestrel+etinilestradiol, usaban correctamente el método. 6% usaban incorrectamente, principalmente las usuarias de Levonorgestrel. La totalidad de la muestra fue informada de que podía presentar “problemas con la regla”

como efecto secundario indeseable. Sin embargo los efectos que presentaron fueron mas que eso.

La totalidad de la muestra desconocía que pudiera haber interacciones medicamentosas, y sin embargo, usuarias estan en tratamiento farmacológico prescrito por facultativo o automedicado.

El 100% de la muestra ha notado al menos un efecto secundario desde que usa el anticonceptivo, mismos que están descritos en la farmacopea.

La usuaria deseaba continuar con el método por un tiempo determinado que va desde 3 meses hasta 6 años, o hasta que le pase el período fértil, pero un 49% no sabía por cuanto tiempo más desearía usar el anticonceptivo.

En las usuarias de Levonorgestrel se encontró que la edad mínima fue de 18 años y la máxima de 35 años, mientras que en las usuarias de Medroxiprogesterona se encontró que tenían edades de 16 a 47 años. El 30% de usuarias de Medroxiprogesterona tienen entre 16 y 21 años de edad.

Resultó casi igual el uso de levonorgestrel+etinilestradiol o Medroxiprogesterona en las usuarias católicas, predominando el uso de medroxiprogesterona en las que eran evangélicas. En quienes no practicaban ninguna fe, resultó casi el doble, preferencia por Medroxiprogesterona en comparación con Levonorgestrel.

La edad de las usuarias que estaban casadas, se encontró que eran mayores de 25 años principalmente. La edad de las que se encontraban solas fue de 16 a 18 años principalmente, la unión libre se encontró en cualquier grupo de edad.

La ocupación como ama de casa resultó frecuente en cualquier grupo de edad. Como estudiante de 16 a 21 años, como obrera de la maquiladora de 19 a 25 años, comerciante más de 34 años, profesional más de 37 años de edad.

En las casadas la ocupación principal fue la de ama de casa, excepcionalmente una profesional. Las solas resultaron amas de casa, estudiantes u obreras. En unión libre las amas de casa, estudiante, obrera y comerciante.

Las amas de casa procedían de la zona urbana, urbano marginal y rural indistintamente, las estudiantes de la zona urbana, las obreras principalmente de la urbano marginal y las comerciantes y profesional de la zona urbana.

X. CONCLUSIONES

La eficacia clínica de Medroxiprogesterona es de 99.92% a partir del primer trimestre, sin embargo en este estudio encontramos una eficacia de 97.83 después de 2 años; mientras que con Levonorgestrel+ Etinilestradiol la eficacia clínica es de 95% a partir del primer bimestre, mientras que en la población estudiada, encontramos una eficacia de 97.83, después de 8 meses de uso.

“Los derechos de reproducción abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en leyes nacionales, documentos internacionales de Derechos Humanos y otros documentos de consenso relacionados. Estos derechos se apoyan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente en número, el espaciamiento y el planeamiento de sus hijos y de tener la información y los medios para hacerlo, y el derecho para alcanzar el mejor estándar de salud sexual y reproductiva”. (Plataforma de acción de Beijing)

El cuidado de la salud sexual y reproductiva, incluyendo servicios de planificación familiar e información tanto como una clave para mejorar la salud de mujeres y niños, como también un derecho humano, sin embargo suponen una consideración holística de las usuarias y la consideración de todos los criterios de elegibilidad para asistir a la mujer en la elección del método más adecuado. No obstante la documentación sobre el tema, es controversial aun en este tiempo.

Las usuarias de métodos anticonceptivos hormonales inscritas en el programa de PF del CESAMO Jerónimo Emiliani hasta julio 2004, el 74% tiene entre 18 y 35 años de edad, el 11% son adolescentes, el 14 % tienen 36 a 47 años y estos dos grupos estaban usando Depoprovera. (se agruparon de esta forma

siguiendo el patrón propuesto por la Secretaría de Salud de Honduras, en donde los extremos de estas edades constituyen factores de riesgo.

La escolaridad promedio es la primaria incompleta, La condición civil mas frecuente es la unión libre, las mas jóvenes (de 16 y 17 años no tienen pareja y las mayores ya tienen una pareja establecida). El 55% son amas de casa, la religión que profesan es la católica, independientemente de que como es de dominio público, esta no opina favorablemente por los métodos anticonceptivos artificiales. El grupo de usuarias de este estudio es predominantemente de procedencia urbana.

Todas las usuarias han tenido por lo menos un parto (logrado o no) con una moda de un hijo y una media de 3.

El 52% tienen hijos menores de 2 años y el 27% están amamantando. (Principalmente las usuarias de Depoprovera han conservado la lactancia).

Antecedente de parejas sexuales de las usuarias se encontró una moda de 1, pero el 15 % ha tenido tres o mas. Encontrando que aumenta proporcionalmente con la edad, independientemente de la religión que profesa.

Puesto que hay estudios que asocian que el antecedente de varias parejas, aumenta el riesgo de adquirir el VPH, que se asocia a cáncer cervicouterino, se investigó sobre la práctica del Papanicolao, encontrando que el 55% se lo ha practicado, sin embargo, un 4% de estas no recuerda o no sabe el resultado.

Un 8% presenta un test anormal con algún grado de inflamación severa sin displasia, y el 37% no se ha practicado el examen nunca. Son las usuarias de 18 a 35 años en quienes se encontró mayor frecuencia de citologías, y dentro de este grupo, las usuarias de Medroxiprogesterona. En las de 16 y 17 años nadie se la ha practicado.

El tabaquismo es un factor que aumenta el riesgo de desarrollar enfermedad cardiovascular (entre otros daños a la salud) y si la practica de consumir tabaco y el uso de anticonceptivos hormonales es concomitante, el riesgo es mayor, encontrando que el 2% de las usuarias fuma personalmente, pero que el 27 % son fumadoras pasivas.

El uso de productos hormonales con fines anticonceptivos aumenta el riesgo de desarrollar la de mama, sin embargo en el grupo de estudio, el 3% se practican el auto examen de mama, sin seguir alguna periodicidad ni técnica, no se les ha practicado ni enseñado como hacerlo a nivel de la unidad de salud.

Se encontró que el 94% de las usuarias usan correctamente los anticonceptivos hormonales, quienes lo usan incorrectamente todavía no se han enfrentado a una falla terapéutica.

En la población estudiada, se encontró que el 52% de las usuarias es la primera vez que están en contacto con un método anticonceptivo. El 10% habían practicado el onanismo principalmente, 5% habían usado DIU, 5% habían usado Anticonceptivos orales y 2% habían usado Medroxiprogesterona.

En lo referente a de donde procede la idea de la "planificación, el 44% informaron haber acordado con su pareja planificar y el tipo de método. 22% de los casos les fue sugerido por el personal de salud. 20 % fue decisión unilateral. (de si misma) un 8% fueron influidas por una pariente o amiga (Suegra) y en el 6% de los casos fue sugerida por el marido.

El 48% de las usuarias no saben por cuanto tiempo van a utilizar el método que están usando. 53% han definido un tiempo de uso (4% hasta que pase el tiempo de fertilidad, 4% 3-6 meses, 4% un año, 16% por dos años mas y 24 % entre 3 y 6 años). Se encontró que lo que las motiva a "planificar" es que necesitan "espaciar" un 30% porque tienen planes de estudio o trabajo. 29% alcanzaron el número ideal de hijos para su condición y en el 41% encontraron algún riesgo preconcepcional, incluida la edad.

El 100% mencionó que ha escuchado al menos de un método de planificación aparte del que está usando. Los métodos mencionados por orden de frecuencia fueron: DIU 51%, ACO 49%, Medroxigesterona 31% (condón masculino operación femenina, onanismo, collar, ritmo, "inyección mensual" menos del 18 %)

En cuanto a la condición de salud, 32% adolecen algún problema de salud por el cual con frecuencia consultan y toman otros fármacos, desconocen si se producen interacciones medicamentosas. El 41% de ellas conoce que tiene algún riesgo preconcepcional. Las molestias que han presentado a causa de los efectos secundarios son exactamente iguales a los descritos en la farmacopea europea y americana.

XI. RECOMENDACIONES

- 1) Promover la salud sexual y reproductiva en los y las adolescentes para evitar los embarazos en esta edad, porque un embarazo en esta edad, además de restringir su formación académica, no se constituyen en su mayoría, en parejas estables, sino que se aumenta el grupo de las madres solas y con ello mayor riesgo social para la adolescente como para su hijo.
- 2) Los productos hormonales que se usan como anticonceptivos producen el cierre epifisiario del disco de crecimiento prematuramente, es recomendable alternativas no hormonales.
- 3) La literatura no es concluyente pero si controversial, en cuanto a la recuperación de la fertilidad, lo que si textualmente refiere es que medroxiprogesterona produce un endometrio iatrogénico razón por la cual no sería recomendable para quienes necesitan un embarazo entre uno o dos años.
- 4) Son recomendables para quienes alcanzaron la paridad ideal o que por su condición tienen riesgo preconcepcional. (Identificado) y el embarazo está proscrito.
- 5) Fortalecer los conocimientos de la usuaria en cuanto al riesgo preconcepcional, que se ha identificado, cual enfermedades padece y amerita tratamiento farmacológico supervisado.
- 6) Promover el abandono de la práctica de la automedicación e informar a su medico que planifica con Anticonceptivos orales en caso de enfermarse o se le prescribieran otros fármacos.
- 7) Promover en la usuaria el auto examen de mama y Papanicolao.
- 8) Suministrar a la usuaria información clara sobre:
Leer folleto informativo del método (en su lengua materna), preguntar, observarse e informar los cambios que le acontecen.

Uso correcto de ACO en condiciones especiales como (epigastralgia, diarrea, vómitos, método de barrera como alternativa ante la pérdida de dosis orales.

Es conveniente que la usuaria pueda identificar cuales son las pastillas hormonales y cuales no, donde comienza y termina el ciclo.

- 9) Informar correctamente y promover la anticoncepción con los diferentes métodos en la población en general, ya que si no serán usuarias directas, pueden influir para que otra persona lo sea. La participación del marido en la decisión de la planificación es un indicador favorable en nuestra cultura latina.

XII. BIBLIOGRAFIA

1. Programa nacional de planificación familiar y lactancia materna, secretaria de salud. 1984. Pág. 16
2. Comunicación sobre planificación familiar en el marco de la Salud Reproductiva. Pág. 18. Planificación y Población. OMS. 1999
3. Perfil Epidemiológico de la Unidad de Salud en estudio. Del año 2003.
4. Políticas nacionales de salud sexual y reproductiva. Nov. 1999. secretaria de salud.
5. Manual de Normas y Procedimientos de Atención Integral de la Mujer. Secretaria de Salud. Sep. 1998.
6. Hatcher R.A. et al. Lo esencial de la Tecnología Anticonceptiva. Baltimore, Facultad de Salud Publica, Universidad Johns Hopkins. Programa de información en población. 1999.
7. Schaller PC, Assenso JR Contraceptive use- efficacy study utilizing MPA administered as an intramuscular injection once every 90 days. Fertil Steril 1993; 24: 331-339
8. RUBÍ, María Luz, Los anticonceptivos. Coord. Elena F.L. Ochoa. Madrid, Ed. Aguilar, 1996. Guías prácticas 1.
9. Torres Contreras L C. Profesor del departamento de Medicina Familiar, UNAM. Departamento de Salud Reproductiva. Servicio de Ginecología y Obstetricia Hospital General "Dr. Manuel Gea González", Revisión Farmacológica Anticonceptivos Hormonales.
10. Hatcher RA et al. Contraceptive Technology; 17 th revised edition NY, Ardent Media, 1998.
11. Goldfien A. Hormonas e inhibidores gonadales. En: Farmacología básica y clínica. Katzung BG Editor. El Manual Moderno. 1ª ed. México, d.f. 1999; 757-790.

