PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE MEDICINA



IDENTIFICACIÓN DE LOS EFECTOS SECUNDARIOS PREVALENTES ASOCIADOS CON EL CAMBIO O ABANDONO DE LOS DIFERENTES MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS HORMONALES USADOS EN MUJERES SEXUALMENTE ACTIVAS EN EL CENTRO DE SALUD DE CONOCOTO DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE NOVIEMBRE – DICIEMBRE 2017 EN QUITO – ECUADOR

DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO

CINTHYA VALERIA VILLACÍS BUITRÓN

DIRECTORA: M.Sc. Ana María Troya Zuleta

Quito, Febrero 2018

A Dios, por haberme dado las herramientas necesarias para luchar hasta el final y por poner en mi camino gente maravillosa que ayudó a mi crecimiento tanto personal como profesional.

A mis padres , Juan y Sofía por todo su amor y apoyo incondicional. Gracias por ser la luz que ilumina cada paso de mi crecimiento, por mostrarme que si se trabaja con amor y constancia los sueños se vuelven realidad. Gracias por creer en mí siempre.

A mi abuela Olga, por ser una madre increíble. Gracias por ser un pilar fundamental en mi formación personal, infinitas gracias por ser mi mayor admiradora. Gracias por levantarme luego de cada caída y enseñarme que la vida es para los valientes.

A mi hermano Juan José, por ser mi compañero de aventuras y el mejor amigo. Gracias por cada noche que me acompañaste a estudiar, por confiar en mí y por amarme.

AGRADECIMIENTOS

Gracias a Ana María Troya, que además de directora fue amiga y consejera. Gracias por tu paciencia, cariño e infinitos consejos. Gracias por ser parte importante de este logro, que sin tu apoyo no hubiera sido posible.

Gracias al Centro de Salud Conocoto y a sus pacientes, por abrirme sus puertas y permitir el desarrollo de esta investigación. Gracias por su gran y cordial acogida.

Gracias a la Pontificia Universidad Católica y a cada uno de sus docentes por ser piezas vitales en mi formación profesional e incluso personal. Gracias por cada uno de los conocimientos impartidos y lecciones de vida brindadas.

Gracias a mis amigos, a todos y cada uno de los que creyeron en mi a cada paso que daba. Gracias por ser compañeros, confidentes, profesores pero ante todo, familia.

RESUMEN

Sin importar la sociedad, religión o creencias las mujeres de alguna forma u otra han buscado métodos para lograr cuidar de sí mismas, sus hijos y familias. La planificación familiar es parte importante en la vida de cada mujer. El uso de anticonceptivos hormonales, en nuestro medio es de prescripción diaria. La presencia de efectos secundarios/adversos es uno de los factores más influyentes en la adherencia al tratamiento. Es común que algunos de estos efectos sean los causantes para que se interrumpa el uso o busquen una nueva alternativa de anticoncepción. El objetivo principal de este estudio fue identificar los efectos adversos más frecuentes, así como el impacto que estos tienen sobre la suspensión o cambio del mismo. Se realizó un estudio de corte transversal, mediante la aplicación de una encuesta donde se evaluó variables sociodemográficas, tipo de anticonceptivo utilizado (anticoncepción oral, inyectable e implante subdérmico), presencia de efectos adversos y el conocimiento de las pacientes acerca del método utilizado. La muestra estuvo compuesta por 201 mujeres en edad fértil de 18 a 40 años atendidas en la consulta de Obstetricia en el Centro de Salud de Conocoto entre Noviembre y Diciembre del 2017. Los efectos adversos más prevalentes fueron cefalea, alteraciones en el patrón de sangrado y aumento de peso. El 91,04% de las pacientes tenían conocimiento sobre los posibles efectos secundarios del método usado. De éstas el 80,60% obtuvo la información por parte de un profesional de la salud. Se observó que el 51,24% de las pacientes suspendió el anticonceptivo hormonal y el 48,76% cambiaron de método. Las pacientes que cambiaron de método por presentar algún efecto adverso fue el 59,22%, mientras que el 64,29% suspendieron. En las mujeres que suspendieron el método, se evidenció un grado leve de asociación entre la presencia de efectos adversos y el grupo etario (*V de Cramer* = 0,255, *p* = 0,011). De igual manera se evidenció asociación entre estas variables dentro del grupo de las usuarias de anticonceptivos orales (*V de Cramer* = 0,323, *p* = 0,024). No se encontró asociación con las variables sociodemográficas.

Palabras clave: Anticonceptivos hormonales, efectos adversos, abandono, cambio.

ABSTRACT

Regardless of society, religion or belief, women in some way or another have sought methods to take care of themselves, their children and families. Family planning is an important part of every woman's life. Hormonal contraception are daily prescripted methods in our society. The presence of secondary / adverse effects is one of the most influential factors in treatment adherence. It is common for some of these effects to be the cause of lack of compliment, leading to switching to another method or tratment discontinuation. The main objective of this study was to identify the most frequent adverse effects, as well as the impact they have on either switching or stoping hormonal contraception. A cross-sectional study was carried out through the application of a survey where sociodemographic variables were evaluated, the type of contraceptive used (oral contraception, injectable and subdermal implant), the presence of adverse effects and the knowledge of patients about the method they used. The sample consisted of 201 women between 18 to 40 years old that attended Conocoto Health Center and were patients of the family planning service between November and December 2017. The most prevalent adverse effects were headache, alterations in the bleeding pattern and weight gain. Patients that had knowledge about the possible side effects of the method used represented 91,04%. Of these, 80.60% obtained the information from a health professional. It was observed that 51.24% of the patients discontinued the hormonal contraceptive and 48.76% changed the method. Patients who changed the method due to adverse effects were 59.22%, while 64.29% discontinued. In the women who stopped the method, a slight degree of association was found between the presence of adverse effects and the age group (V of Cramer = 0.255, p = 0.011). Likewise, an association was found between these variables within the group of oral contraceptive users (V de Cramer = 0.323, p = 0.024). No association was found with the sociodemographic variables.

Key Words: Hormonal contraception, adverse effects, discontinuation, switching.

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN iv
ABSTRACT v
CAPÍTULO I 2
1. INTRODUCCIÓN 2
CAPÍTULO II 8
2. MARCO TEÓRICO 8
2.1. SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA 8
2.2. PLANIFICACIÓN FAMILIAR 9
2.3. HISTORIA DE LA ANTICONCEPCIÓN 9
2.4. USO ACTUAL DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS 11
2.5. CICLO MENSTRUAL 12
2.6. ESTRÓGENOS Y PROGESTERONA: 16
2.7. ANTICONCEPCIÓN HORMONAL 19
2.7.1. ANTICONCEPTIVOS HORMONALES COMBINADOS 21
2.7.2. ANTICONCEPTIVOS A BASE SÓLO DE PROGESTÁGENO: 28
CAPÍTULO III 32
3. METODOLOGÍA 32
3.1. JUSTIFICACIÓN 32
3.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 32
3.2.1. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN 32
3.3. HIPÓTESIS 33
3.4. OBJETIVOS 33
3.4.1. OBJETIVO GENERAL 33
3.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS 34
3.5. TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO 34
3.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES 35
3.7. POBLACIÓN Y MUESTRA 38
3.7.1. SELECCIÓN DE INFORMANTES 39
3.8. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE MUESTRA 39
3.9. ANÁLISIS ESTADÍSTICO 40
3.10. ASPECTOS BIOÉTICOS 40

CAPÍTULO IV 41
4. RESULTADOS 41
4.1. GENERALES 41
4.2. CAMBIO 44
4.3. SUSPENSIÓN 48
CAPÍTULO V 53
5. DISCUSIÓN 53
CAPÍTULO VI 63
6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 63
6.1. CONCLUSIONES 63
6.2. RECOMENDACIONES 65
BIBLIOGRAFÍA 67
7. TABLAS 70
8. FIGURAS 86
9. ANEXOS 108

GLOSARIO Y ABREVIATURAS

17β- estradiol: Hormona esteroide sexual femenina

AC: Antes de Cristo

ACOG: Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia (The American College of Obstetricians and Gynecologists).

AI: Anticonceptivos Inyectables

AM: Aumento de peso

AO: Anticonceptivos Orales

CM: Consejo Médico

cm^2: centimetros cuadrados

DC: Dolor de Cabeza (Cefalea)

DIU: Dispositivo Intrauterino

DIUH: Dispositivo Intrauterino Hormonal

DP: Decisión Propia

DT: Dificultad en el cumplimiento del tratamiento

E: Embarazo

EA: Efectos Adversos

ENSANUT- ECU: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, Ecuador.

ER α: Receptor estrogénico alfa

Er β: Receptor estrogénico beta

FD: Falta de disponibilidad del método anticonceptivo

FDA: Administración de alimentos y medicamentos (Food Drug Administration)

FM: Falta de menstruación

FSH: Hormona Foliculoestimulante (Follicle-stimulating hormone)

GH: Hormona de crecimiento (Growth Hormone)

GnRh: Hormona liberadora de Gonadotropina (Hormona liberadora de Gonadotropina)

HDL: lipoproteinas de alta densidad (High Density Lipoproteins)

IS: Implante Subdérmico

Kg: kilogramos

LDL: lipoproteinas de baja densidad (Low Density Lipoproteins)

LH: Hormona luteinizante (Luteinizing Hormone)

MC: Manchas en la cara (Melasma)

mcg: Microgramos

mmHg: milímetros de mercurio

NV: Náuseas y vómitos

OMS: Organización mundial de la Salud

RL: Retención de líquidos

SG: Sangrado

SM: Sensibilidad en las mamas

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Funciones de los Estrógenos.....16

Tabla 2. Funciones de la progesterona 18

Tabla 3. Criterios de inclusión y exclusión aplicados en el estudio. 39

Tabla 4. Estadísticos descriptivos de las variables edad e ingreso económico (*n*=201) ..70

Tabla 5. Estadísticos descriptivos de las variables sociodemográficas nivel de escolaridad, estado civil y ocupación. 70

Tabla 6. Estadísticos descriptivos de las variables acerca del deseo y la presencia de hijos. 71

Tabla 7. Estadísticos descriptivos de las variables relacionadas con el conocimiento de la mujer acerca del método anticonceptivo hormonal utilizado. 71

Tabla 8. Estadísticos descriptivos de las variables tipo de anticoncepción hormonal y tiempo de uso de método anticonceptivo (*n* = 201). 72

Tabla 9. Estadísticos descriptivos acerca de la presencia de efectos adversos en las pacientes (*n* = 201). 72

Tabla 10. Estadísticos descriptivos de las variables tipo de efecto adverso presentado y grupos etarios (*n* = 125). 72

Tabla 11. Estadísticos descriptivos de las variables tipo de efecto adverso presentado y tiempo de uso del método anticonceptivo hormonal (*n* = 125). 73

Tabla 12. Estadísticos descriptivos de las variables tipo de efecto adverso presentado y tipo de anticonceptivo hormonal (*n* = 125). 73

Tabla 13. Análisis bivariado entre cambio o suspensión y presencia de efectos adversos de anticonceptivo hormonal (*n* = 201). 74

Tabla 14. Estadísticos descriptivos de las variables sociodemográficas en pacientes que cambiaron el método anticonceptivo (*n* = 98).....74

Tabla 15. Estadísticos descriptivos de las variables deseo y presencia de hijos en relación al cambio (*n* = 98). 74

Tabla 16. Estadísticos descriptivos de las variables relacionadas con el conocimiento de la mujer acerca del método anticonceptivo hormonal utilizado en relación al cambio del método (*n* = 98). 75

Tabla 17. Estadísticos descriptivos de las variables tipo de anticoncepción hormonal y tiempo de uso de método anticonceptivo en relación al cambio (*n* = 98). 75