12. Lang J, Márquez A, Valdés L, Pérez J, Becil I. Contracepción y diabetes: información sobre mujeres diabéticas en un área de atención primaria. *Rev Cubana Endocrinol* 1995; 6(2): 89-96.
13. Padrón RS, Gómez H, Santana F. Contribución de Latinoamérica al desarrollo de los anticonceptivos orales y estado actual de sus efectos. *Rev Cubana Endocrinol* 1995;6(2):135- 139.
14. Briggs et al, Boletines Comité Australiano de Evaluación de Farmacológicos.(adaptado de FDA),1998.
15. Stubblefield PG. Anticoncepción. En: Ginecología. Copeland LJ Editor. Médica Panamericana. 2ª ed. Buenos Aires, Argentina. 1992; 299-350.
16. Pradtaison T Gray RH. In utero exposure to steriod contraceptives and survival during infancy. *American Journal Epidemiology*. 1991; 134: 804 – 811.
17. Pradtaison T Gray RH. Mc Daniel EB Chandacham A. Steriod contraceptives use and pregnancy out come. *Teratology*. 1988; 38:51- 58.
18. Pradtaison T Gray RH. In utero exposure to steriod contraceptives and out come of pregnancy. *American Journal Epidemiology*. 1991; 134: 795 – 803.
19. Foege, William et al. Contraception and Reproduction. Health consequences for women and children in the developing world. National Research Council. 1990
20. WHO collaborative study of Epithelial ovarian cancer. *Int J. Cancer*. 1991; 49: 191-195.
21. WHO collaborative study of neoplasia and steriod contraceptive. DMPA and risk of invasive squamous –cell cervical cancer. *Contraception*. 192; 45: 299-312.
22. WHO collaborative study of neoplasia and steriod contraceptive. DMPA and risk of liver cancer. *Int J Cancer*. 1991; 49: 182-185.
23. Surveillance ,Epidemiology and End Results Incidence and mortality data, 1973- 1977. National cancer Institute Monograph, 57: june 1981. (NIH publicación # 81- 2330)
24. Salud Reproductiva e investigación. OMS. 2002.

25. Short R. Fertility and population growth. Nutrition and Population Links. Informe del Simposio ACC/SCN 1992;11:40-42.
26. Balasch C.J. Manual Práctico de hormonoterapia ginecológica. Edika-Med. Barcelona, España. 1993.
27. World Health Organization. Improving access to quality care in Family planning. Medical eligibility criteria for initiating and continuing use of contraceptive methods. Geneva, Family and Reproductive Health, World Health Organization. 1996: WHO/FRP/FPP/96.9
28. Torres Contreras L. C. Profesor del departamento de Medicina Familiar, UNAM. Jefe del departamento de Salud Reproductiva. Servicio de Ginecología y Obstetricia HG "Dr. Manuel Gea González", Revisión Farmacológica Hormonales orales.
29. Lugones Botell M, Quintana Riverón T. Análisis del riesgo preconcepcional en un grupo básico de trabajo. Rev Cubana Med Gen Integr 1995;11(2):112-6.
30. Balasch C.J. Manual Práctico de Hormonoterapia Ginecológica. Edika-Med. Barcelona. España. 1993.
31. Comunicación sobre planificación familiar en el marco de la Salud Reproductiva. Pag 18. Planificación y Población. OMS. 1999
32. Pradtaison T Gray RH. Mc Daniel EB Chandacham A. Steriod contraceptives use and pregnancy out come. Teratology. 1988; 38:51- 58.
33. WHO Collaborative study of neoplasia and steroid contraceptive. Breast cancer and Depot-Medroxyprogesterone Acetate: A multi- national Study Lancet. 1991; 338: 833- 838.
34. Salud Reproductiva e investigacion . evidencias. OMS, Ginebra 2002.
35. Kleiman RL. Anticoncepción Sistèmica. Federación Internacional de la Planificación de la Familia. Inglaterra; publicaciones IPPF 1999: 24.
36. Comunicación Sobre Planificación Familiar en el Marco de la Salud Sexual y Reproductiva. Planificación Familiar y Población OMS. 1999. pag 18.
37. Reservas y declaraciones de interpretación de la Santa Sede a los documentos de la Conferencia Internacional sobre la mujer. IV Conferencia mundial sobre la mujer, Pekín, 15 de septiembre 1995.

38. Harold Koenig, Departamento médico de psiquiatría y gerontología, Centro de Estudios sobre Religión y Espiritualidad. Universidad Duke, Estados Unidos.

39. Dr. Luis Pinillos Ashton, Departamento de Oncología. Boletines Primero la Salud. Lima, Perú. 2002.

40. Klinger, Irene. Proyecto de la incrementación de la participación masculina en programas de salud reproductiva. Jefatura de Relaciones Externas OPS/ OMS. 2001.

41. Balash CJ. Anticonceptivos Orales. Casos Clínicos Obstetricia y Ginecología. Salvat editores. Barcelona 1999; 234-235.

42. Mejorando el acceso al Cuidado de Calidad en Planificación Familiar. Nuevas Evidencias. OMS. 2003.

43. Wyeth Laboratorios. Panfleto distribuido por el fabricante de una marca de Levonorgestrel y etinilestradiol combinados.



Usuarias del programa de Planificación familiar en la sala de espera del centro de salud.



Entrada principal del municipio de La Libertad, Comayagua, al fondo, el centro de salud.



Panorámica del municipio de La Libertad, Comayagua.

ANEXOS

4. Procedencia

Lugar del domicilio de la usuaria, donde permanece la mayor parte de su tiempo. Urbana: si se ubica en dentro del perímetro urbano (barrio o colonia).

Rural si se ubica en una aldea o caserío. Urbano- marginal: si se encuentra en los barrios o asentamientos del perímetro urbano.

Socioculturales:

5. Escolaridad:

Número de años cursados y aprobados en una institución de educación formal.

Ninguna: si nunca fue matriculada o nunca aprobó algún grado.

1-3 años: si estuvo matriculada y aprobó uno a tres años de educación primaria.

4-6 años: si estuvo matriculada y aprobó de 4- 6 años de educación primaria.

7-9 si estuvo matriculada y aprobó de 7 a 9 grados del nivel de secundaria.

10- 12 años: si estuvo matriculada y aprobó de 10 a 12 años de la educación superior.

Más de 12: pasante o graduada de educación Superior o universitaria.

6. Religión:

Práctica y creencia religiosa que profesa la usuaria.

Católica: si profesa la fe tradicional.

Evangélica: si profesa una creencia reformista.

Otra: si profesa cualquiera de las doctrinas de cualquier índole.

Ninguna: si no profesa ninguna creencia.

7. Número de de compañeros sexuales: Parejas, número de varones con los que ha tenido contacto sexual. Que puede ser uno, dos, tres, cuatro o más.

Orgánicas:

8. Tiempo de uso: Tiempo desde la aplicación o ingesta de la primera dosis del anticonceptivo hasta el momento de aplicación del instrumento. Expresado en meses

9. Consumo de Tabaco

Que inhala humos de tabaco, sea porque fuma o porque los de su entorno lo hacen.

Fuma: que ella misma consume el tabaco.

Fumadora pasiva: que la usuaria no fuma ella, pero si los que están en su entorno.

No fuma: no inhala humos del tabaco ni ella ni quienes la rodean.

10. Método que usa: Método hormonal que usa: se refiere al método anticonceptivo usado.

Medroxiprogesterona por vía intramuscular o Levonorgestrel+etinilestradiol por vía oral.

11. Número de embarazos que ha tenido:

Número de embarazos logrados o no. Se refiere al número de veces que la usuaria estuvo embarazada, haya culminado en parto o en aborto. Expresado en números cardinales (1, 2, 3....)

12. Fecha en que terminó el último embarazo.

Se refiere al tiempo transcurrido desde que finalizó el último embarazo hasta la aplicación del instrumento. Expresado en años y las fracciones en meses.

13. Como terminó el último embarazo. Resultando en parto o aborto.

14. Está amamantando:

Se refiere a la práctica de la lactancia materna, en niños menores de 2 años. Expresado en año y la fracción en meses.

15. Tiene Papanicolao previo:

Papanicolao previos: se refiere al antecedente de hacerse el examen de detección precoz de cáncer cervicouterino a través de la citología vaginal con tinción de Papanicolao. Expresado en afirmación (si) en el caso que tiene una o

mas citologías. Expresado como negación (no) en el caso de que nunca se haya practicado dicho examen.

16. Resultado de Papanicolao

Ultimo resultado de Papanicolao: manifiesta cual era el diagnóstico de ese examen. Expresado como Negativo en aquel caso en que no presentara cambios patológicos. Inflamatorio: con signos de infección. Otro: en aquellos casos en que se encontrara ASCUS, AGCUS, LGSIL, HGSIL, Células malignas.(clasificación Bethesda para resultados de papanicolaos) No recuerda o no sabe: en el caso en que habiéndose practicado el examen no reclamó el resultado o no lo recuerda.

17. Practica el examen de mamas:

Practica el auto examen de mamas: si se examina periódicamente las mamas a través de un examen manual. Expresado como afirmación en el caso en que la usuaria se practica el examen. Expresado como negación en el caso en que no se lo practica.

18. Sabe hacer examen de mama.

Manifestado como afirmación en el caso en que sabe o tiene idea de cómo se practica el examen de mama. Expresado como negación en el caso en que no sabe hacer el examen de mama.

19. Como cataloga su salud:

La usuaria tiene conocimiento o cree padecer alguna patología o se cataloga como sana. Expresado como “enferma o sana”.

De información y conocimiento del método

20. Antecedentes de planificación familiar: si la usuaria antes del este había usado algún método de planificación. Expresado como afirmación o negación.

21. Con qué planificaba: Cualquiera de los métodos de planificación. Expresado como Depoprovera, Píldoras, Inyección mensual, Dispositivo (DIU), Preservativo masculino, "Natural" considerando como métodos naturales onanismo, ritmo, billings, temperatura basal, collar; Esterilización femenina y vasectomía (en el remoto caso de que estos dos últimos hubieren fallado)

22. Motivo para usar anticonceptivos: cual es la razón que motiva a la usuaria a usar anticonceptivos. Expresado como: se le ha identificado algún riesgo preconcepcional. Alcanzó la paridad ideal, otro: explica la razón.

23. Persona de quien surgió la idea de planificar: Se refiere a quien fue la persona que le sugirió que usara el método de planificación. Pudo ser ella misma, el marido, de ambos, familiar o amiga, personal de salud.

24. Conocimiento de la existencia de otros métodos de anticoncepción disponibles en el país enumeración de uno o más métodos de anticoncepción disponibles en el país, aparte del que estaba usando.

25. Conocimiento de como funciona el método: la usuaria daría la explicación de cómo cree que funciona el método, y esta se expresaría como sabe o no sabe.

26. Uso correcto o incorrecto del método: la usuaria explica como usa el método y el investigador cataloga si es una práctica correcta o incorrecta.

27. Efectos secundarios que le informaron podrían ocurrir: Conocimiento de las molestias que podría presentar como consecuencia del fármaco que usa: expresado como la lista de efectos secundarios que recuerda pueden ocurrir a consecuencia del uso del anticonceptivo.

28. Interacciones medicamentosas que conoce.

Conocimiento de si hay medicamentos que no se puedan usar simultáneamente con los anticonceptivos. Expresado como afirmación en el caso de poder enumerar uno o más o como negación en el caso de no saber.

29. Conocimiento de interacciones medicamentosas. Enumeración de los fármacos que usualmente toma, prescritos por facultativo o automedicados.

Efectos secundarios

30. Efectos secundarios que padece: Percepción de algo raro en su salud desde que usa el anticonceptivo; expresado como la enumeración de los efectos secundarios que le han acaecido desde que está usando el anticonceptivo.

Disposición:

31. cuanto tiempo desea continuar el método que está usando.

Expresado en el número de meses o años que desea utilizar el anticonceptivo. y “no sabe” en el caso de no estar segura de ese tiempo.

INSTRUMENTO # 1

EFICACIA CLINICA DE MEDROXIPROGESTERONA EN COMPARACION CON ESTROGENOS COMBINADOS USADOS COMO ANTICONCEPTIVO, CENTRO DE SALUD JERONIMO EMILIANI. LA LIBERTAD, COMAYAGUA. HONDURAS. JULIO 2004.

Datos socio demográficos

1. Edad_____años

2. Estado civil

1. casada_____

2. sola_____

3. unión libre_____

3. Ocupación:

1. Ama de casa_____

2. Estudiante_____

3. Obrera maquila_____

4. Comerciante_____

5. Profesional_____

6. Otra_____

4. Procedencia:

1. Urbana_____

2. Urbana marginal_____

3. Rural_____

Socioculturales:

5. Escolaridad aprobada:

1. Ninguna_____

2. 1-3 años_____

3. 4-6 años _____
4. 7-9 años _____
5. 10-12 años _____
6. mas de 12 años _____

6. Religión

1. ninguna _____
2. católica _____
3. evangélica _____
4. otra _____

7. Número de de compañeros sexuales que ha tenido

1. uno _____
2. dos _____
3. tres _____
4. 4 o mas _____

Orgánicas:

8. Tiempo de uso

Número de meses _____

9. Consumo de tabaco.

1. Fuma _____
2. No fuma _____
3. Fumadora pasiva _____

9. Método que usa:

1. Depoprovera (Medroxiprogesterona) _____
2. Píldoras de Levonorgestrel+etinilestradiol _____

11. Número de embarazos que ha tenido: _____

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES.

Demográficas:

1. Edad:

Tiempo desde el nacimiento hasta el momento de la encuesta, expresado en años.

2. Estado civil

Tiene una pareja constituida y reconocida como tal ante la ley o ante la sociedad.

Casada: si tiene marido reconocido ante la ley.

Sola: si tiene actividad sexual, pero no tiene una pareja reconocida.

Unión libre: si tiene marido reconocido ante la sociedad.

3. Ocupación

Actividad principal en la que destina la mayor parte de su tiempo.

Ama de casa: si dedica la mayor parte del tiempo a actividades propias del hogar.

Estudiante: si dedica la mayor parte de su tiempo a actividades académicas en una institución formal (escuela o colegio).

Obrera de la maquila: aquella que labora en una maquiladora de donde obtiene su salario.

Comerciante: que dedica la mayor parte de su tiempo a actividades de compra venta y de la cual obtiene sus ganancias.

Profesional: profesionista egresada de una institución de educación secundaria o superior que dedica la mayor parte de su tiempo a actividades propias de su formación académica y por las cuales recibe remuneración.

4. Procedencia

Lugar del domicilio de la usuaria, donde permanece la mayor parte de su tiempo. Urbana: si se ubica en dentro del perímetro urbano (barrio o colonia).

Rural si se ubica en una aldea o caserío. Urbano- marginal: si se encuentra en los barrios o asentamientos del perímetro urbano.

Socioculturales:

5. Escolaridad:

Número de años cursados y aprobados en una institución de educación formal.

Ninguna: si nunca fue matriculada o nunca aprobó algún grado.

1-3 años: si estuvo matriculada y aprobó uno a tres años de educación primaria.

4-6 años: si estuvo matriculada y aprobó de 4- 6 años de educación primaria.

7-9 si estuvo matriculada y aprobó de 7 a 9 grados del nivel de secundaria.

10- 12 años: si estuvo matriculada y aprobó de 10 a 12 años de la educación superior.

Más de 12: pasante o graduada de educación Superior o universitaria.

6. Religión:

Práctica y creencia religiosa que profesa la usuaria.

Católica: si profesa la fe tradicional.

Evangélica: si profesa una creencia reformista.

Otra: si profesa cualquiera de las doctrinas de cualquier índole.

Ninguna: si no profesa ninguna creencia.

7. Número de compañeros sexuales: Parejas, número de varones con los que ha tenido contacto sexual. Que puede ser uno, dos, tres, cuatro o más.

Orgánicas:

8. Tiempo de uso: Tiempo desde la aplicación o ingesta de la primera dosis del anticonceptivo hasta el momento de aplicación del instrumento. Expresado en meses

9. Consumo de Tabaco

Que inhala humos de tabaco, sea porque fuma o porque los de su entorno lo hacen.

Fuma: que ella misma consume el tabaco.

Fumadora pasiva: que la usuaria no fuma ella, pero si los que están en su entorno.

No fuma: no inhala humos del tabaco ni ella ni quienes la rodean.

10. Método que usa: Método hormonal que usa: se refiere al método anticonceptivo usado.

Medroxiprogesterona por vía intramuscular o Levonorgestrel+etinilestradiol por vía oral.

11. Número de embarazos que ha tenido:

Número de embarazos logrados o no. Se refiere al número de veces que la usuaria estuvo embarazada, haya culminado en parto o en aborto. Expresado en números cardinales (1, 2, 3....)

12. Fecha en que terminó el último embarazo.

Se refiere al tiempo transcurrido desde que finalizó el último embarazo hasta la aplicación del instrumento. Expresado en años y las fracciones en meses.

13. Como terminó el último embarazo. Resultando en parto o aborto.

14. Está amamantando:

Se refiere a la práctica de la lactancia materna, en niños menores de 2 años. Expresado en año y la fracción en meses.

15. Tiene Papanicolao previo:

Papanicolao previos: se refiere al antecedente de hacerse el examen de detección precoz de cáncer cervicouterino a través de la citología vaginal con tinción de Papanicolao. Expresado en afirmación (si) en el caso que tiene una o mas citologías. Expresado como negación (no) en el caso de que nunca se haya practicado dicho examen.

16. Resultado de Papanicolao

Ultimo resultado de Papanicolao: manifiesta cual era el diagnóstico de ese examen. Expresado como Negativo en aquel caso en que no presentara

cambios patológicos. Inflamatorio: con signos de infección. Otro: en aquellos casos en que se encontrara ASCUS, AGCUS, LGSIL, HGSIL, Células malignas.(clasificación Bethesda para resultados de papanicolaos) No recuerda o no sabe: en el caso en que habiéndose practicado el examen no reclamó el resultado o no lo recuerda.

17. Practica el examen de mamas:

Practica el auto examen de mamas: si se examina periódicamente las mamas a través de un examen manual. Expresado como afirmación en el caso en que la usuaria se practica el examen. Expresado como negación en el caso en que no se lo practica.

18. Sabe hacer examen de mama.

Manifestado como afirmación en el caso en que sabe o tiene idea de cómo se practica el examen de mama. Expresado como negación en el caso en que no sabe hacer el examen de mama.

19. Como cataloga su salud:

La usuaria tiene conocimiento o cree padecer alguna patología o se cataloga como sana. Expresado como "enferma o sana".

De información y conocimiento del método

20. Antecedentes de planificación familiar: si la usuaria antes del este había usado algún método de planificación. Expresado como afirmación o negación.

21. Con qué planificaba: Cualquiera de los métodos de planificación. Expresado como Depoprovera, Píldoras, Inyección mensual, Dispositivo (DIU), Preservativo masculino, "Natural" considerando como métodos naturales onanismo, ritmo, billings, temperatura basal, collar; Esterilización femenina y vasectomía (en el remoto caso de que estos dos últimos hubieren fallado)

22. Motivo para usar anticonceptivos: cual es la razón que motiva a la usuaria a usar anticonceptivos. Expresado como: se le ha identificado algún riesgo ~~presencional~~. Alcanzó la paridad ideal, otro: explica la razón.

23. Persona de quien surgió la idea de planificar: Se refiere a quien fue la persona que le sugirió que usara el método de planificación. Pudo ser ella misma, el marido, de ambos, familiar o amiga, personal de salud.

24. Conocimiento de la existencia de otros métodos de anticoncepción disponibles en el país enumeración de uno o más métodos de anticoncepción disponibles en el país, aparte del que estaba usando.

25. Conocimiento de como funciona el método: la usuaria daría la explicación de cómo cree que funciona el método, y esta se expresaría como sabe o no sabe.

26. Uso correcto o incorrecto del método: la usuaria explica como usa el método y el investigador cataloga si es una práctica correcta o incorrecta.

27. Efectos secundarios que le informaron podrían ocurrir: Conocimiento de las molestias que podría presentar como consecuencia del fármaco que usa: expresado como la lista de efectos secundarios que recuerda pueden ocurrir a consecuencia del uso del anticonceptivo.

28. Interacciones medicamentosas que conoce.

Conocimiento de si hay medicamentos que no se puedan usar simultáneamente con los anticonceptivos. Expresado como afirmación en el caso de poder enumerar uno o más o como negación en el caso de no saber.

29. Conocimiento de interacciones medicamentosas. Enumeración de los fármacos que usualmente toma, prescritos por facultativo o automedicados.

Efectos secundarios

30. Efectos secundarios que padece: Percepción de algo raro en su salud desde que usa el anticonceptivo; expresado como la enumeración de los

efectos secundarios que le han acaecido desde que está usando el anticonceptivo.

Disposición:

31. cuanto tiempo desea continuar el método que está usando.

Expresado en el número de meses o años que desea utilizar el anticonceptivo.

y "no sabe" en el caso de no estar segura de ese tiempo.

INSTRUMENTO # 1

**EFICACIA CLINICA DE MEDROXIPROGESTERONA EN COMPARACION
CON ESTROGENOS COMBINADOS USADOS COMO ANTICONCEPTIVO,
CENTRO DE SALUD JERONIMO EMILIANI. LA LIBERTAD, COMAYAGUA.
HONDURAS. JULIO 2004.**

Datos socio demográficos

1. Edad _____ años

2. Estado civil

1. casada _____

2. sola _____

3. unión libre _____

3. Ocupación:

1. Ama de casa _____

2. Estudiante _____

3. Obrera maquila _____

4. Comerciante _____

5. Profesional _____

6. Otra _____

4. Procedencia:

1. Urbana _____

2. Urbana marginal _____

3. Rural _____

Socioculturales:

5. Escolaridad aprobada:

1. Ninguna _____

2. 1-3 años _____

3. 4-6 años_____
4. 7-9 años_____
5. 10-12 años_____
6. mas de 12 años____

6. Religión

1. ninguna_____
2. católica_____
3. evangélica_____
4. otra_____

7. Número de de compañeros sexuales que ha tenido

1. uno_____
2. dos_____
3. tres_____
4. 4 o mas_____

Orgánicas:

8. Tiempo de uso

Número de meses_____

9. Consumo de tabaco.

1. Fuma_____
2. No fuma_____
3. Fumadora pasiva_____

9. Método que usa:

1. Depoprovera (Medroxiprogesterona)_____
2. Píldoras de Levonorgestrel+etinilestradiol_____

11. Número de embarazos que ha tenido:_____

12. Fecha en que terminó el último embarazo. _____

13. Como terminó el último embarazo.

1. Parto _____

2. Aborto _____

14. Está amamantando (si tiene menores de 2 años)

si _____

no _____

15. Tiene Papanicolao previo

si _____

no _____

16. Resultado de Papanicolao

1. Negativo _____

2. Inflamatorio _____

3. otro _____

4. no recuerda o no sabe _____

17. Practica el examen de mamas

si _____

no _____

18. Sabe hacer examen de mama.

Si _____

No _____

19. Como cataloga su estado de salud.

Sana _____

Enferma _____

De información y conocimiento del método

20. Antecedentes de planificación familiar:

si _____

no _____

21. Con que planificaba:

1. Depoprovera _____

2. Píldoras _____

3. Inyección mensual _____

4. Dispositivo (DIU) _____

5. Preservativo masculino _____

6. Natural _____

7. esterilización femenina _____

8. vasectomía _____

22. Motivo para usar anticonceptivos:

1. Riesgo preconcepcional _____

2. Alcanzó el número de hijos que deseaba _____

3. otro _____

23. Persona de quien surgió la idea de planificar.

1. Ella misma _____

2. El marido _____

3. Ambos _____

4. Familiar o amiga _____

5. Personal de salud _____

24. Conocimiento de la existencia de otros métodos de anticoncepción disponibles en el país

1. Depoprovera _____

2. Píldoras _____

3. Inyección mensual _____

4. Dispositivo (DIU) _____

5. Preservativo masculino_____
6. Natural_____
7. esterilización femenina_____
8. vasectomía_____

25. Conoce cómo funciona el método?

Si_____

No_____

26. Uso correcto o incorrecto del método.

1. Correcto_____

2. Incorrecto_____

27. Efectos secundarios que le informaron podrían ocurrir._____

28. Cuales Interacciones medicamentosas conoce?_____

29. Cuales medicamentos toma?_____

Efectos secundarios

30. Efectos secundarios que padece.(Percepción de algo raro en su salud desde que usa el anticonceptivo)_____

Disposición:

31. Cuanto tiempo desea continuar el método?

Tabla # 1
Edad de las usuarias de métodos
Hormonales de planificación familiar
(Medroxiprogesterona y Levonorgestrel+etinilestradiol)

Edad	Frecuencia	Porcentaje
16-18	13	18%
19-21	14	20%
22-24	11	15%
25-27	6	8%
28-30	8	11%
31-33	6	8%
34-36	4	6%
37-39	4	6%
40-42	3	4%
43-45	0	2%
46-48	2	0%
total	71	100%

El 53% de las usuarias se encuentra con edades entre 16 y 24 años de edad. La edad mínima es de 16 años y la máxima es de 47 años.

Tabla # 2
Estado civil de las usuarias de Medroxiprogesterona y
Levonorgestrel+etinilestradiol

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Casadas	19	27%
Solas	12	17%
Unión libre	40	56%
total	71	100%

El 56% de las usuarias se encuentra en unión libre estable, el 27% son casadas y el 17% están solas.

Tabla # 3
Ocupación de las usuarias de Medrixiprogesterona y
Levonorgestrel+etinilestradiol

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Ama de casa	55	78%
Estudiante	3	4%
Obrera maquila	9	13%
Comerciante	3	4 %
Profesional	1	1%
total	71	100%

Hasta el tercer cuartil de las usuarias son amas de casa

Tabla # 4
Procedencia de las usuarias de
métodos hormonales

Procedencia	Frecuencia	Porcentaje
Urbana	36	51%
Rural	18	24%
Urbana marginal	17	25%
total	71	100%

La mitad del grupo en estudio tiene procedencia urbana.

Tabla # 5

Escolaridad de las usuarias de Medroxiprogesterona y Levonorgestrel+Etinilestradiol.

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna	5	7%
1-3 años	20	28%
4-6 años	25	35%
7-9 años	16	23%
10-12 años	4	6%
Mas	1	1%
Total	71	100%

La escolaridad de las usuarias de Medroxiprogesterona y Levonorgestrel+etinilestradiol se encontró con mayor frecuencia entre la primaria y primeros años de secundaria.

Tabla # 6

Religión que profesan las usuarias de Medroxiprogesterona y Levonorgestrel+etinilestradiol.

Religión	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna	28	39.4%
Católica	30	42.2%
Evangélica	13	18.4%
Otra	0	0%
Total	71	100%

Tres quintiles de la población en estudio profesan alguna religión (católica o evangélica)

Tabla # 7
Número de parejas sexuales

# de parejas que ha tenido	Frecuencia	Porcentaje
1	48	68%
2	12	17%
3	10	14%
4 o mas	1	1%
Total	71	100%

Un tercio de la población en estudio ha tenido más de una pareja o compañero sexual

Tabla # 8
Tiempo de uso del anticonceptivo

Tiempo de uso	Frecuencia	Porcentaje
<12 meses	33	47%
12-24 meses	18	25%
25-36 meses	0	0%
37-48 meses	13	18%
49-50 meses	4	6%
51-72 meses	2	3%
72 o mas meses	1	1%
total	71	100%

El tiempo mínimo de uso del anticonceptivo es de 3 meses y el máximo es de 96 meses (8años), tres cuartiles de la población en estudio han usado el método por 24 meses o menos.

Tabla # 9
Uso de tabaco

Tabaco	Frecuencia	Porcentaje
Fuma	2	3%
No fuma	50	70%
Forma pasiva	19	27%
total	71	100%

Un tercio de la población en estudio está expuesta de alguna forma al humo de tabaco.

Tabla # 10
Método aplicado a las usuarias de métodos anticonceptivos hormonales

Método	Frecuencia	Porcentaje
Medroxiprogesterona	46	65%
Levonorgestrel+etinilestradiol	25	35%
total	71	100%

Tres quintiles de la población en estudio usa Medroxiprogesterona.

Tabla # 11
Número de embarazos que ha tenido.

# de embarazos	Frecuencia	Porcentaje
1	25	35%
2	14	20%
3	11	15.5%
4	6	8.5%
5 o mas	15	21%
Total	71	100%

Tabla # 12
Fecha del último embarazo

Fecha del ultimo embarazo	Frecuencia	Porcentaje
<12 meses	8	11%
13-24 meses	22	31%
25-36 meses	7	10%
37-48 meses	11	15%
49-60 meses	2	3%
>60 meses	21	30%

42% de las usuarias tienen hijos de 24 meses o menos.

Tabla # 13
Resultados del último embarazo

Resultado	Frecuencia	Porcentaje
Parto	71	100%
Aborto	0	0
total	71	100%

El último parto de las usuarias de medroxiprogesterona y levonorgestrel+etinilestradiol, terminó en parto.

Tabla # 14

Práctica de la lactancia en mujeres que tienen hijos menores de 2 años

N. de mujeres con hijos menores de 2 años	Frecuencia	Practica lactancia materna
< 1 año	8	4
<2 años	22	15
total	30	19

Tres quintiles de las mujeres que tienen hijos de 2 años o menos practican la lactancia materna.

Tabla # 15

Papanicolao previo en usuarias de métodos hormonales

Papanicolao previo	Frecuencia	Porcentaje
Si	45	63%
No	26	37%
Total	71	100%

Dos quintiles de la población en estudio no se han practicado algún examen de Papanicolao.

Tabla # 16
Ultimo resultado de Papanicolao

Papanicolao previo	Frecuencia	Porcentaje
Negativo	36	80%
Inflamatorio	6	13%
Otro	0	0
No recuerda o no sabe	3	7%
Total	45	100%

Del grupo de usuarias de métodos anticonceptivos hormonales (Medroxiprogesterona Levonorgestre+etinilestradiol) 13% tienen resultados inflamatorios y el 7% no reclamó o no recuerda el resultado.

Tabla # 17
Practica auto examen de mama

Practica	Frecuencia	Porcentaje
Si	2	3%
no	69	97%

Tabla # 18
Numero de usuarias que saben hacer el auto examen de mama

Sabe hacer el auto examen	Frecuencia	Porcentaje
Sabe	2	3%
No sabe	69	97%

Tres por ciento del grupo de usuarias de medroxiprogesterona y Levonorgestrel+ etinilestradiol se practican el examen de mama. Mismas que tienen una idea de cómo hacerlo. El 97% restante no se lo practican y no saben hacerlo.

Tabla # 19

**Conciencia de enfermedad subyacente
(¿Como percibe su salud, cree que padece alguna enfermedad?)**

Conciencia	Frecuencia	Porcentaje
Se siente sana	39	55%
Se siente enferma	32	45%
	71	100%

45% de las usuarias de Medroxiprogesterona y Levonorgestrel+ etinilestradiol se sienten enfermas o creen padecer alguna enfermedad.

Tabla # 20

Antecedente de planificación familiar

Había Planificado antes	Frecuencia	Porcentaje
Si	20	28%
No	51	72%

Un tercio de las usuarias de Medroxiprogesterona y Levonorgestrel+ etinilestradiol ya habían usado algún método de planificación.

Tabla # 21**Con que había planificado previamente**

Con que había planificado previamente	Frecuencia	Porcentaje
DIU	4	20 %
Natural (onanismo)	10	50%
Levonorgestrel+etinilest	4	20%
Medroxiprogesterona	2	10%
Total	20	100%

El 30% de las usuarias ya habían usado algún método hormonal (Levonorgestrel + etinilestradiol o Medroxiprogesterona.

Tabla # 22**Motivo por el cual planifica**

Motivo	Frecuencia	Porcentaje
Tienen riesgo preconcepcional identificado	29	41%
Alcanzo el número deseado de hijos	20	28%
Otro (“espaciar”)	22	31%
total	71	100%

Dos quintiles de la población en estudio, planifican porque tienen algún riesgo preconcepcional identificado, un tercio de este grupo alcanzó lo que para ella es el número ideal de hijos, y otro tercio tienen planes de estudiar o trabajar.

Tabla # 23

De quien surgió la idea de planificar

De quien surgió la idea	Frecuencia	Porcentaje
De usted misma	14	20%
Del marido	4	6%
De ambos	31	44%
Familiar o amigos	6	8%
Personal de salud	16	22%
total	71	100%

Tabla # 24

Conocimiento de otros métodos de planificación además del que está usando.

Método (s) que menciona aparte del que usa	Frecuencia en base N=71	Porcentaje
DIU	36	51%
ORALES (LNE)	35	49%
DEPO (MEDROX)	22	31%
COND	13	18%
EQV	12	17%
ONANISMO	10	14%
COLLAR	9	13%
RITMO	8	11%
INYECCION MENSUAL	1	1%

Tabla # 25**Conocimiento de cómo funciona el método**

Conocimiento	Frecuencia	Porcentaje
Si	2	3%
No	69	97%
TOTAL	71	100%

3% de las usuarias tienen idea de cómo funciona el método de planificación que está usando.

Tabla # 26**Uso correcto o incorrecto
(Como usa el método)**

Como usa el método	Frecuencia	Porcentaje
Correcto	67	94%
Incorrecto	4	6%
total	71	100%

Tabla # 27**Conocimiento de efectos secundarios que podría presentar**

Conocimiento	Frecuencia	Porcentaje
Si	71	100%
No	0	0%
Total	71	100%

Tabla # 28
Conocimiento de interacciones medicamentosas.