Tabla 18. Estadísticos descriptivos de las variables motivo y razón de cambio (*n* = 98)..76

Tabla 19. Estadísticos descriptivos de la razón de cambio en función del tipo de anticonceptivos hormonales, presentados en las pacientes que cambiaron de método (*n* = 98). 76

Tabla 20. Estadísticos descriptivos de los efectos adversos presentados en las pacientes que cambiaron de método anticonceptivo hormonal (*n* = 98). 77

Tabla 21. Análisis de contingencia entre grupo etario y presencia de efecto adverso, en función del tipo de método anticonceptivo (*n* = 98). 77

Tabla 22. Análisis de contingencia entre tiempo de uso y presencia de efecto adverso, en función del tipo de método anticonceptivo (*n* = 98). 78

Tabla 23. Análisis de contingencia entre conocimiento y presencia de efecto adverso, en función del tipo de método anticonceptivo (*n* = 98). 78

Tabla 24. Estadísticos descriptivos de las variables sociodemográficas nivel de escolaridad, estado civil y ocupación en relación a la suspensión (*n* = 103). 79

Tabla 25. Estadísticos descriptivos de las variables acerca del deseo y la presencia de hijos en relación a la suspensión (*n* = 103). 79

Tabla 26. Estadísticos descriptivos de las variables relacionadas con el conocimiento de la mujer acerca del método anticonceptivo hormonal utilizado en relación a la suspensión del método (*n* = 103).....80

Tabla 27. Estadísticos descriptivos de las variables tipo de anticoncepción hormonal y tiempo de uso de método anticonceptivo en relación a la suspensión (*n* = 103). 81

Tabla 28. Estadísticos descriptivos de las variables motivo y razón de suspensión (*n* = 103). 81

Tabla 29. Estadísticos descriptivos de la razón de suspensión en función del tipo de anticonceptivos hormonales, presentados en las pacientes que suspendieron el método (*n* = 103) 82

Tabla 30. Estadísticos descriptivos de los efectos adversos presentados en las pacientes que suspendieron el método anticonceptivo hormonal (*n* = 103). 82

Tabla 31. Análisis de contingencia entre grupo etario y presencia de efecto adverso, en función del tipo de método anticonceptivo (*n* = 103). 83

Tabla 32. Análisis de contingencia entre tiempo de uso y presencia de efecto adverso, en función del tipo de método anticonceptivo (*n* = 103). 84

Tabla 33. Análisis de contingencia entre conocimiento y presencia de efecto adverso, en función del tipo de método anticonceptivo (*n* = 103). 85

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Fisiología del Ciclo menstrual.....15

Figura 2. Distribución de las pacientes según su edad (años cumplidos).....86

Figura 3. Distribución de las pacientes según ingreso económico (dólares al mes). 86

Figura 4. Distribución de las pacientes según nivel de escolaridad (*n* = 201).....87

Figura 5. Distribución de las pacientes según estado civil (*n* = 201). 87

Figura 6. Distribución de las pacientes según su ocupación (*n* = 201). 88

Figura 7. Distribución de las pacientes según deseo de tener hijos (*n* = 201). 88

Figura 8. Distribución de las pacientes según presencia de hijos (*n* = 201).....89

Figura 9. Distribución de las pacientes de acuerdo al conocimiento acerca del método anticonceptivo utilizado (*n* = 201).....89

Figura 10. Distribución de las pacientes en base a la fuente de información que proporcionó conocimiento acerca del método anticonceptivo hormonal usado (*n* = 201). 90

Figura 11. Distribución de los efectos adversos conocidos de los métodos anticonceptivos hormonales por las pacientes (*n* = 201).....90

Figura 12. Distribución de las pacientes dependiendo del método de anticoncepción hormonal utilizado (*n* = 201). 91

Figura 13. Distribución de las pacientes según el tiempo de uso de los métodos anticonceptivos hormonales (*n* = 201). 91

Figura 14. Distribución de las pacientes dependiendo de la presencia de efectos secundarios de los métodos anticonceptivos hormonales (*n* = 201). 92

Figura 15. Distribución de los efectos adversos de los métodos anticonceptivos hormonales encontrados en el estudio (*n* = 125). 92

Figura 16. Distribución de las pacientes en función del tipo de efectos adversos presentados en base a los grupos etarios (*n* = 125). 93

Figura 17. Distribución de las pacientes en función del tipo de efectos adversos presentados en base al tiempo de uso del método anticonceptivo hormonal (*n* = 125)....93

Figura 18. Distribución de las pacientes en función del tipo de efectos adversos presentados en base al tipo de método anticonceptivo hormonal utilizado (*n* = 125). 94

Figura 19. Distribución de las pacientes que suspendieron o cambiaron el método anticonceptivo hormonal (*n* = 201). 94

Figura 20. Distribución de las pacientes en base a los años cumplidos y la suspensión o cambio del método anticonceptivo hormonal utilizado (*n* = 201). 95

Figura 21. Distribución de las pacientes que cambiaron de método en relación al nivel de educación (*n* = 98). 95

Figura 22. Distribución de las pacientes que cambiaron de método en función al estado civil (*n* = 98). 96

Figura 23. Distribución de las pacientes que cambiaron de método en función a la ocupación (*n* = 98). 96

Figura 24. Distribución de las pacientes que cambiaron de método anticonceptivo relacionado con el deseo de tener hijos (*n* = 98). 97

Figura 25. Distribución de las pacientes que cambiaron de método anticonceptivo hormonal en función a la presencia de hijos (*n* = 98). 97

Figura 26. Distribución de las pacientes que cambiaron de método anticonceptivo hormonal en base al conocimiento acerca del anticonceptivo hormonal utilizado (*n* = 98). 98

Figura 27. Distribución de las pacientes que cambiaron de método anticonceptivo hormonal en función de la fuente que proporcionó la información acerca del anticonceptivo utilizado (*n* = 98).....98

Figura 28. Distribución de las mujeres que cambiaron de anticonceptivo hormonal en relación al tipo de anticonceptivo hormonal utilizado (*n* = 98). 99

Figura 29. Distribución de las pacientes que cambiaron de método anticonceptivo hormonal en relación con el tiempo de uso del método (*n* = 98). 99

Figura 30. Distribución de las pacientes que cambiaron de método anticonceptivo hormonal en relación al motivo por el cual se realiza el cambio de método (*n* = 98). 100

Figura 31. Distribución de las pacientes que cambiaron de anticonceptivo hormonal en función a la razón por la cual se realiza el cambio de método (*n* = 98). 100

Figura 32. Distribución de las pacientes que cambiaron de método anticonceptivo en función del tipo de efecto adverso presentado (*n* = 98). 101

Figura 33. Distribución de las pacientes que suspendieron el método anticonceptivo relacionado con el nivel de escolaridad (*n* = 103). 101

Figura 34. Distribución de las pacientes que suspendieron el método anticonceptivo respecto al estado civil (*n* = 103). 102

Figura 35. Distribución de las pacientes que suspendieron el anticonceptivo hormonal relacionado con la ocupación (*n* = 103). 102

Figura 36. Distribución de las pacientes que suspendieron el método anticonceptivo hormonal en función al deseo de tener hijos (*n* = 103).....103

Figura 37. Distribución de las pacientes que suspendieron el método anticonceptivo en función a la presencia de hijos (*n* = 103).....103

Figura 38. Distribución de las pacientes que suspendieron el método anticonceptivo en función al conocimiento acerca del anticonceptivo hormonal utilizado (*n* = 103).....104

Figura 39. Distribución de las pacientes que suspendieron el método anticonceptivo hormonal en función a la fuente que les proporcionó la información (*n* = 103).....104

Figura 40. Distribución de las pacientes que suspendieron el método anticonceptivo en función al tipo de anticoncepción hormonal utilizado (*n* = 103). 105

Figura 41. Distribución de las pacientes que suspendieron el método anticonceptivo relacionado con el tiempo de uso del anticonceptivo hormonal (*n* = 103). 105

Figura 42. Distribución de las pacientes que suspendieron el método anticonceptivo hormonal en función al motivo de suspensión (*n* = 103). 106

Figura 43. Distribución de las pacientes que suspendieron el método anticonceptivo hormonal en función a la razón de suspensión (*n* = 103).....106

Figura 44. Distribución de las pacientes que suspendieron el método anticonceptivo hormonal en función al tipo de efecto adverso presentado (*n* = 103). 107

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento Informado 108

Anexo 2. Encuesta a pacientes mujeres de 18 a 40 años del Centro de Salud de Conocoto 110

CAPÍTULO I

1. INTRODUCCIÓN

Desde el comienzo de la historia la necesidad del hombre y la mujer por decidir el momento adecuado y el número de hijos que desean tener, ha motivado a la investigación y a la creación de métodos alternativos para planificación familiar. El origen de la anticoncepción parte de la concientización y menester de las personas de independizar la sexualidad de la procreación. Desde que hombres y mujeres son capaces de tomar estos dos contextos como un todo se plantea la necesidad de la planificación familiar. Los métodos anticonceptivos se han usado de distintos modos por miles de años . La planificación familiar siempre se ha practicado ampliamente, incluso en sociedades dominadas por códigos sociales, políticos o religiosos, en la que menciona la importancia de la procreación (PPFA, 2015)

Existen dos etapas dentro de la historia de la anticoncepción. La primera abarca la Edad Antigua, Media y Moderna, en la que la mujer buscaba una solución para la planificación familiar en un aspecto personal. La segunda etapa es la Edad Contemporánea, en donde los nacimientos humanos superan el número de muertes, y los movimientos migratorios no son capaces de compensar el crecimiento de la población. A partir de este momento la anticoncepción pasa a ser un tema de interés científico y de las organizaciones humanas, saliendo del ámbito íntimo (Pérez-Campos, 2014). La planificación familiar permite que las personas puedan tener el número de hijos que desean, así como determinar el tiempo entre embarazos. Esto se logra gracias a los métodos anticonceptivos. El acceso a los métodos anticonceptivos para las mujeres es importante para lograr el bienestar tanto de ellas como de sus hijos (OMS, 2018).

Al hablar de anticoncepción hormonal, estamos mencionando dos principales hormonas: Estrógeno y Progesterona. El estrógeno proviene de la androstenediona o de la

testosterona, los ovarios son las fuentes principales de estrógeno circulante, mientras que el estradiol es el producto secretor más importante. El estrógeno tiene funciones del desarrollo como: Cambios puberales, aparición de características sexuales secundarias, control neuroendocrinológico del ciclo menstrual. También posee efectos metabólicos como: 1) *Remodelación ósea:* Regulan de manera directa a los osteoblastos, incrementa la síntesis de colágeno tipo I, osteocalcina, osteopontina, osteonectina y fosfatasa alcalina, inhibe la apoptosis de los osteocitos, disminuye el número y actividad osteoclástica, 2)*Metabolismo de los lípidos*: incrementa levemente los valores de triglicéridos en suero, niveles séricos de colesterol, el HDL (high density lipoproteins) y disminuye el LDL (low density lipoproteins),3) *Acción sobre proteínas sérica*: incrementan niveles plasmáticos de globulinas ligadoras de corticoesteroides, tiroxina y hormonas sexuales que ligan tanto andrógenos como estrógenos 4) *Vesícula biliar:* Alteran la composición de la bilis, incrementando secreción de colesterol y disminuyen la de ácidos biliares. 5) *Efectos sistémicos:* participación en el metabolismo de lipoproteínas, producción de proteínas plasmáticas hepáticas. 6) *Coagulación:* Incremento en los factores de coagulación II, VII, IX, X, XII y disminuye los niveles de factores de anticoagulación como las proteínas C, proteínas S y antitrombina III. 7) *Efecto vascular:* Menor producción de ácido nítrico, estimula la vasodilatación, activa el crecimiento y proliferación de células endoteliales, inhiben la proliferación de células de músculo liso en el vaso sanguíneo (Brunton, Chabner, & Knollmann, 2012; Yen, Jaffe, & Barbieri, 2001).