Conocimiento	Frecuencia	Porcentaje
Si	0	0%
No	71	100%
Total	71	100%

Tabla # 29
Percepción de efecto secundario que ha notado desde que usa el anticonceptivo

percepción	Frecuencia	Porcentaje
Si	71	100%
No	0	0%
Total	71	100%

Tabla # 30
Deseo de continuar el método

Tiempo que desea continuar con el uso	Frecuencia	Porcentaje
3-6 m	3	4%
1 año	3	4%
2 años	11	15%
3-6 años	17	24%
Hasta q pase la fertilidad	3	4%
No sabe	34	49%
Total	71	100%

Tabla # 31
Edad y método usado

Edad	Medroxiprogesterona	Levonor	Total
16-18	11	2	13
19-21	10	4	14
22-24	7	4	11
25-27	3	3	6
28-30	4	4	8
31-33	1	5	6
34-36	1	3	4
37-39	4	0	4
40-42	3	0	3
43-45	0	0	0
46-48	2	0	2
Total	46	25	71

Tabla # 32
**Religión que profesa las usuarias de Levonorgestel+
 etinilestradiol y de Medroxiprogesterona**

Método / Religión	Levo+etimilestradiol		Medroxiprogesterona		Total	
	frec	porcent	frec	porcent	frec	porcent
Católica	14	20%	16	23%	30	42%
Evangélica	2	3%	11	15%	13	18%
Otra	0	0%	0	0%	0	0%
Ninguna	9	12%	19	27%	28	39%
Total	25	35%	46	65%	71	100%

Tabla # 33**Edad y estado civil de las usuarias de métodos anticonceptivos hormonales (medroxiprogesterona y levonorgestel + etinilestradiol)**

Estado civil/ edad	Casada		Soltera		Unión libre		Total
	C	%	C	%	C	%	
16-18	0	0%	11	15%	2	3%	13
19-21	2	3%	0	0%	12	17%	14
22-24	0	0%	0	0%	11	15%	11
25-27	3	4%	0	0%	3	4%	6
28-30	3	4%	0	0%	5	7%	8
31-33	5	7%	0	0%	1	1%	6
34-36	1	1%	0	0%	3	4%	4
37-39	2	2%	1	2%	1	1%	4
40-42	1	1%	0	0%	2	3%	3
43-45	0	0%	0	0%	0	0%	0
46-48	2	3%	0	0%	0	0%	2
Total	19	27%	12	17%	4	56%	71

Tabla # 34

Ocupación de las usuarias de medroxiprogesterona y levonorgestrel + etimilestradiol por grupo etario

Ocupación/ Grupo etario	Ama de casa	Estudia nte	Obrera maquila	Comerciant e	Profesion al	Total
16-18	12	1	0	0	0	13
19-21	8	2	4	0	0	14
22-24	8	0	3	0	0	11
25-27	4	0	2	0	0	6
28-30	8	0	0	0	0	8
31-33	6	0	0	0	0	6
34-36	3	0	0	1	0	4
37-39	2	0	0	1	1	4
40-42	2	0	0	1	0	3
43-45	0	0	0	0	0	0
46-48	2	0	0	0	0	2
Total	55 (77%)	3 (4%)	9 (13%)	3 (4%)	1 (1%)	71 (100%)

Tabla # 35

Estado civil y ocupación de las usuarias de medroxiprogesterona y levonorgestrel + etinilestradiol.

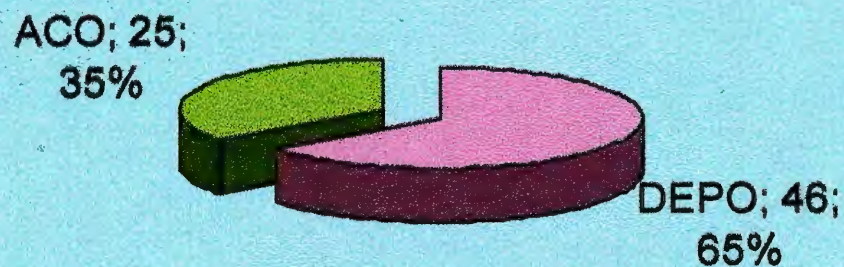
Estado civil/ ocupación	casada	soltera	Unión libre	Total
Ama de casa	16	4	35	55
Estudiante	0	2	1	3
Obrera maquila	0	6	3	9
Comerciante	2	0	1	3
profesional	1	0	0	1
Total	19	12	40	71

Tabla # 36
Procedencia y ocupación de las usuarias de
Medroxiprogesterona y Levonorgestrel +etinilestradiol

Procedencia/ocupación	Urbana	Urbana marginal	Rural	Total
Ama de casa	27	11	17	55
Estudiante	3	0	0	3
Obrera maquila	2	6	1	9
Comerciante	3	0	0	3
profesional	1	0	0	1
Total	36 (51%)	17 (24%)	18 (25%)	71 (100%)

Grafico No.

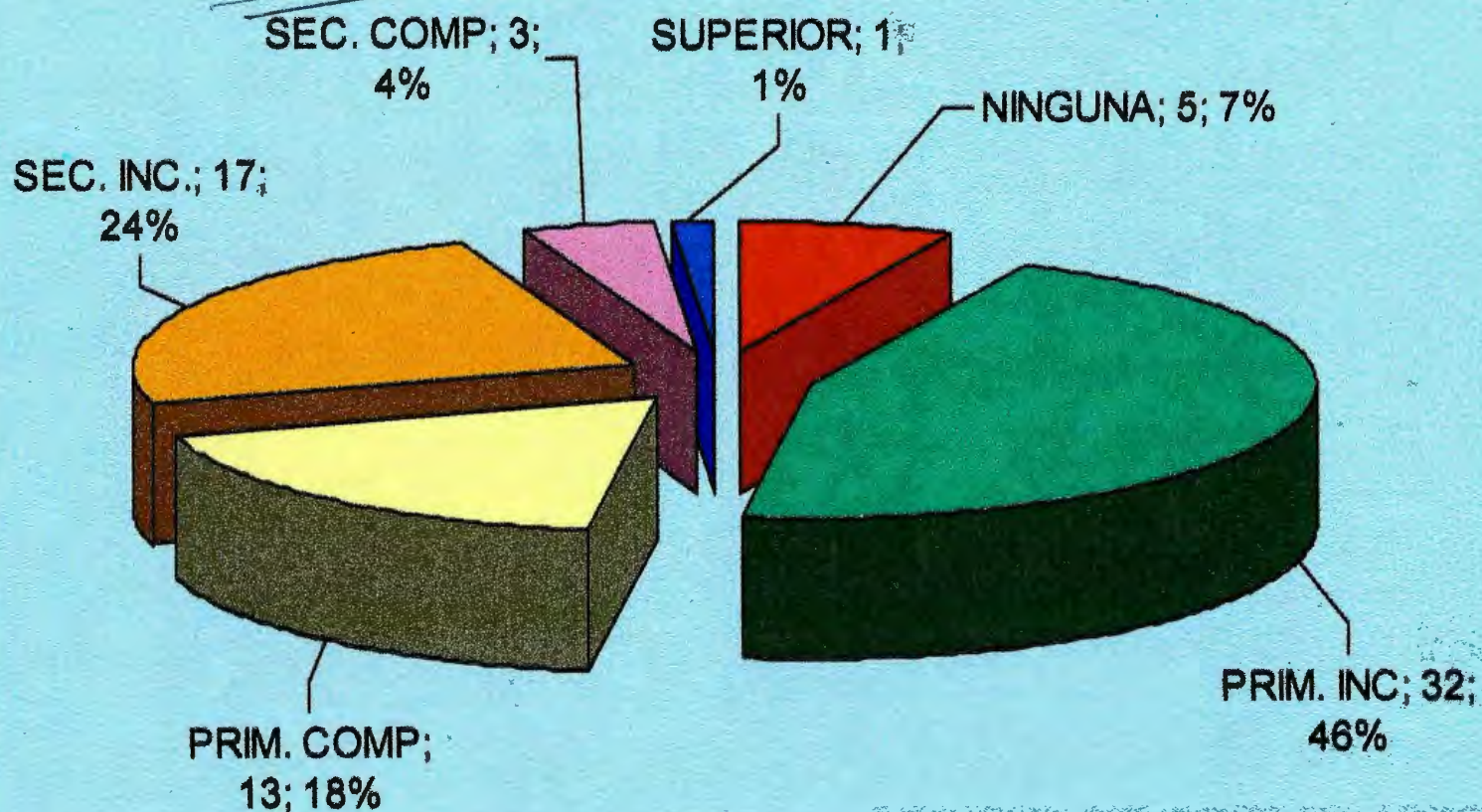
**ANTICONCEPTIVOS HORMONALES MAS USADOS EN
LAS MUJERES QUE ACCESAN AL CENTRO DE SALUD
JERONIMO EMILIANI,
LA LIBERTAD, COMAYAGUA, HASTA JULIO 2004**



Fuente Instrumento No. 1 EFICACIA CLINICA DE MEDROXIPROGESTERONA EN COMPARACION CON ESTROGENOS COMBINADOS USADOS COMO ANTICONCEPTIVO, CENTRO DE SALUD JERONIMO EMILIANI. LA LIBERTAD, COMAYAGUA. HONDURAS. JULIO DE 2004.

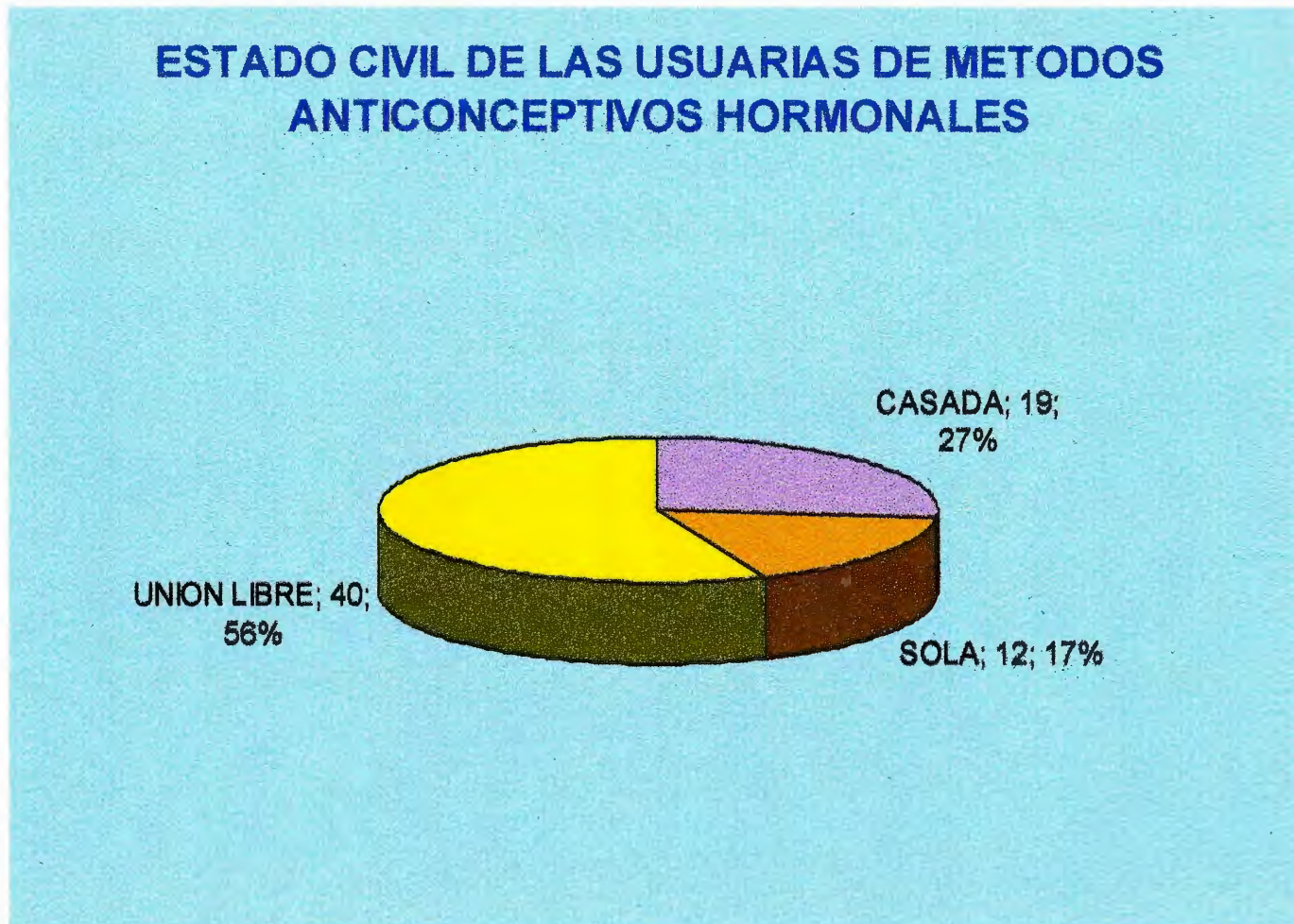
Grafico No.

ESCOLARIDAD DE LAS USUARIAS DE METODOS HORMONALES DE PLANIFICACION FAMILIAR



Fuente Instrumento No. 1 EFICACIA CLINICA DE MEDROXIPROGESTERONA EN COMPARACION CON ESTROGENOS COMBINADOS USADOS COMO ANTICONCEPTIVO, CENTRO DE SALUD JERONIMO EMILIANI. LA LIBERTAD, COMAYAGUA. HONDURAS. JULIO DE 2004.

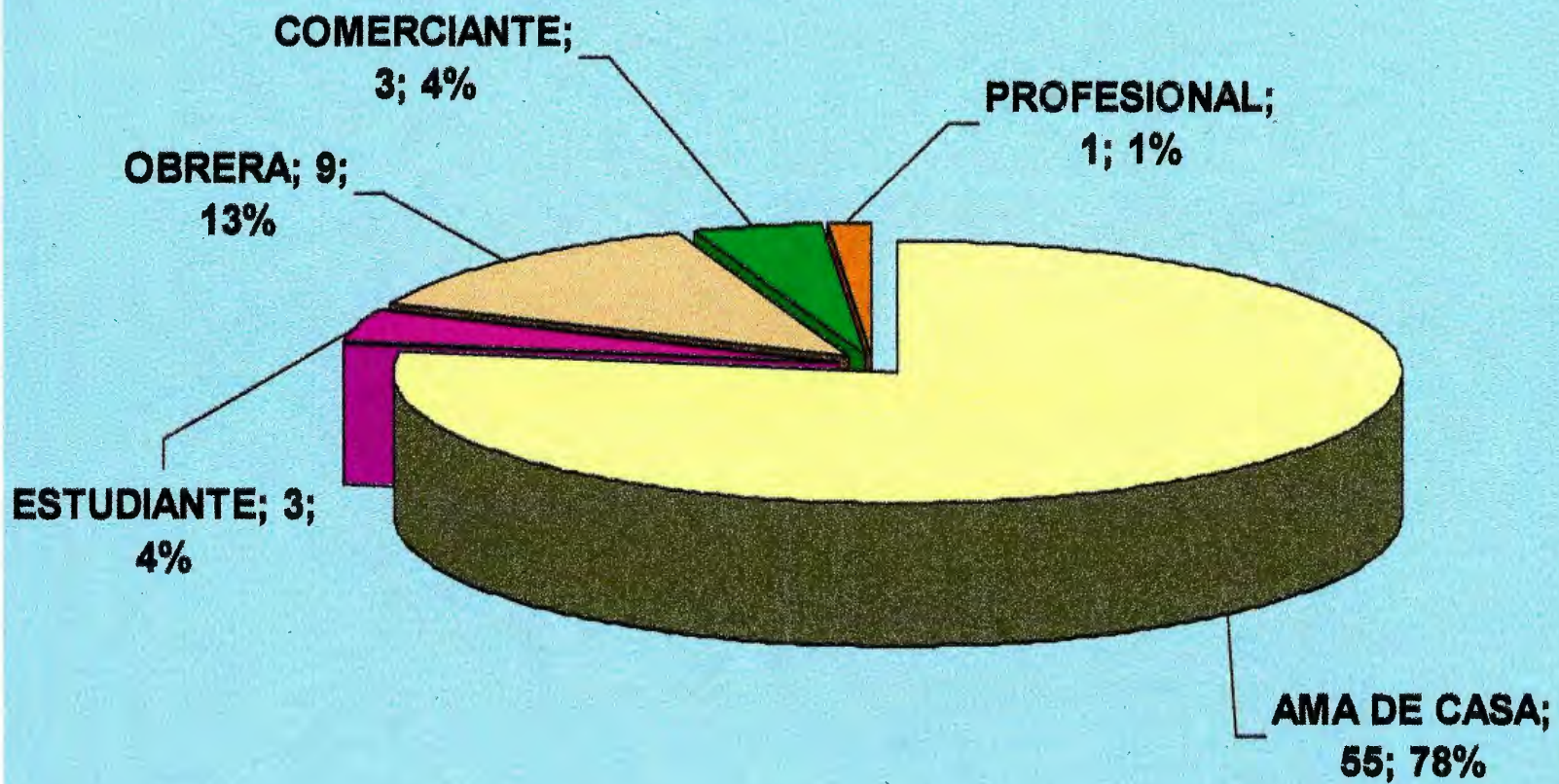
Grafico No.



Fuente Instrumento No. 1 EFICACIA CLINICA DE MEDROXIPROGESTERONA EN COMPARACION CON ESTROGENOS COMBINADOS USADOS COMO ANTICONCEPTIVO, CENTRO DE SALUD JERONIMO EMILIANI. LA LIBERTAD, COMAYAGUA. HONDURAS. JULIO DE 2004.

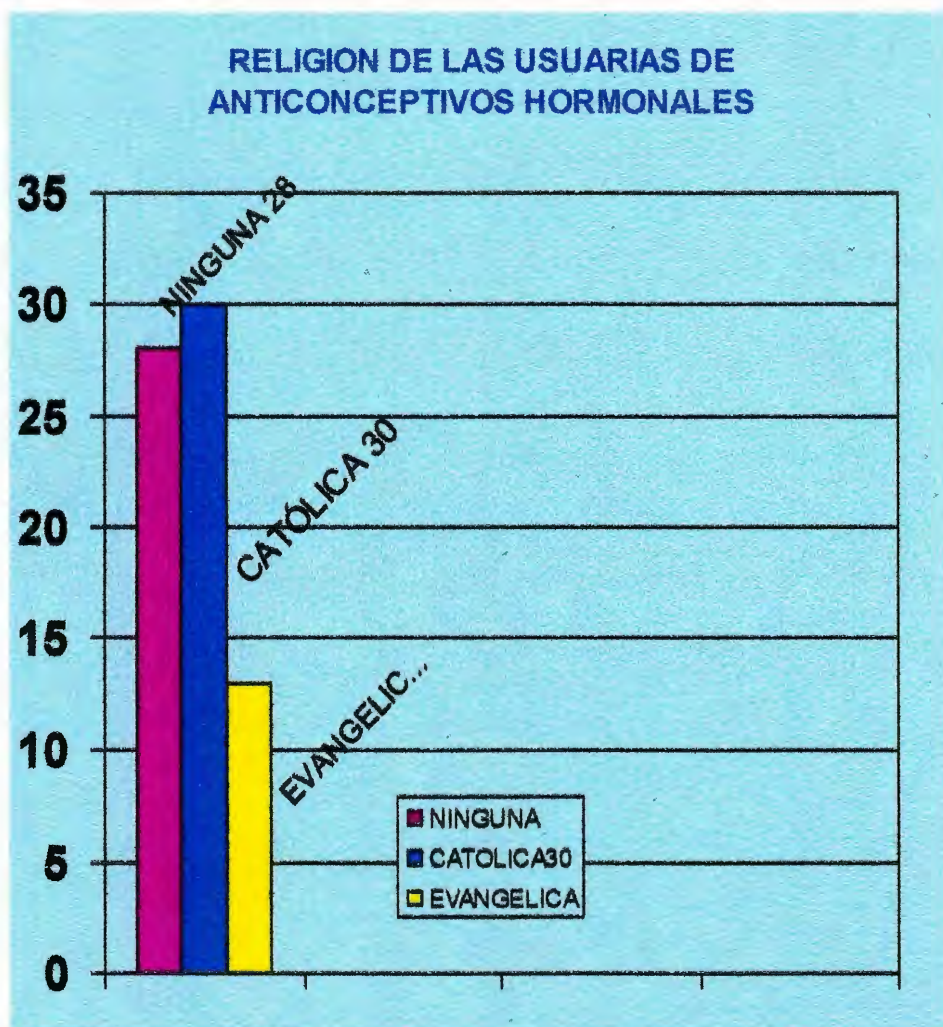
Grafico No.

OCUPACION DE LAS USUARIAS DE ANTICONCEPTIVOS HORMONALES



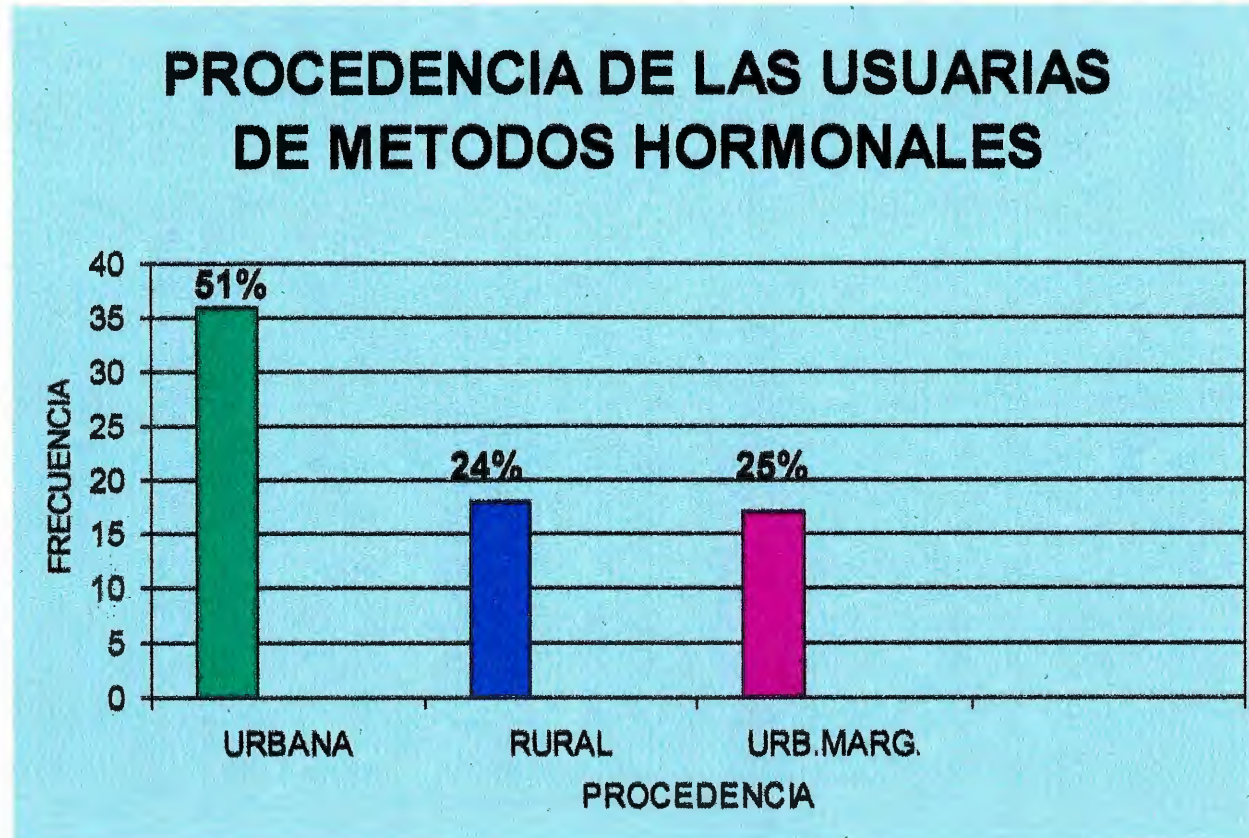
Fuente Instrumento No. 1 EFICACIA CLINICA DE MEDROXIPROGESTERONA EN COMPARACION CON ESTROGENOS COMBINADOS USADOS COMO ANTICONCEPTIVO, CENTRO DE SALUD JERONIMO EMILIANI. LA LIBERTAD, COMAYAGUA. HONDURAS. JULIO DE 2004.