Por otro lado, la progesterona presenta una clasificación en la que se menciona a tres grandes grupos:

1) Derivados de la testosterona: Presenta tres generaciones; *a) Primera generación:* 19-nortestosterona, Nandrolona, Etisterona, *b) Segunda generación:* Levonogestrel, Norestisterona , Norgestimato, Acetato de norestisterona, Acetato de ethinidiol,

Lynestrenol, Dienogest, Norgestimato, *c) Tercera generación:* Gestodeno, Desogestrel, Etonogestrel.

2) Derivados de la progesterona: Acetato de clormalidona, Acetato de ciproterona, Acetato de medroxiprogesterona.

3) Derivados de la espirinolactona: Drosperinona. La progesterona requiere una exposición previa a estrógenos para ejercer sus efectos sobre el aparato reproductor, glándula mamaria y numerosos tejidos (Dvorkin & Cardinalo, 2005).

Esta hormona presenta acciones fisiológicas, como: *1) Acciones neuroendocrinas:* Disminuye la frecuencia de los pulsos de GnRh, esto es lo que permite su acción como anticonceptivo. *2) Aparato reproductor:* Disminuye la proliferación endometrial provocada por los estrógenos, influyen en las glándulas endocervicales y la secreción acuosa, estímulo de la conversión de estradiol en estrona, inducción de la fase secretora endometrial, disminución del pH vaginal, inhibición de las contracciones miometriales, ayuda a la conservación y evolución del embarazo. *3) Glándula mamaria:* Ayuda a la proliferación de los acinos mamarios. *4) Sistema nervioso central:* durante el ciclo menstrual se da un aumento de la temperatura basal corporal de aproximadamente 0.6°C (relacionado con la ovulación), incrementa la respuesta ventilatoria de los centros respiratorios, posee actividad depresora e hipnóticas. *5) Efectos metabólicos:* incrementa los valores de insulina luego de ingerir carbohidratos, estimula la actividad de lipoproteinlipasa y facilita el depósito de grasa, aumenta los valores de LDL, disminuye los efectos de la aldosterona en los túbulos renales, disminuye la absorción de sodio (Brunton, et al., 2012; Dvorkin & Cardinalo, 2005; Maitrot-Mantelet, Plu-Bureau, & Gompel, 2012).

La anticoncepción hormonal nace del principio básico de aportar de manera exógena y sintética fármacos compuestos por estrógenos y progestágenos o únicamente progestágenos. Este tipo de anticonceptivos se encuentran disponibles en una variedad

de presentaciones. Al momento hablaremos de las tres presentaciones más usadas en el Ecuador (Freire et al., 2015). Dentro de estas constan: los anticonceptivos orales, los inyectables y los implantes subdérmicos. Los mecanismos de acción en general de los anticonceptivos hormonales se resumen principalmente de la siguiente manera: a) Inhibición de la producción de los factores de la liberación de las gonadotrofinas en el hipotálamo, b) Inhibición de la liberación de FSH y LH en la hipófisis, c) Alteración del moco cervical, convirtiéndolo en impenetrable para los espermatozoides, d) Generación de cambios estructurales en el endometrio, haciendo un ambiente menos favorable para la implantación, e) Modificación de la contractilidad uterina, f) Disminución en la motilidad de cilios vibrátiles y secreción de las trompas uterinas, disminuyendo la probabilidad de fecundación (Cardo Prats & Baixauli Fernández, 2004; Hoffman, Schorge, & Schaffer, 2014).

En cuanto al uso de estrógenos dentro de los métodos anticonceptivos, los más usados son el Etinil Estradiol y el Mestranol. Al pasar el tiempo las concentraciones hormonales de las dosis de estrógenos han ido disminuyendo. Al inicio se podían encontrar presentaciones de 150 microgramos (mcg). Actualmente se pueden utilizar preparados de 30,20 y 15 mcg. Esta disminución de la concentración ha contribuido para mejorar la tolerancia y además disminuir los efectos adversos, que se daban predominantemente en el sistema cardiovascular (García-Delgado, Martínez-Martínez, Pintor-Mármol, Caelles-Franch, & Ibáñez-Fernández, 2014).

Al hablar de progestágenos, los más usados son 2 tipos, en donde constan: los derivados de la 17 Hidroxiprogesterona y los derivados de la 19 Nortestosterona. Actualmente también se incluyen los derivados de la Espironolactona, que poseen propiedades antiandrogénicas, actividad progestacional y antiglucocorticoide. En general, los progestágenos reducen la concentración sérica de testosterona libre, inhiben la 5 alfa reductasa. De esta manera inhiben también la conversión de testosterona en

dihidrotestosterona activa. En cuanto a las presentaciones; se las puede encontrar en tabletas, inyectables y dispositivos intrauterinos (García-Delgado, et al., 2014).

En la actualidad, los anticonceptivos que han ganado fuerza y mayor cantidad de adeptos, son los anticonceptivos hormonales combinados. Como su nombre lo menciona poseen las dos hormonas dentro de un solo preparado. De manera generalizada constan de diferentes dosis de Etinilestradiol con diversos tipos de gestágenos. Su mecanismo de acción consiste en la inhibicion de la Hormona Luteinizante (LH), inhibición de aumento de Hormona Foliculoestimulante (FSH). Su acción también incluye el reclutamiento, dominancia y selección folicular. Adicionalmente tienen efectos sobre el espesor del moco cervical, la atrofia endometrial y la alteración en el transporte tubárico (Soriano Fernández, Rodenas García, & Moreno Escribano, 2010). Estos preparados variarán dependiendo si son monofásicos, bifásicos o trifásicos. Esta variedad dependerá de la dosis de estrógeno o progestágeno en el preparado así como la cantidad de días de duración del tratamiento (García et al., 2008). Antiguamente las concentraciones elevadas de estrógenos en los preparados, así como los marcados efectos androgénicos de los progestágenos generaban efectos adversos marcados. En la actualidad y con las mejoras hechas a estos preparados los efectos adversos, si bien se presentan son leves. A pesar de que los efectos adversos no sean tan marcados, dentro de la literatura revisada se ha observado que una de las mayores causas de abandono, cambio de método o fallo terapéutico son los efectos adversos (García-Delgado, et al., 2014).

Los efectos adversos mayormente reportados en las usuarias de la anticoncepción hormonal son: Nauseas que llegan a vómitos, mastalgias transitorias, aumento de peso, retención de líquidos, cefaleas, mareo o aturdimiento, manchados irregulares, amenorrea, acné, calambres musculares, venas varicosas, cloasma (García-Sevillano & Arranz-Madrigal, 2014; Goldman & Schafer, 2013).

Estos efectos adversos serán percibidos por las mujeres con mayor o menor intensidad, esto dependerá de cada una de las usuarias lo cual puede ser una de las causas más importantes en cuanto al cambio o abandono de estos métodos (Ferreira, Nunes, Modesto, Gonçalves, & Bahamondes, 2014). Estudios han revelado que dentro de las principales preocupaciones para la elección del método anticonceptivo, las mujeres toman en cuenta la efectividad así como los efectos adversos (Lete et al., 2007). Las reacciones adversas, deben ser monitorizadas de manera óptima para asegurar la comodidad de la mujer con el método, la adherencia al tratamiento, la prevención del cambio, abandono o fallo terapéutico. Por tanto el profesional de la salud está en la obligación de proporcionar información veraz y adecuada a las usuarias aclarando las expectativas y dudas del método (Hincapié García, Quintero Agudelo, Gaviria, Estupiñán Cabrera, & Amariles, 2013; Martínez-Astorquiza-Ortiz de Zarate, Díaz-Martín, & Martínez-Astorquiza-Corral, 2013).

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1. SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Su definición incluye un conjunto de aspectos que toman en cuenta el bienestar físico, mental y social. La salud en sí misma no solo se refiere a la ausencia de enfermedad por tanto su contexto es mucho más integral. De la misma manera, la salud reproductiva constituye la capacidad de las personas de disfrutar de una vida sexual, sana y satisfactoria. Por tanto, el individuo debe tener el derecho de decidir libremente su facultad de procrear, así como definir la temporalidad y frecuencia de la misma (UN-Women, 1995) (párrafo 95).

Tomando en cuenta estos aspectos acerca de la salud reproductiva se puede hablar de los derechos reproductivos. Son estos, los cuales se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas, así como personas de disponer información accesible y los medios necesarios para alcanzar una salud sexual y reproductiva digna.

Dentro de los derechos humanos de la mujer, se incluye la capacidad para que ella pueda tener control en cuanto a su sexualidad (UN-Women, 1995) (párrafo 96).

Es de estas definiciones y derechos de donde nace la obligación de educar a las mujeres en cuanto a métodos de anticoncepción y planificación familiar. Las mujeres al ejercer sus derechos reproductivos se plantean la necesidad de conocer más acerca de métodos de anticoncepción. La información y educación acerca de estos temas se torna en una herramienta útil para la seguridad no solo de la mujer sino de la sociedad.

2.2. PLANIFICACIÓN FAMILIAR

La planificación familiar puede ser definida como la capacidad de las personas para determinar el número de hijos, así como definir el espacio entre embarazos (OMS, 2018). Adicionalmente, la planificación familiar colabora con la reducción de incidencia de embarazos no deseados, así como mejorar la salud materno – infantil. En el contexto demográfico, la promoción de la planificación familiar contribuye a un crecimiento de población más lento y un desarrollo económico más acelerado (de Alvear, 1990).

2.3. HISTORIA DE LA ANTICONCEPCIÓN

Desde el comienzo de la historia la necesidad del hombre y la mujer por decidir el momento adecuado y el número de hijos que desean tener, ha motivado a la investigación y a la creación de métodos alternativos para planificación familiar. La anticoncepción nace de la necesidad de las personas de separar, la sexualidad de la procreación. A partir del momento de que hombres y mujeres son conscientes que ambos hechos van naturalmente unidos, conlleva a plantearse la necesidad de la anticoncepción. Los métodos anticonceptivos se han usado de distintos modos por miles de años (Pérez-Campos, 2014). La planificación familiar siempre se ha practicado ampliamente, incluso en sociedades dominadas por códigos sociales, políticos o religiosos, en la que menciona la importancia de la procreación (PPFA, 2015). A pesar, de que la documentación relacionada con la anticoncepción no es tan extensa se han encontrado registros bastante antiguos. Se menciona en ciertos escritos como la biblia, papiros en Egipto, escritos en hebreo, entre otros. La naturaleza, así como los mitos y creencias de las mujeres son los inicios de la planificación familiar. Es así como en Egipto alrededor de 1850 AC, las mujeres usaban como un método de barrera, estiércol de cocodrilo con una mezcla de acacia, semillas y miel. Esto generaba una especie de supositorio que además de generar una barrera ayudaba a que esta mezcla produzca

una disminución del pH, actuando como una especie de espermicida. En el caso de China, se ha encontrado registros que mencionan que las mujeres ingerían plomo y mercurio con el objetivo de controlar su fecundidad (Skuy, 2000).

En la edad media, se populariza el uso de amuletos así como rituales para evitar el embarazo. Se menciona que las mujeres usaban huesos de gatos negros, testículos de comadreja en sus prendas o amarradas a sus muslos (PPFA, 2012).