Gr



Fu
CC

Grafico No.



Fuente Instrumento No. 1 EFICACIA CLINICA DE MEDROXIPROGESTERONA EN COMPARACION CON ESTROGENOS COMBINADOS USADOS COMO ANTICONCEPTIVO, CENTRO DE SALUD JERONIMO EMILIANI. LA LIBERTAD, COMAYAGUA. HONDURAS. JULIO DE 2004.

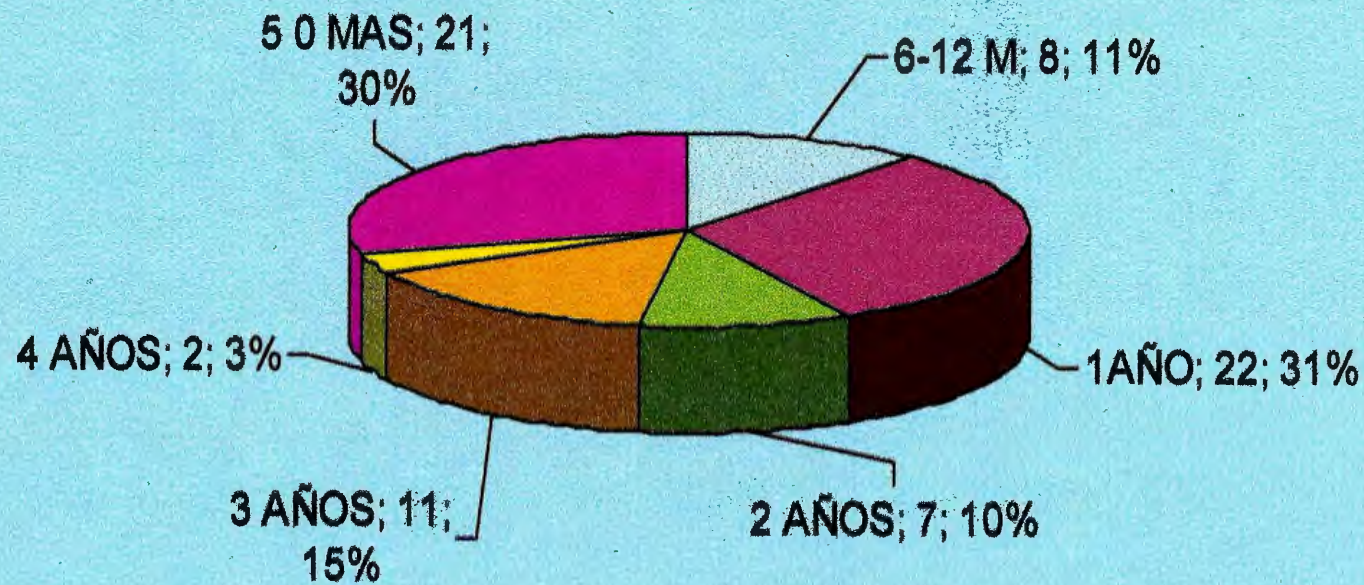
Grafico No.



Fuente Instrumento No. 1 EFICACIA CLINICA DE MEDROXIPROGESTERONA EN COMPARACION CON ESTROGENOS COMBINADOS USADOS COMO ANTICONCEPTIVO, CENTRO DE SALUD JERONIMO EMILIANI. LA LIBERTAD, COMAYAGUA. HONDURAS. JULIO DE 2004.

Grafico No.

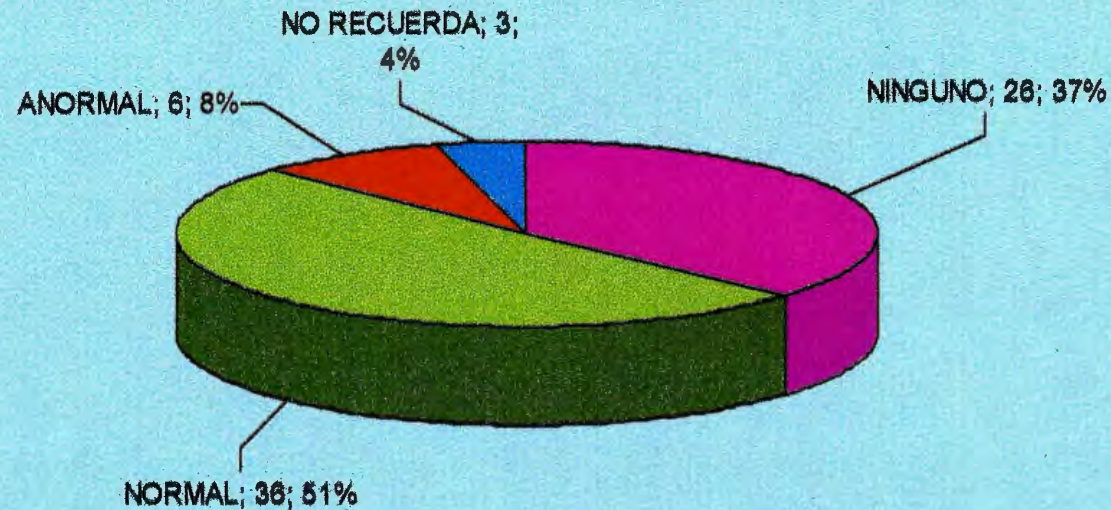
TIEMPO QUE HA PASADO DESDE EL ULTIMO PARTO



Fuente Instrumento No. 1. EFICACIA CLINICA DE MEDROXIPROGESTERONA EN COMPARACION CON ESTROGENOS COMBINADOS USADOS COMO ANTICONCEPTIVO, CENTRO DE SALUD JERONIMO EMILIANI. LA LIBERTAD, COMAYAGUA. HONDURAS. JULIO DE 2004.

Grafico No.

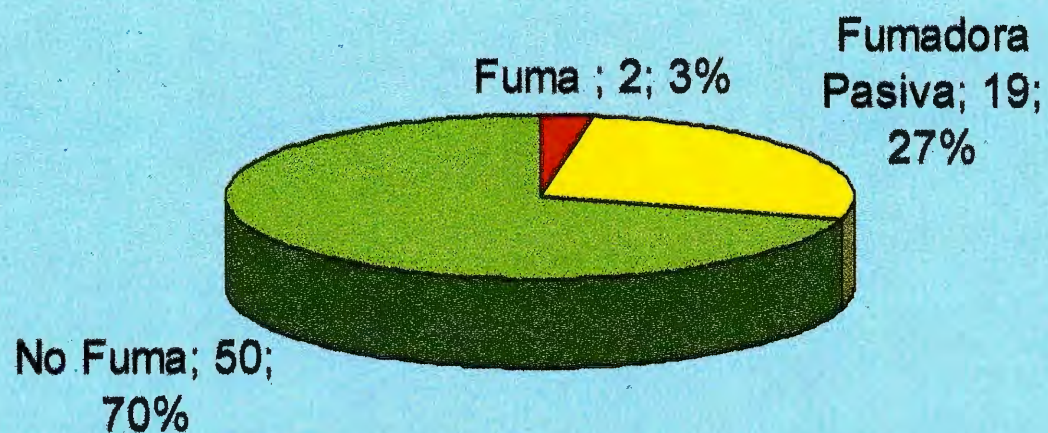
PAPANICOLAO PREVIO EN LAS USUARIAS DE METODOS ANTICONCEPTIVOS HORMONALES



Fuente Instrumento No. 1 EFICACIA CLINICA DE MEDROXIPROGESTERONA EN COMPARACION CON ESTROGENOS COMBINADOS USADOS COMO ANTICONCEPTIVO, CENTRO DE SALUD JERONIMO EMILIANI. LA LIBERTAD, COMAYAGUA. HONDURAS. JULIO DE 2004.

Grafico No. 10,

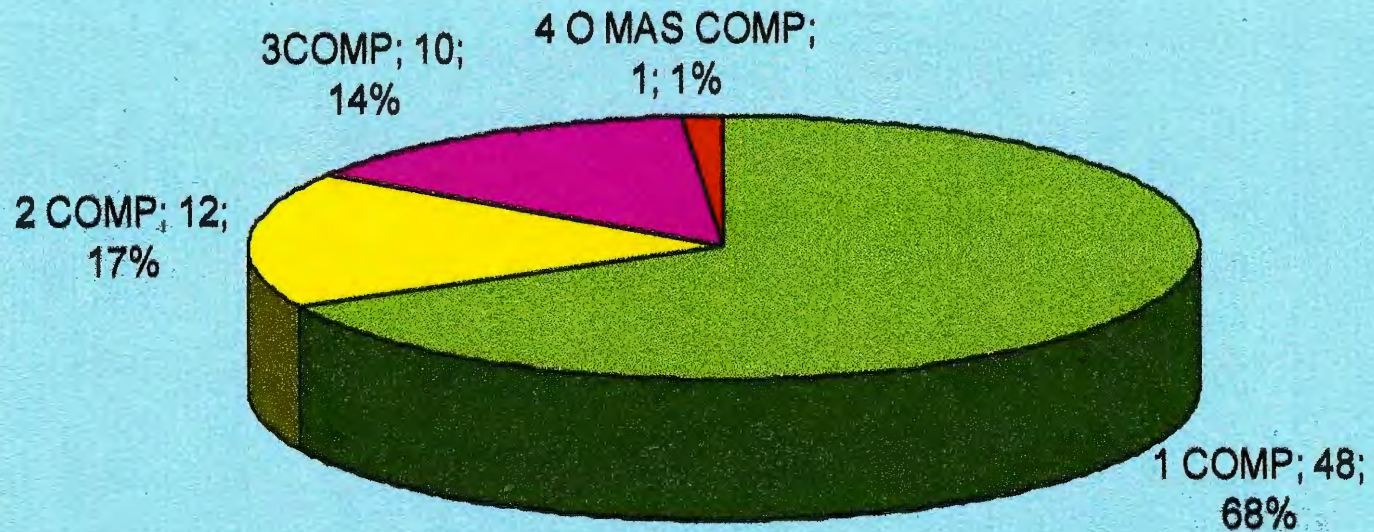
TABAQUISMO EN LAS USUARIAS DE METODOS HORMONALES



Fuente Instrumento No. 1 EFICACIA CLINICA DE MEDROXIPROGESTERONA EN COMPARACION CON ESTROGENOS COMBINADOS USADOS COMO ANTICONCEPTIVO, CENTRO DE SALUD JERONIMO EMILIANI. LA LIBERTAD, COMAYAGUA. HONDURAS. JULIO DE 2004.

Grafico No. 11.