Uno de los pilares fundamentales en el desarrollo de un método anticonceptivo oral que sea seguro, confiable y accesible nace del interés de Margaret Sanger. Esta mujer junto a Katharine McCormick compartían el sueño de ayudar a las mujeres y proveerles de un método eficaz y seguro para controlar la fertilidad de manera responsable. De la mano de otros investigadores y junto al conocimiento ancestral de los Aztecas inician la formulación de la primera píldora anticonceptiva. Esta píldora estaba conformada de progestina extraída de un tubérculo, combinado con estrógenos. Aproximadamente para 1960 se desarrolla la primera píldora anticonceptiva aprobada por la FDA. Dicha píldora contenía aproximadamente 10,000 microgramos de progestina (Noretynodrel) y 150 microgramos de estrógenos (Mestranol). Las altas dosis de estrógenos y progestinas son la base de los efectos adversos que las mujeres experimentaban en aquel tiempo. En los primeros ensayos clínicos desarrollados con la píldora anticonceptiva se evidencio la presencia de mareo, nausea, cefaleas, aumento de peso, sensibilidad en mamas, retención de líquidos y vómitos. De hecho estos fueron motivos suficientes por los cuales varias de estas mujeres dejaban los ensayos clínicos debido a tan marcadas molestias (PPFA, 2015).

En conclusión, existen dos etapas dentro de la historia de la anticoncepción. La primera abarca la Edad Antigua, Media y Moderna, en la que la mujer buscaba una solución para la planificación familiar en un aspecto personal. La segunda etapa es la Edad Contemporánea, en donde los nacimientos humanos superan el número de muerte, y los

movimientos migratorios no son capaces de compensar el crecimiento de la población. A partir de este momento la anticoncepción pasa a ser un tema de interés científico y de las organizaciones humanas, saliendo del ámbito íntimo (Pérez-Campos, 2014).

2.4. USO ACTUAL DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

El uso de métodos anticonceptivos va en aumento. Se ha evidenciado un aumento particular de su uso a nivel de Asia y América Latina. A nivel mundial se observa un ligero aumento del uso de métodos anticonceptivos modernos (métodos hormonales, anticoncepción de emergencia, métodos de barrera, esterilización). Se plantea que aproximadamente 54% de mujeres los utilizaban en 1990 y en 2015 se reporta su uso en 57.4%. A nivel de América Latina y el Caribe, para el 2015 se aproxima que el uso de métodos anticonceptivos modernos es aproximadamente de 66.7% (OMS, 2018).

La prevalencia anticonceptiva se define como el porcentaje de mujeres que actualmente utilizan algún método anticonceptivo de entre las mujeres en edad reproductiva. En el 2015 se estimó que el 64% de mujeres casadas o con una relación estable utilizaban algún tipo de anticoncepción. A nivel mundial, 57% de las mujeres casadas o en una relación estable y en edad reproductiva utilizan métodos de anticoncepción modernos como parte de su planificación familiar (United Nations, Department of Economic and Social Affairs, & Population Division, 2015).

La prevalencia de uso de los distintos métodos anticonceptivos varía marcadamente en diversas partes del mundo. Esta variación depende de factores como la disponibilidad de los diversos métodos. Adicionalmente las creencias ancestrales, religión y cultura también influye en esta prevalencia. Globalmente se estima que la esterilización femenina y el uso de dispositivos intrauterinos (DIU) son los métodos más usados por las mujeres casadas o en unión libre. Un 19% de estas mujeres prefiere la esterilización y un 14% utiliza DIU. En relación al resto de métodos se evidenció que para el 2015 un 9%

utilizaban anticoncepción hormonal oral, 8% utilizaban condón y apenas un 5% utilizaban anticoncepción hormonal inyectable. Todos estos datos son tomados a partir de mujeres casadas o en una relación estable, excluyendo a mujeres sexualmente activas que no poseen una relación estable (United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, 2015).

A pesar del auge de uso de métodos anticonceptivos, 214 millones de mujeres en edad reproductiva que quieren evitar el embarazo no utilizan un método de anticoncepción moderno. Estas mujeres, quienes son parte de países en vías de desarrollo, son parte de aquellas que tienen una necesidad no satisfecha en cuanto a planificación familiar. Esto se debe a la escasa variabilidad de métodos disponibles, acceso limitado a métodos anticonceptivos, escasa asesoría en planificación familiar, componentes culturales y miedo a experimentar efectos secundarios. La necesidad insatisfecha de anticoncepción permanece elevada debido al desequilibrio entre el crecimiento poblacional y el escaso acceso a servicios de planificación familiar (OMS, 2018; United Nations, et al., 2015).

2.5. CICLO MENSTRUAL

El ciclo menstrual normal está compuesto por un balance bien coordinado entre factores estimulantes e inhibitorios. Este equilibrio es el cual permite la liberación de un ovocito maduro seleccionado de un grupo de ovocitos primarios (Welt, 2017).

En términos generales se considera que la duración de este ciclo se encuentra entre 25 a 35 días con una duración promedio de 28 días (Cunningham et al., 2015).

El ciclo está dividido en 2 fases:

- Fase folicular o proliferativa.
- Fase lútea o secretora.

FASE FOLICULAR: A su vez, esta fase puede dividirse en fases: temprana, media y tardía.

Fase temprana: en este periodo, el ovario presenta una actividad hormonal reducida. Resultado en niveles séricos bajos de estrógenos y progesterona.

Debido a que el ciclo anterior está finalizando, es esta fase un periodo entre una fase lútea tardía y una fase folicular temprano. Producto de los efectos de la retroalimentación negativa del estradiol, progesterona y probablemente de las inhibinas se observa un incremento en la liberación pulsátil de GnRH (hormona liberadora de gonadotropina. Consecuentemente se da un incremento de la FSH (hormona folículo estimulante) de aproximadamente 30%. Este ligero incremento de en la secreción de FSH es el requerido en un principio para el reclutamiento de los folículos primordiales “cohorte” (Welt, 2017).

- A nivel de ovárico este es un periodo quiescente y a nivel endometrial no se evidencia cambio alguno.

Fase media: secundario al leve incremento en la secreción de FSH inicia una estimulación gradual de la foliculogénesis y a su vez de la producción de estradiol. Consecuentemente, generando un crecimiento progresivo de la cohorte de folículos seleccionados. Las células de la granulosa de estos folículos inician la producción de estradiol debido a la estimulación por parte de FSH. El incremento de estradiol ejerce retroalimentación negativa a nivel de hipófisis e hipotálamo. Esta acción genera una disminución de los niveles séricos de FSH y LH (Marshall, 2016).

- Se observa presencia de folículos antrales de 9 a 10 milímetros en ovario, como parte de hallazgos ecográficos en esta fase. En endometrio se evidencia proliferación del mismo como producto del efecto de las concentraciones de estradiol. Este aumenta no solo su grosor si no que su componente glandular aumenta su tamaño y longitud (Welt, 2017).

Fase tardía: En este periodo, las concentraciones de estradiol, así como de inhibina *A* se encuentran incrementados debido al crecimiento del folículo dominante. Este incremento llega a su nivel máximo entre 24 a 26 horas previo a la ovulación (Merlo & González, 2013). Esto a su vez produce una disminución en niveles de FSH lo que impide el desarrollo de los folículos adicionales, favoreciendo el desarrollo del folículo de Graaf. Paralelamente, el folículo dominante inicia la expresión de receptores de LH que promueven secreción leve de progesterona la que ya puede detectarse 24 a 48 horas antes de la ovulación. Esta producción de LH alcanza su nivel máximo 10 a 12 horas antes de la ovulación estimulada por la secreción estrogénica. Por tanto, se evidencia un pico tanto de LH como de FSH a mitad del ciclo (Cunningham, et al., 2015).

- En esta fase, a nivel ovárico, se observa la presencia de un folículo dominante, mientras que el resto de folículos sufren atresia. Las concentraciones crecientes de estrógenos aumentan el grosor endometrial. Se presenta glándulas con mayor longitud.

OVULACIÓN: Producida por el pico de LH, inducido por la estimulación estrogénica. A su vez la LH genera la luteinización de las células de la granulosa en donde se incrementa la producción de progesterona. Es la progesterona la hormona que ejerce un efecto de retroalimentación negativa sobre la LH disminuyendo sus niveles séricos. Adicionalmente incrementa la distensibilidad del folículo colaborando a la liberación del ovocito 36 horas posterior al pico de LH (Welt, 2017).

FASE LÚTEA: Posterior a la ruptura del folículo se inicia el proceso de luteinización causada por cambios químicos y morfológicos que generan el cuerpo lúteo. Este produce grandes cantidades de progesterona y colesterol. Esta secreción de progesterona

provoca una reducción en los niveles de LH. En ausencia de fertilización del ovocito disminuye gradualmente la secreción de estradiol y progesterona por parte del cuerpo lúteo (Cunningham, et al., 2015).

- A nivel endometrial, la disminución de estradiol y progesterona resulta en la pérdida de vascularización del endometrio, descamación del mismo y como consecuencia la menstruación. Esta ocurre aproximadamente 14 días posterior al pico de LH (Rebar & Catherino, 2012).

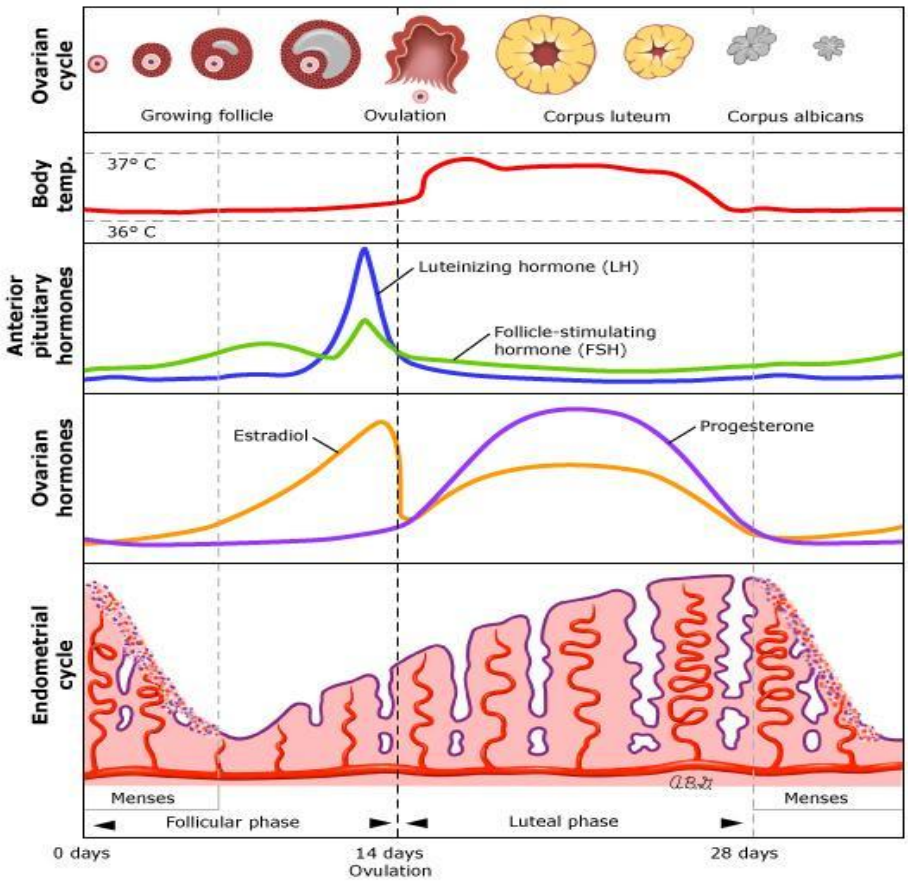


Figura 1. Fisiología del Ciclo menstrual.

Obtenido de: UpToDate: Welt, C. K. (2017). Physiology of the normal menstrual cycle.

2.6. ESTRÓGENOS Y PROGESTERONA:

El estrógeno es un esteroide sexual, proviene de la androstenediona o de la testosterona mediante el proceso de aromatización. Los ovarios son las fuentes principales de estrógeno circulante, mientras que el estradiol es el producto secretor más importante. El estrógeno natural más poderoso es el 17β- estradiol seguido por la estrona y el estriol. A pesar de que su fuente principal son los ovarios también se sintetizan en pequeñas cantidades a nivel de corteza suprarrenal y tejido adiposo. Los estrógenos actúan a partir de la interacción con dos receptores ERα (Estrogen receptor) y ERβ. Estos receptores se encuentran también a nivel hepático, óseo, sistema nervioso central, corazón y a nivel del endotelio vascular. El estrógeno tiene funciones del desarrollo como: Cambios puberales, aparición de características sexuales secundarias, control neuroendocrinológico del ciclo menstrual. También posee efectos metabólicos como los que se muestran en la tabla 1.

Tabla 1. Funciones de los Estrógenos

Función	Descripción
Remodelación ósea:	Regulan de manera directa a los osteoblastos, incrementa la síntesis de colágeno tipo I, osteocalcina, osteopontina, osteonectina y fosfatasa alcalina, inhibe la apoptosis de los osteocitos, disminuye el número y actividad osteoclástica.
Metabolismo de los lípidos:	Incrementa levemente los valores de triglicéridos en suero, niveles séricos de colesterol, el HDL y disminuye el LDL. Redistribución de grasa corporal.
Vesícula biliar:	Alteran la composición de la bilis, incrementando secreción de colesterol y disminuyen la de ácidos biliares.
Efectos sistémicos:	Participación en el metabolismo de lipoproteínas, producción de proteínas plasmáticas hepáticas.

Coagulación:	Incremento en los factores de coagulación II, VII, IX, X, XII y disminuye los niveles de factores de anticoagulación como las proteínas C, proteínas S y antitrombina III.
Efecto vascular:	Menor producción de óxido nítrico, estimula la vasodilatación, activa el crecimiento y proliferación de células endoteliales, inhiben la proliferación de células de músculo liso en el vaso sanguíneo.
Efecto sobre los órganos reproductores:	Aumento de receptores para progesterona. Efectos tróficos a nivel de útero y vagina. Aumento del riego sanguíneo uterino, estímulo de síntesis de prostaglandinas a nivel endometrial. Proliferación endometrial. Producción de características filantes en el moco cervical. Incremento de pH vaginal.
Efecto sobre las mamas:	Provocan desarrollo de los tejidos estromales mamarios. Inducen el crecimiento de un sistema de conductos. Colabora con el mayor depósito de grasa en las mamas. Son responsables del crecimiento inicial de las mamas, así como del crecimiento y aspecto de las mismas.
Efectos sobre el SNC y adenohipófisis:	Modificación de la conducta sexual. Incremento de excitabilidad neuronal. Incremento de sinaptogénesis y neurogénesis. Regulación en la secreción de gonadotrofinas. Incremento en la hormona de crecimiento (GH) y prolactina.
Efecto sobre piel:	Estos esteroides son responsables de la textura blanda y tersa de la piel femenina. Adicionalmente aumenta la vascularidad, asociado con el aumento de la temperatura corporal.

Efecto sobre el equilibrio electrolítico:	Al ser los esteroides sexuales similares químicamente a las hormonas suprarrenales estos pueden provocar retención de agua y sodio.

Modificado de: (Brunton, Lazo, & Parker, 2007; Dvorkin & Cardinalo, 2005; Stovall & Strauss, 2009; Yen, et al., 2001).

Por otro lado, el gestágeno más importante al hablar de la fisiología reproductiva femenina es la progesterona. Este esteroide sexual es producido a nivel ovárico bajo el control hipotálamo hipofisario. El principal productor de esta hormona es el cuerpo lúteo a partir de la segunda mitad del ciclo menstrual. Por tanto, la variación en su concentración dependerá mayoritariamente de la presencia del cuerpo lúteo o de su involución. Otra fuente de progesterona, será la placenta a partir del tercer mes de embarazo para el mantenimiento adecuado de la gestación (Orizaba-Chávez, Alba-Jasso, & Ocharán-Hernández, 2013).

La progesterona requiere una exposición previa a estrógenos para ejercer sus efectos sobre el aparato reproductor, glándula mamaria y numerosos tejidos (Dvorkin & Cardinalo, 2005; Graham & Clarke, 1997). Esta hormona presenta acciones fisiológicas, como las mencionadas en la tabla 2.

Tabla 2. Funciones de la progesterona

FUNCIÓN	DESCRIPCIÓN
Acciones neuroendocrinas:	Disminuye la frecuencia de los pulsos de GnRH, esto es lo que permite su acción como anticonceptivo.
Aparato reproductor:	Disminuye la proliferación endometrial provocada por los estrógenos, influyen en las glándulas endocervicales y la secreción acuosa, estímulo de la conversión de estradiol en estrona, inducción de la fase secretora endometrial, disminución del pH vaginal, inhibición de las contracciones miometriales, ayuda a la conservación y evolución del

	embarazo.
Glándula mamaria:	Ayuda a la proliferación de los acinos mamarios.
Sistema nervioso central:	Durante el ciclo menstrual se da un aumento de la temperatura basal corporal de aproximadamente 0.6°C (relacionado con la ovulación). Incrementa la respuesta ventilatoria de los centros respiratorios, posee actividad depresora e hipnóticas.
Efectos metabólicos:	Incrementa los valores de insulina luego de ingerir carbohidratos. Estimula la actividad de lipoproteinlipasa y facilita el depósito de grasa, aumenta los valores de LDL. Disminuye los efectos de la aldosterona en los túbulos renales, disminuye la absorción de sodio.

Obtenido de: (Dvorkin & Cardinalo, 2005; Graham & Clarke, 1997)

2.7. ANTICONCEPCIÓN HORMONAL

La anticoncepción hormonal nace del principio básico de aportar de manera exógena y sintética fármacos compuestos por estrógenos y progestágenos o únicamente progestágenos.

Los estrógenos más utilizados de manera sintética son el Etinilestradiol y en menor frecuencia de uso se encuentran el mestranol o el valerato de estradiol (Cunningham, et al., 2015). Al pasar el tiempo las concentraciones hormonales de las dosis de estrógenos han ido disminuyendo. Al inicio se podían encontrar presentaciones de 150 microgramos (mcg). Actualmente se pueden utilizar preparados de 30,20 y 15 mcg. Esta disminución de la concentración ha contribuido para mejorar la tolerancia y además disminuir los efectos adversos, que se daban predominantemente en el sistema cardiovascular (García-Delgado, et al., 2014).

Por otro lado, la progesterona presenta una clasificación en la que se menciona a tres grandes grupos: 1) Derivados de la testosterona: Presenta tres generaciones; a) Primera generación: 19-nortestosterona, Nandrolona, Etisterona, b) Segunda generación: Levonorgestrel, Noretisterona, Norgestimato, Acetato de Noretisterona, Acetato de ethinidiol, Lynestrenol, Dienogest, Norgestimato, c) Tercera generación: Gestodeno, Desogestrel, Etonogestrel. 2) Derivados de la progesterona: Acetato de Clormalidona, Acetato de ciproterona, Acetato de medroxiprogesterona. 3) Derivados de la espironolactona: Drospirenona (García-Delgado, et al., 2014).

Al hablar de progestágenos, los más usados son 2 tipos, en donde constan: los derivados de la 17 hidroxiprogesterona y los derivados de la 19 nortestosterona. Actualmente también se incluyen los derivados de la Espironolactona, que poseen propiedades antiandrogénicas, actividad progestacional y antiglucocorticoide. En general, los progestágenos reducen la concentración sérica de testosterona libre, inhiben la 5 alfa reductasa. De esta manera inhiben también la conversión de testosterona en dihidrotestosterona activa. En cuanto a las presentaciones; se las puede encontrar en tabletas, inyectables y dispositivos intrauterinos (García-Delgado, et al., 2014)

Este tipo de anticonceptivos se encuentran disponibles en una variedad de presentaciones. Al momento hablaremos de las tres presentaciones más usadas en el Ecuador (Escobar, Yépez, León, Caicedo, & Nieto, 2010). Dentro de estas constan: los anticonceptivos orales, parche transdérmico, los inyectables y los implantes subdérmicos. Los mecanismos de acción en general de los anticonceptivos hormonales se resumen principalmente de la siguiente manera: a) Inhibición de la producción de los factores de la liberación de las gonadotrofinas en el hipotálamo, b) Inhibición de la liberación de FSH y LH en la hipófisis, c) Alteración del moco cervical, convirtiéndolo en impenetrable para los espermatozoides, d) Generación de cambios estructurales en el endometrio, haciendo un ambiente menos favorable para la implantación e) Modificación de la contractilidad

uterina. f) Disminución en la motilidad de cilios vibrátiles y secreción de las trompas uterinas, disminuyendo la probabilidad de fecundación (Cardo Prats & Baixauli Fernández, 2004; Hoffman, et al., 2014).

2.7.1. ANTICONCEPTIVOS HORMONALES COMBINADOS

Estos están compuestos de una combinación de estrógenos (etinilestradiol) y una progestina. El principal mecanismo de acción es la inhibición de la ovulación. Esto gracias a la supresión principalmente del pico de LH, así como la secreción de FSH. Adicionalmente tiene efecto sobre el moco cervical y el endometrio, causando un ambiente no apto para la gestación (Cunningham, et al., 2015; DeCherney, Lauren, Laufer, & Roman, 2014).

Dentro de esta categoría se encuentran:

- Anticonceptivos Orales Combinados
- Anticonceptivos inyectables.
- Parche transdérmico
- Anillo transvaginal

ANTICONCEPTIVOS ORALES COMBINADOS

Administración: Diaria, con una duración aproximada de 21 a 24 días. Su inicio idealmente será el primer día del ciclo menstrual. La pastilla se toma todos los días a la misma hora para maximizar la eficacia (Escobar, et al., 2010; García-Delgado, et al., 2014).

Eficacia: Esta depende de la usuaria del método anticonceptivo. En su uso común, se producen aproximadamente 8 (9% de falla) embarazos por cada 100 mujeres que usan este método anticonceptivo durante el primer año de uso. Al medir su eficacia

con la utilización perfecta, hay menos de 1 (0.3% de falla) embarazo por cada 100 mujeres que usan este método anticonceptivo durante el primer año (Cunningham, et al., 2015).

Presentación: se encuentran de 21 o 28 tabletas.

- Preparados monofásicos: Consta de una composición de estrógeno y progestágeno con dosificación igual en todas las tabletas. Dentro de estos se encuentra tabletas con dosis elevadas de estrógenos y un progestágeno de segunda generación. Otra posibilidad es tabletas con dosificación menor de estrógenos y un progestágeno que puede ser de segunda o tercera generación. En estos últimos constan los preparados que contienen 24 tabletas activas y 4 tabletas inactivas o placebo (García-Delgado, et al., 2014).
- Paquete de 21 tabletas: La paciente ingiere las tabletas durante un periodo de 21 días. Al finalizar este periodo, la mujer tiene 7 días en los cuales no consume tabletas durante los cuales se presenta el sangrado por deprivación hormonal. Se reinicia la toma de tabletas posterior a estos 7 días.
- Paquete de 28 tabletas: (21 tabletas con componente hormonal y 7 de otro color inactivas o 24 tabletas con componente hormonal y 4 de otro color inactivas). La paciente ingiere las tabletas durante 28 días. Dependiendo de la presentación, tomará 21 o 24 días las tabletas activas o con componente hormonal. El periodo de 7 o 4 días ingerirá las tabletas de otro color que corresponden a las pastillas inactivas. En este periodo se espera la presencia del sangrado por deprivación hormonal. La mujer iniciará el siguiente paquete de pastillas al siguiente día (Escobar, et al., 2010; García-Delgado, et al., 2014).
- Preparados bifásicos: Son aquellas tabletas con dosificación variable. Las primeras siete tabletas con dosis mayor de ambas hormonas lo cual disminuye en

las 15 tabletas siguientes. Su administración es de 22 días con un intervalo libre de 6 días sin administración hormonal (García-Delgado, et al., 2014).