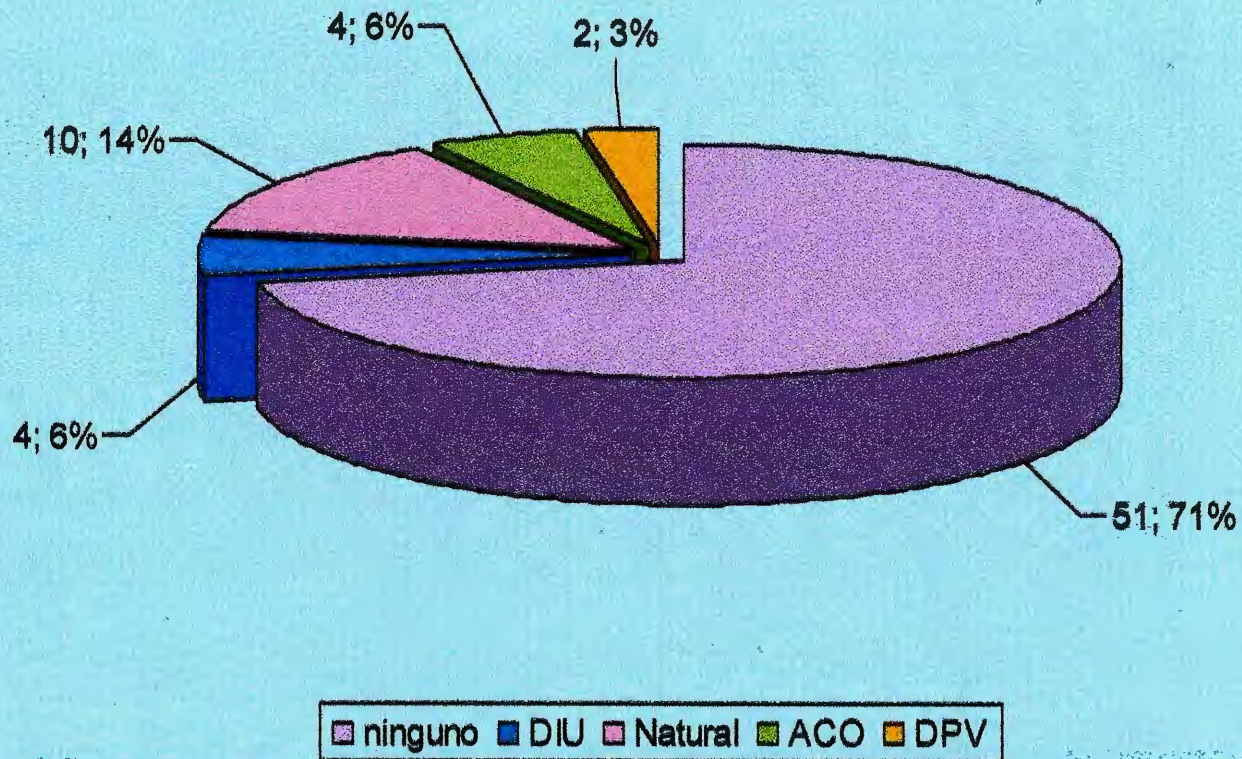
NUMERO DE COMPAÑEROS SEXUALES QUE HAN TENIDO LAS USUARIAS DE METODOS ANTICONCEPTIVOS HORMONALES



Fuente Instrumento No. 1 EFICACIA CLINICA DE MEDROXIPROGESTERONA EN COMPARACION CON ESTROGENOS COMBINADOS USADOS COMO ANTICONCEPTIVO, CENTRO DE SALUD JERONIMO EMILIANI. LA LIBERTAD, COMAYAGUA. HONDURAS. JULIO DE 2004.

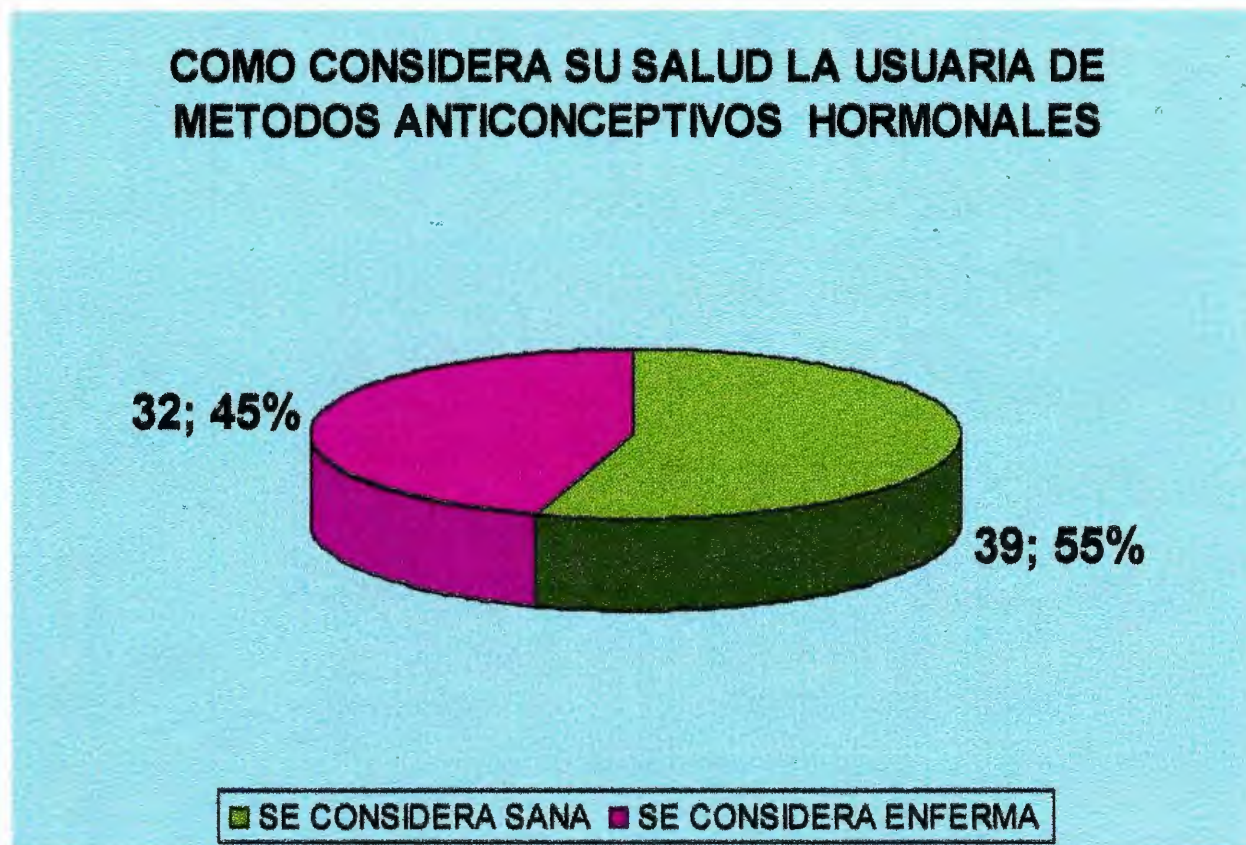
Grafico No. 13:

METODO ANTICONCEPTIVO QUE USABAN PREVIAMENTE



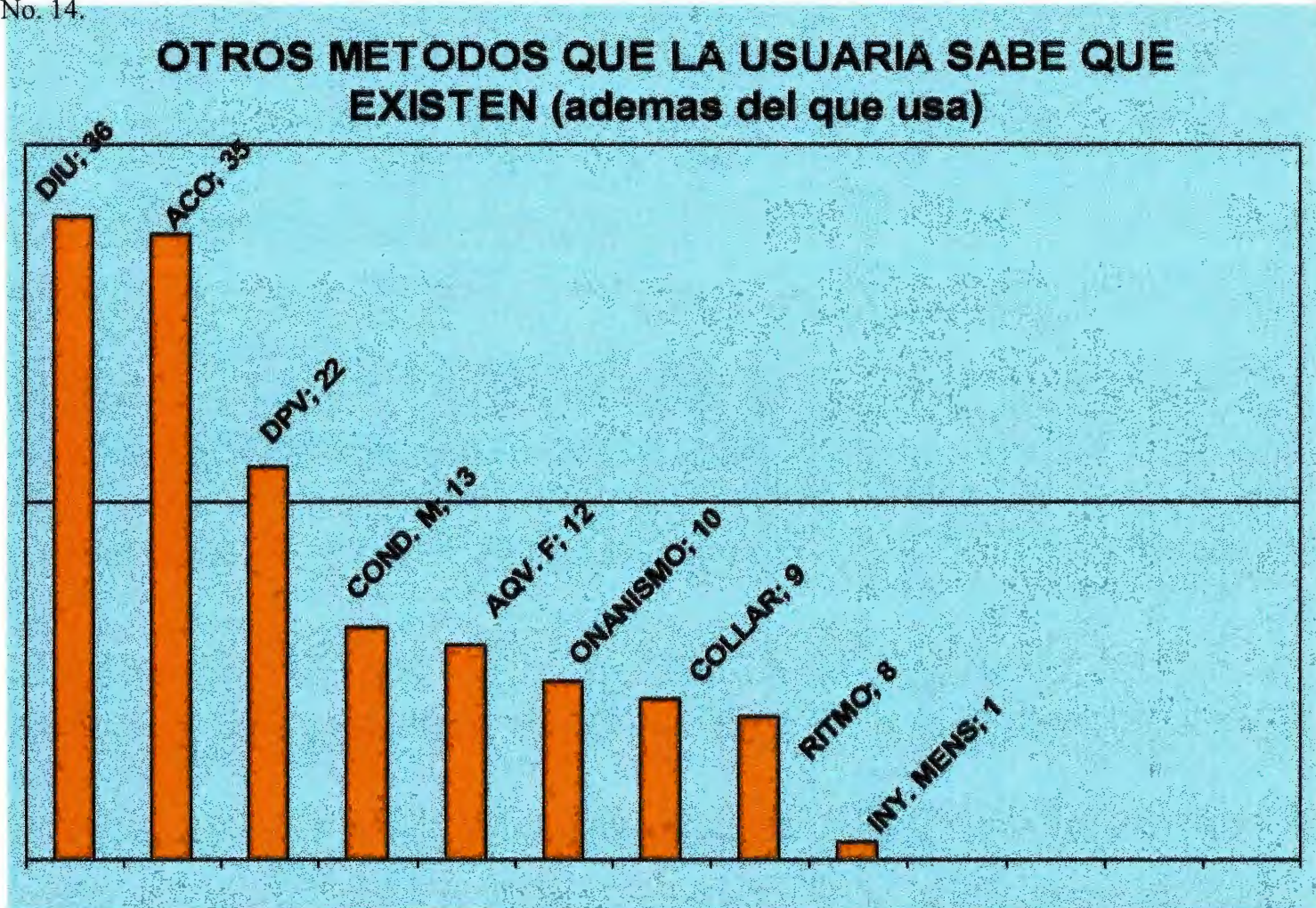
Fuente Instrumento No. 1 EFICACIA CLINICA DE MEDROXIPROGESTERONA EN COMPARACION CON ESTROGENOS COMBINADOS USADOS COMO ANTICONCEPTIVO, CENTRO DE SALUD JERONIMO EMILIANI. LA LIBERTAD, COMAYAGUA. HONDURAS. JULIO DE 2004.

Grafico No. 13.



Fuente Instrumento No. 1 EFICACIA CLI
COMO ANTICONCEPTIVO, CENTRO DE S.

Grafico No. 14.



Fuente Instrumento No. 1 EFICACIA CLINICA DE MEDROXIPROGESTERONA EN COMPARACION CON ESTROGENOS COMBINADOS USADOS COMO ANTICONCEPTIVO, CENTRO DE SALUD JERONIMO EMILIANI. LA LIBERTAD, COMAYAGUA. HONDURAS. JULIO DE 2004.