- Preparados trifásicos: Estos comprimidos al igual que los anteriores tienen una dosificación variable de estrógenos y progestágenos. Estas pastillas emulan de manera muy similar el ciclo menstrual de la mujer con dosis bajas de estrógeno y mayor de progesterona en los últimos 10 días (García-Delgado, et al., 2014).

Indicaciones: En ausencia de contraindicación, todas las mujeres pueden utilizar este método anticonceptivo e incluso pueden beneficiarse de sus efectos positivos a parte de la anticoncepción (Black et al., 2017b).

Contraindicaciones (Black, et al., 2017b):

- ✓ Mujer en periodo de lactancia con un tiempo menor a 4 semanas postparto.
- ✓ Mujer con un tiempo menor a 21 días postparto.
- ✓ Fumadoras mayores a 35 años de edad con un consumo igual o mayor a 15 cigarrillos.
- ✓ Hipertensión arterial con tensión sistólica mayor a 160 mmHg o tensión diastólica mayor o igual a 100 mmHg.
- ✓ Mujeres con trombosis venosa profunda o embolia pulmonar actual o con antecedentes de estas patologías en ausencia de terapia anticoagulante. Tomando en cuenta el riesgo de recurrencia de estos episodios.
- ✓ Cirugía mayor reciente con inmovilización prolongada
- ✓ Antecedentes o presencia de: cardiopatía isquémica, enfermedad cerebro vascular, trombofilia, cardiopatía valvular complicada, migraña con aura, cáncer de mama.

Efectos Adversos: Es posible y común que se presenten efectos adversos con la administración de los anticonceptivos hormonales. Estos normalmente se presentan

dentro de los tres primeros meses de uso y suelen ser transitorios. Mayoritariamente los efectos secundarios más reportados son los siguientes (Black, et al., 2017b; OMS, 2011; WHO, 2016).

- ✓ Alteraciones en el patrón de sangrado
- ✓ Cefaleas (sin características migrañosas).
- ✓ Náuseas o mareos.
- ✓ Sensibilidad en senos.
- ✓ Aumento de peso
- ✓ Cambios en el estado de ánimo o alteraciones en el deseo sexual.

Algunas de las razones por las cuales las mujeres descontinuaron este método anticonceptivo fueron (Black, et al., 2017b):

- ✓ Sangrado anormal (12%)
- ✓ Náusea (7%)
- ✓ Aumento de peso (5%)
- ✓ Cambios en el estado de ánimo (5%)
- ✓ Sensibilidad en los senos (4%)
- ✓ Cefalea (4%)

ANTICONCEPTIVOS INYECTABLES COMBINADOS

Administración: Intramuscular, mensual. Se administrará la inyección idealmente el primer día de la menstruación. Sin embargo, puede ser administrado 7 días antes o 7 días después de iniciada la menstruación. Las administraciones subsecuentes deben ser administradas el mismo día del mes de la inyección inicial (Escobar, et al., 2010).

Eficacia: Depende en gran medida de la puntualidad de la usuaria de este método al momento de su administración. En su uso común, se producen aproximadamente 3

embarazos por cada 100 mujeres que usan este método anticonceptivo durante el primer año de uso (3% de falla). Al medir su eficacia con la utilización perfecta, hay menos de 1 embarazo por cada 100 mujeres que usan este método anticonceptivo durante el primer año (0.5% de falla) (Cunningham, et al., 2015; OMS, 2011).

Presentación:

- Inyectable que contiene Valerato de estradiol 5 mg combinado con Enantato de Noretisterona 50 mg. Esta presentación se encuentra precargada.
- Inyectable que contiene Enantato de estradiol 10 mg combinado con Acetofénido de dihidroxiprogesterona 150 mg. Esta presentación viene lista para preparar (Escobar, et al., 2010).

Indicaciones y contraindicaciones: Se considera que por ser un método relativamente nuevo sobre el cual no se cuenta con información epidemiológica más amplia se aplican los mismos criterios que los anticonceptivos orales combinados (WHO, 2016).

Efectos Adversos (Escobar, et al., 2010; OMS, 2011; WHO, 2016):

- ✓ Sangrado irregular (goteo intermenstrual o spotting).
- ✓ Cefalea
- ✓ Mareos
- ✓ Sensibilidad de los senos

PARCHE TRANSDÉRMICO:

Administración: Transdérmica, aplicación de un parche nuevo cada semana por 3 semanas. En la última semana se espera la presentación de sangrado por deprivación hormonal. La aplicación inicial del parche debe ser el primer día de menstruación. Los lugares de colocación pueden ser: sección supero externa del

brazo, espalda, sección inferior del abdomen, sección superior del torso, lejos de zona mamaria y nalgas (DeCherney, et al., 2014).

Eficacia: En su uso común se presenta un 9% de fallo aproximadamente. En cuanto a su uso perfecto presenta un 0.3% de falla durante el primer año de uso de dicho método anticonceptivo. Probablemente la eficacia podría disminuir en el caso de mujeres con un peso mayor/ igual a 90kg, sin embargo, no se posee evidencia suficiente al momento (Black et al., 2017a).

Presentación: Parche anticonceptivo transdérmico de aproximadamente 20 cm2 de forma cuadrada. Contiene Etinil Estradiol 600 microgramos combinado con Norelgestromina 6 miligramos. Contiene 3 parches para su respectiva colocación semanal (Escobar, et al., 2010).

Indicaciones y Contraindicaciones: En base a la evidencia, se sugiere que tanto las indicaciones y contraindicaciones son las mismas aplicadas para los anticonceptivos orales combinados. Este método es altamente recomendado en mujeres que busquen un método con menor demanda en su cumplimiento, como es el caso de los anticonceptivos orales. Se lo recomienda también en aquellas pacientes con dificultades para deglutir pastillas o en casos de patologías hepáticas o de índole gastrointestinal que impidan la absorción correcta del fármaco. En cuanto a las contraindicaciones se puede considerar hipersensibilidad cutánea. De la misma forma se sugiere no ser utilizado en aquellas mujeres con peso mayor o igual a 90 kg (Black, et al., 2017a).

Efectos Adversos: Se menciona efectos similares a los anticonceptivos orales combinados. Adicionalmente se presenta la posibilidad de reacciones cutáneas locales en el sitio de aplicación (Black, et al., 2017a; WHO, 2016).

- ✓ Síntomas mamarios: dolor o disconfort (22%).

- ✓ Cefalea (21,1%)
- ✓ Nausea (17%)
- ✓ Reacciones cutáneas locales (17.4%).

ANILLO VAGINAL:

Administración: intravaginal. Se coloca idealmente el primer día de la menstruación y puede ser colocado hasta 5 días posteriores al inicio del ciclo menstrual. Este anillo se mantiene colocado por tres semanas después de las cuales se extrae el mismo para permitir el sangrado por deprivación (DeCherney, et al., 2014; OMS, 2011).

Eficacia: En su uso común se presenta un 9% de falla aproximadamente. En cuanto a su uso perfecto, se evidencia un 0.3% de falla (Black, et al., 2017a).

Presentación: Se trata de un anillo transparente, flexible y suave de 5.4 centímetros de diámetro aproximadamente. Contiene 11,7 mg de Etonogestrel y 2,7 mg de Etinilestradiol. Diariamente se libera 15 microgramos de Etinil Estradiol y 120 microgramos de Etonogestrel (Black, et al., 2017a).

Indicaciones y contraindicaciones: Se sugiere que tanto las indicaciones y contraindicaciones son las mismas aplicadas para los anticonceptivos orales combinados (Black, et al., 2017a).

Efectos Adversos: Los efectos secundarios que son frecuentemente reportados son los siguientes (Black, et al., 2017a; WHO, 2016).

- ✓ Cefalea (5.8%)
- ✓ Vaginitis (5.6%)
- ✓ Nausea (3.2%)
- ✓ Sensibilidad en los senos (2.6%).

2.7.2. ANTICONCEPTIVOS A BASE SÓLO DE PROGESTÁGENO:

Estos métodos anticonceptivos están formados a base de progestágenos únicamente. Los más utilizados suelen ser aquellos derivados de la 17 – hidroxiprogesterona y los derivados de la 19 nortestosterona (García-Delgado, et al., 2014). Actúan principalmente a nivel de moco cervical, el cual es más espeso y menos permeable a la esperma. De este modo se dificulta la anidación, adicionalmente contribuyen a la atrofia endometrial. Dentro de esta clasificación se encuentran los siguientes (Cunningham, et al., 2015; DeCherney, et al., 2014; Maitrot-Mantelet, et al., 2012):

- Pastilla de progestina sola
- Inyectables de progestina sola
- Implante subdérmico.

PASTILLA DE PASTILLA DE PROGESTINA SOLA:

Administración: oral, idealmente se recomienda iniciar el tratamiento el primer día del ciclo menstrual o dentro de los primeros días de la menstruación. Se administra diariamente, en el mismo horario todos los días. Una vez concluido el paquete de pastillas se reinicia el siguiente día otro paquete (Escobar, et al., 2010).

Eficacia: En su uso común se presenta 9% de falla aproximadamente. En cuanto a su uso perfecto, se evidencia un 0.3% durante el primer año de uso. En mujeres que amamantan se observa una mayor eficacia. Se habla de 1 embarazo por cada 100 mujeres durante el primer año de uso. Cabe recalcar que la eficacia depende en gran parte del cumplimiento estricto del horario de administración. Esto depende en gran medida de que el efecto sobre el moco cervical no persiste por más de 24 horas (Black, et al., 2017a; Cunningham, et al., 2015).

Presentación: Contiene paquetes de 28 a 35 tabletas activas compuestas de un progestágeno (Escobar, et al., 2010).

Indicaciones: En ausencia de contraindicaciones, este anticonceptivo es seguro y eficaz para las mujeres. Ideal en el caso de mujeres que estén en el periodo de lactancia o postparto. Es indicada en aquellas mujeres en las que el componente estrogénico este contraindicado (Black, et al., 2017a).

Contraindicaciones:

- ✓ Antecedente o presencia de cáncer de seno.
- ✓ Cirrosis hepática descompensada severamente
- ✓ Adenoma Hepatocelular

Efectos adversos (Black, et al., 2017a; OMS, 2011; WHO, 2016):

- ✓ Alteraciones en el patrón de sangrado: esta se evidencia como la mayor causa de descontinuación en las usuarias de este tratamiento (Black, et al., 2017a).
- ✓ Cefalea
- ✓ Mareo
- ✓ Cambios de humor
- ✓ Sensibilidad en los senos
- ✓ Dolor abdominal
- ✓ Náuseas

INYECTABLES DE PROGESTINA SOLA:

Administración: intramuscular administrada cada 3 meses. Puede ser administrado en región glútea, sección supero externa del brazo. El método puede ser iniciado luego de las 6 semanas posparto. Se lo inicia idealmente en el primer día del ciclo

menstrual, pero puede ser administrado hasta 7 días posterior al inicio de la menstruación. Las inyecciones subsecuentes, deben ser administradas el mismo día en el que inicio la primera inyección (Escobar, et al., 2010).

Eficacia: En su uso común se presenta un 6% de falla aproximadamente. En cuanto a su uso perfecto se evidencia un 0.2% de falla dentro del primer año de uso. La eficacia dependerá de que la mujer acuda cumplidamente para la colocación de las inyecciones subsecuente (Black, et al., 2017a).

Presentación: Contiene 150 mg acetato de medroxiprogesterona.

Indicaciones y Contraindicaciones: Son las mismas aplicadas a los anticonceptivos orales de progestina sola (Black, et al., 2017a).

Efectos Adversos (Black, et al., 2017a; OMS, 2011; WHO, 2016):

- ✓ Alteraciones en el patrón de sangrado, esta fue una causa de descontinuación entre 8 a 66% dentro de las usuarias de este método.
- ✓ Aumento de peso: aproximadamente 40 % de mujeres descontinuaron el método por esta razón.
- ✓ Cefalea
- ✓ Mareos
- ✓ Dolor abdominal
- ✓ Alteraciones en estado de ánimo
- ✓ Disminución en el deseo sexual.

IMPLANTE SUBDÉRMICO:

Administración: Subdérmica. Colocada en la cara superior, porción interna del brazo no dominante. El implante puede ser colocado en cualquier momento de la

menstruación e incluso sin necesidad de que la mujer este menstruando. La colocación del implante subsecuente será dentro de 3 o 5 años, dependiendo del implante usado (Black, et al., 2017a).

Eficacia: Este es uno de los métodos con mayor eficacia. Se reporta menos de 1 embarazo por cada 100 mujeres durante el primer año de uso. Se menciona que, en ciertos implantes, la eficacia puede ser menor si es que la usuaria posee peso elevado. En estos casos se recomienda que el cambio del implante sea antes (Black, et al., 2017a).

Presentación:

- Implantes de Levonorgestrel con una duración de 5 años.
- Implantes de Etonogestrel con una duración de 3 años.

Indicaciones y Contraindicaciones: son las mismas aplicadas para los anticonceptivos orales de progestina sola. Este método anticonceptivo es ideal en mujeres que buscan un método que no requiere tanto cumplimiento o un nivel alto de adherencia (Black, et al., 2017a).

Efectos adversos:

- ✓ Alteraciones en el patrón de sangrado
- ✓ Cefalea
- ✓ Aumento de peso
- ✓ Sensibilidad en los senos
- ✓ Acné.

La mayor causa de descontinuación se relaciona con patrones de sangrado prolongados y frecuentes. A esto le sigue el acné y el aumento de peso (Black, et al., 2017a; OMS, 2011).

CAPÍTULO III

3. METODOLOGÍA

3.1. JUSTIFICACIÓN

El uso de anticonceptivos hormonales, en nuestro medio es de prescripción diaria. Este estudio nos permitirá reconocer los distintos efectos secundarios que más afectan a nuestra población, y con estos datos podremos brindar un mejor apego al anticonceptivo hormonal, conjuntamente con un mejor manejo del método.

3.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las hormonas sexuales femeninas actúan en varios órganos y sistemas del cuerpo humano, no solo influyen en la salud reproductiva. Este es un motivo por el cual sus efectos adversos son un inconveniente a la hora de evaluar la adherencia de las mujeres a este tratamiento. La presencia de estas molestias en los primeros meses de administración y la percepción de la intensidad de estos efectos en las mujeres es un factor crucial en el éxito de su uso. Si la intensidad de los efectos adversos es percibida por la mujer como un inconveniente que dificulta la realización de sus actividades diarias es probable que afecte la eficacia del fármaco. Esto explica porque la presencia de efectos adversos, a pesar de ser transitorios, constituye el factor más problemático. Es este factor el cual, en su mayoría, influye en la mala adherencia de las mujeres llevándolas al cambio de un método a otro o el abandono de la planificación familiar.

3.2.1. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

- ✓ ¿La presencia de efectos adversos repercute sobre el cambio o abandono de los métodos anticonceptivos hormonales?

- ✓ ¿Cuál de los efectos adversos es el principal influyente en el cambio de método anticonceptivo hormonal?
- ✓ ¿Cuál de los efectos adversos es el principal influyente en el abandono del método anticonceptivo hormonal?
- ✓ ¿Cuál es el método anticonceptivo hormonal más utilizado por las mujeres del Centro de Salud de Conocoto?
- ✓ ¿Las variables sociodemográficas tomadas en cuenta en esta investigación son un factor influyente en la adherencia al tratamiento anticonceptivo hormonal?
- ✓ ¿Las mujeres que están provistas de mayor información acerca de los posibles efectos adversos que podrían experimentarse tienen mejor adherencia al tratamiento?

3.3. HIPÓTESIS

- La principal causa de abandono del anticonceptivo hormonal es la falla del mismo.
- Las usuarias más jóvenes son quienes más abandonan el tratamiento anticonceptivo.
- Las mujeres con mejor nivel de escolaridad tienen un menor índice de abandono o cambio de método anticonceptivo.
- Los efectos adversos que causan mayor abandono o cambio de método son el aumento de peso y la cefalea.

3.4. OBJETIVOS

3.4.1. OBJETIVO GENERAL

Identificar los efectos secundarios más prevalentes, asociados con el cambio o abandono de los diferentes métodos anticonceptivos hormonales, usados en mujeres sexualmente activas en el centro de salud de Conocoto durante el periodo comprendido entre Noviembre y Diciembre 2017 en Quito – Ecuador.

3.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar los efectos secundarios con mayor prevalencia para el cambio o abandono de los métodos anticonceptivos hormonales en mujeres sexualmente activas que acuden al centro de salud de Conocoto.
- Analizar si existe asociación con factores sociodemográficos (edad, nivel de educación, estado civil, número de hijos, trabajo, ingreso económico).

3.5. TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO

La investigación se realizó en mujeres en edad fértil que acuden al centro de salud de Conocoto, para planificación familiar. Es un estudio observacional de corte transversal, en el cual se buscó el efecto adverso más prevalente en pacientes que utilizan métodos anticonceptivos hormonales, así como el impacto que estos tienen sobre la suspensión o cambio del mismo. También se evaluó el conocimiento de las mujeres sobre el método anticonceptivo hormonal que utilizaban al momento, como los efectos adversos que éste puede presentar. Adicionalmente, se analizó si el abandono/suspensión o cambio del método presenta o no asociación con variables sociodemográficas (edad, nivel de escolaridad, estado civil, ocupación e ingreso económico), así como si tienen hijos o desean tenerlos.

3.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	*DEFINICIÓN*	*TIPO DE VARIABLE*	*DIMENSIÓN*	*UNIDAD DE MEDIDA /CATEGORÍA*	*INDICADOR*
EDAD	Tiempo transcurrido entre el nacimiento y el momento actual.	Cuantitativa	Años cumplidos.	Numérica	Media, mediana, moda, Desviación estándar, máximo y mínimo
NIVEL DE ESCOLARIDAD	Número de años lectivos aprobados	Cualitativa Nominal	Años lectivos.	1= Analfabeto 2= Primaria 3= Secundaria 4= Universidad	Frecuencias y porcentajes
ESTADO CIVIL	Condición de una persona en lo concerniente a vínculos personales con otras personas, reconocido jurídicamente	Cualitativa Nominal	Soltera (S) Casada (C) Divorciada (D) Unión Libre (UL) Viuda (V)	1= Soltera 2= Casada 3= Divorciada 4= Unión Libre 5= Viuda	Frecuencias y porcentajes.
DESEO DE TENER HIJOS	Deseo de procreación.	Cualitativa dicotómica	SI NO	1= SI 2=NO	Frecuencias y porcentajes
PRESENCIA DE HIJOS	Existencia de descendencia.	Cualitativa dicotómica.	SI NO	1= SI 2= NO	Frecuencias y porcentajes.
OCUPACIÓN	Empleo, facultad u oficio que la persona desarrolla.	Cualitativa nominal.	Ninguna (N) Ama de casa (AC) Estudiante (E) Comerciante (C)	1= ninguna 2= Ama de casa 3= Estudiante 4= Comerciante.	Frecuencias y porcentajes.
INGRESO ECONÓMICO	Remuneración obtenida por realizar una actividad u oficio.	Cuantitativa	Salario	Numérica	Media, mediana, moda, Desviación estándar, máximo y mínimo
USO DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO	Barreras físicas o mecánicas o química para evitar la concepción	Cualitativa dicotómica	SI NO	1= SI 2= NO	Frecuencias y porcentajes
TIPO DE ANTICONCEPCIÓN HORMONAL	Fármacos liberadores de hormonas usados para planificación familiar.	Cualitativa nominal.	Anticonceptivos orales (AO) Anticonceptivos inyectables (AI) Implante Subdérmico (IS) Dispositivo intrauterino hormonal (DIUH)	1= AO 2= AI 3= IS 4= DIUH	Frecuencias y porcentajes

INFORMACIÓN ACERCA DEL MÉTODO ANTICONCEPTIVO	Conocimiento del paciente acerca del método anticonceptivo que está utilizando o ha usado.	Cualitativa dicotómica.	SI NO	1= SI 2= NO	Frecuencias y porcentajes
FUENTE QUE PROPORCIONÓ LA INFORMACIÓN	Recurso o persona de quien la mujer obtuvo información acerca de anticoncepción.	Cualitativa nominal.	Recurso mediante el cual el paciente obtiene información del método anticonceptivo.	1= profesional 2= Autodidacta	Frecuencias y porcentajes
TIEMPO DE USO DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO	Meses o años transcurridos durante los cuales la paciente utilizó métodos anticonceptivos hormonales.	Cualitativa nomimal.	Meses o años de uso del método anticonceptivo.	1= un mes 2= tres meses 3= seis meses 4= un año 5= más de un año	Frecuencias y porcentajes
CAMBIO DEL MÉTODO ANTICONCEPTIVO	Interrupción en el uso de un método anticonceptivo hormonal para utilizar un anticonceptivo hormonal diferente.	Cualitativa dicotómica	SI NO	1=SI 2= NO	Frecuencias y porcentajes
MOTIVO DE CAMBIO DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO	Razón por la cual la mujer cambia de método anticonceptivo.	Cualitativa nominal	Decisión propia (DP) Consejo médico (CM)	1= DP 2= CM	Frecuencias y porcentajes
SUSPENSIÓN DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO	Interrupción del tratamiento de manera definitiva e indefinidamente con o sin recomendación médica.	Cualitativa dicotómica	SI NO	1=SI 2= NO	Frecuencias y porcentajes
MOTIVO DE SUSPENSIÓN DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO	Razón por la cual la mujer suspende el uso del método anticonceptivo.	Cualitativa nominal	Decisión propia (DP) Consejo médico (CM)	1= DP 2= CM	Frecuencias y porcentajes
PRESENCIA DE EFECTO ADVERSO	Presentación de respuesta nociva de un fármaco, nociva, no intencionada producida a dosis habituales para tratamiento.	Cualitativa dicotómica	SI NO	1 = SI 2 = NO	Frecuencias y porcentajes

TIPO DE EFECTO ADVERSO	Manifestaciones presentadas de manera secundaria al uso del método anticonceptivo	Cualitativa nominal	Dolor de cabeza (DC) Manchas en la cara (MC) Aumento de peso (AM) Sangrado (SG) Retención de líquidos (RL) Náuseas y vómitos (NV) Sensibilidad en las mamas (SM), Falta de Menstruación (FM)	1 = DC 2 = MC 3 = AM 4 = SG 5 = RL 6 = NV 7 = SM 8 = FM	Frecuencias y porcentajes
RAZÓN DEL CAMBIO O SUSPENSIÓN DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO	Motivo por el cual se cambia o abandona el método anticonceptivo hormonal.	Cualitativa nominal	Dificultad en el cumplimiento del tratamiento. (DT) Efectos adversos indeseables. (EA) Falta de disponibilidad del método anticonceptivo. (FD) Deseos de embarazarse. (E)	1= DT 2= EA 3= FD 4= E	Frecuencias y porcentajes
EFECTOS ADVERSOS CONOCIDOS POR LA MUJER.	Reacciones adversas de los anticonceptivos hormonales que las mujeres hayan escuchado.	Cualitativa nominal	Dolor de cabeza (DC) Manchas en la cara (MC) Aumento de peso (AM) Sangrado (SG) Retención de líquidos (RL) Náuseas y vómitos (NV) Sensibilidad en las mamas (SM), Falta de Menstruación (FM)	1 = DC 2 = MC 3 = AM 4 = SG 5 = RL 6 = NV 7 = SM 8 = FM	Frecuencias y porcentajes

3.7. POBLACIÓN Y MUESTRA

El universo estuvo compuesto por mujeres en edad fértil de 18 a 40 años atendidas en la consulta de Obstetricia en el Centro de Salud de Conocoto durante el año 2017. El cálculo de muestra se realizó con el total de pacientes atendidas en la consulta de Obstetricia que comprende un universo de 1641 mujeres atendidas hasta Agosto de 2017.

Para el cálculo de la muestra se utilizó la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Z_{\alpha}^{2} N p q}{e^{2}(N-1) + Z_{\alpha}^{2} p q}$$

Donde

N: es el número total de posibles pacientes encuestadas del centro de salud de Conocoto (1641)

Z_{α}: es una constante que depende del nivel de confianza asignado (*NC* 95% = 1.6)

e: corresponde al error de muestreo aceptado (5%)

p: es la probabilidad de presentar efectos secundarios (0.5)

q: es la probabilidad de no presentar efectos secundarios (0.5)

$$n = \frac{[(1.96)^{2}\ x\ ((1641)(0.5)(0.5))]}{[((5^{2})(1641-1)) + ((1.96^{2})(0.5)(0.5))]}$$

$$\boldsymbol{n = 201}$$

3.7.1. SELECCIÓN DE INFORMANTES

Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, donde la población objetivo de este estudio son las pacientes que asistieron a la consulta de obstetricia del centro de salud de Conocoto, que el motivo de consulta fue planificación familiar, a los cuales se les aplicó los criterios de inclusión y exclusión (Tabla 3).

Tabla 3. Criterios de inclusión y exclusión aplicados en el estudio.

INCLUSIÓN	EXCLUSIÓN
● Mujeres entre 18 a 40 años	● Mujeres menores de 18 años o mayores a 40 años.
● Mujeres sexualmente activas.	● Mujeres sin vida sexual activa.
● Mujeres usuarias de métodos anticonceptivos hormonales.	● Mujeres usuarias de anticonceptivos no hormonales.
● Mujeres usuarias de anticonceptivos orales implante subdérmico, anticonceptivos hormonales inyectables, dispositivo intrauterino hormonal. Disponibles en el centro de salud de Conocoto.	● Mujeres usuarias de dispositivo intrauterino no hormonal (T de cobre). No disponible en el centro de salud de Conocoto.
● Mujeres pacientes de la consulta de Obstetricia del centro de salud de Conocoto que acuden para planificación familiar.	● Mujeres pacientes de la consulta de obstetricia del centro de salud de Conocoto que acuden por otro motivo. Pacientes que acuden a otro servicio del centro de salud.

3.8. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE MUESTRA

Previo a la recolección de la información se entregó el consentimiento informado (Anexo 1), con el cual las pacientes aceptaban o no su participación en el estudio. La información fue recolectada mediante una encuesta (Anexo 2) aplicada por parte del investigador, la cual se realizó entre 10-15 minutos. Las encuestas fueron codificadas en una matriz con ayuda del programa Microsoft Excel, para su posterior análisis.

3.9. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se realizaron los análisis estadísticos con ayuda del paquete estadístico SPSS 24. El análisis univariado se realizó mediante estadísticos de tendencia central y de dispersión. Para las variables cuantitativas se utilizaron medias, medianas, modas, desviación estándar, máximo y mínimo, mientras que para las cualitativas se utilizarán frecuencias y porcentajes. Para el análisis bivariado se utilizó tablas de contingencia, donde se analizó la dependencia entre las variables mediante la *prueba de X2* o el *test exacto de Fisher*. El nivel de asociación entre las variables se midió mediante *odds ratio de prevalencia* (*ORP*) y la *V de Cramer* (*V*).

3.10. ASPECTOS BIOÉTICOS

Durante la elaboración de esta investigación se tomaron en cuenta las reglas y normas de conducta en apego a los principios de Bioética, reconociendo su autonomía de aceptar o declinar la invitación a formar parte de esta investigación mediante la utilización del consentimiento informado, donde se dio a conocer a los participantes sobre el estudio (Anexo 1). Para mantener la confidencialidad y el anonimato de los participantes se le asignó un código alfa-numérico.

CAPÍTULO IV

4. RESULTADOS

4.1. GENERALES

El total de encuestas realizadas fueron 201, donde se observó que la edad mínima fue de 18 años y la máxima de 40, con una media de 26,98 ± 5,238, aunque la edad más frecuente fue de 24 años. Respecto al ingreso económico se observó que el salario mínimo es de 40 dólares y el máximo de 2500 mensuales, con una media de 362,86. (Tabla 4, Figura 2 y 3).

Se observó que el 64,18% de las mujeres encuestadas poseen un nivel secundario de educación, seguido por el 20,40% que representa a mujeres con una formación de tercer nivel (Figura 4). En lo que respecta al estado civil, el 39,80% de las mujeres están casadas, seguidas por las mujeres en unión libre que representan un 33,83% y el 22,39% que corresponde a las mujeres solteras (Figura 5). En cuanto a la ocupación, se pudo observar que el 53,73% de las mujeres son amas de casa seguido por el 20,40% de mujeres que se dedican al comercio y el 15,92% de mujeres que son estudiantes (Tabla 5, Figura 6).

En cuanto a la variable deseo de tener hijos, se observó que un 74,13% de mujeres no desea tener más hijos. En la variable presencia de hijos se pudo observar que el 92,54% de las mujeres tienen uno o más hijos (Tabla 6, Figura 7 y 8).

Se observó que 91,04% (183/201) de las mujeres tienen conocimiento acerca del método anticonceptivo que están utilizando, y han sido provistas de información acerca del mismo (Tabla 7, Figura 9). Del total de mujeres que tenían conocimiento del método anticonceptivo utilizado, el 80,60% obtuvieron información por parte de un profesional de la salud y el 10,95% obtuvieron información de fuentes externas como internet, amigos, entre otros (Tabla 7, Figura 10). Dentro de los efectos adversos conocidos por las

mujeres, se pudo evidenciar que entre los más conocidos se encuentran la cefalea representada por un 58,71%, seguido por el aumento de peso representado por el 25,87%, mientras que dentro de los menos conocidos se encontraron la retención de líquidos representada por un 44,78%, seguido por el sangrado representado por el 18,41%. De las 201 pacientes encuestadas, solo dos de ellas no conocían sobre los efectos adversos que los anticonceptivos hormonales pueden ocasionar (Tabla 7, Figura 11).

En la variable correspondiente al tipo de método de anticonceptivo hormonal utilizado por las pacientes encuestadas, se observó que los anticonceptivos orales representan un 49,75% (100/201), los anticonceptivos inyectables representan un 27,36% (55/201) seguido, por el implante subdérmico representado por el 22,89% (46/201) (Tabla 8, Figura 12). En cuanto al tiempo de uso de los anticonceptivos hormonales, el 44,28% (89/201) de las pacientes usó por más de un año anticoncepción hormonal. Mientras que el 20,40% (41/201) de las mujeres los uso por 6 meses. Seguido por el 17,91% (36/201) que corresponde al año de uso (Tabla 8, Figura 13).

En relación a la presencia de efectos adversos de los métodos anticonceptivos hormonales, el 62,19% (125/201) de mujeres refirieron haber presentado algún efecto adverso y el 37,81% (76/201) refirieron no haber presentado (Tabla 9, Figura 14). Dentro de los efectos adversos más prevalentes, se encuentran cefalea o dolor de cabeza (36,80%), seguido de sangrado (20,80%) y aumento de peso (18,40%). Mientras que los menos frecuentes fueron retención de líquidos, sensibilidad en mamas, disminución de libido y cefalea acompañado de sangrado, cada uno con un 0,80% (Figura 15).

Con relación a las variables tipo de efecto adverso presentado y grupos etarios se pudo evidenciar que las mujeres ≤ 30 años presentaron cefalea en un 36,78% (32/87), 26,44% (23/87) presentaron alteraciones en el sangrado. En las mujeres > 30 años, presentaron

cefalea en un 36,84% (14/38), 28,95% (11/38) presentaron aumento de peso (Tabla 10, Figura 16).

En lo que respecta a las variables tipo de efecto adverso y tiempo de uso del método anticonceptivo hormonal. Se pudo observar que en las mujeres usuarias del método por ≤6 meses, el 40,43% (19/47) experimentaron cefalea. Seguidas por las mujeres que experimentaron alteraciones del sangrado representadas por un 19,15% (9/47) y las mujeres que experimentaron aumento de peso 10,64% (5/47). Se observó que las usuarias de métodos anticonceptivos por >6 meses experimentaron; 34,62% (27/78) cefalea. Después de estas pacientes se encuentran aquellas que experimentaron aumento de peso representadas por el 23,08% (18/78), seguidas por el 21,79% (17/78) de mujeres que experimentaron alteraciones en el sangrado. De la totalidad de pacientes que experimentaron efectos adversos (125 pacientes), 47 de ellas los experimentaron dentro de los primeros 6 meses y 78 mujeres los experimentaron después de los 6 meses de uso (Tabla 11, Figura 17).

En cuanto a las variables tipo de método anticonceptivo hormonal y tipo de efecto adverso. Se pudo evidenciar que de la totalidad de pacientes que presentaron efectos adversos (125 pacientes), 59 de ellas utilizaban anticonceptivos orales, 37 utilizaban anticonceptivos inyectables y 29 utilizaban el implante subdérmico. De las pacientes usuarias de anticonceptivos orales, el 59,32% (35/59) de ellas experimentaron cefalea. En el caso de las pacientes que utilizaban anticonceptivos inyectables, se observó que el 37, 84% (14/37) de estas experimentaron aumento de peso. Seguidas por las mujeres que experimentaron cefalea representadas por un 21,62% (8/37). En las usuarias del implante subdérmico, el 62,07% (18/29) experimentaron sangrado, el 17,24% (5/29) experimentaron aumento de peso (Tabla 12, Figura 18).

En el análisis bivariado entre cambio o suspensión y presencia de efectos adversos. Se observó que 103 (51,24%) pacientes suspendieron y 98 (48,76%) pacientes cambiaron el

anticonceptivo hormonal (Figura 19). En cuanto a la presencia de efecto adverso y suspensión del anticonceptivo hormonal, el 59,22% (61/103) de las mujeres presentaron efectos adversos, mientras que el 40,78% (42/103) de las pacientes suspendieron el anticonceptivo hormonal por otra razón. En cuanto a la presencia de efectos adversos y cambio de método anticonceptivo hormonal, se evidenció que el 65,31% (64/98) cambiaron el método por presentar efectos adversos, mientras que, el 34,69% (34/98) cambiaron el método anticonceptivo por otra razón. No se encontró asociación estadísticamente significativa entre estas variables *(p= 0,387)* (Tabla 13).

En relación a la suspensión o cambio del método anticonceptivo hormonal utilizado con años cumplidos, se pudo observar que existen dos picos en cambio del método uno a los 23 años (12/98) y uno a los 26 años (10/98). De igual forma se observó dos picos en suspensión a los 24 años (11/103) y a los 30 años (12/103) (Figura 20).

4.2. CAMBIO

De las 98 pacientes que cambiaron el método anticonceptivo se observó que el 66,33% (65/98) poseían una educación secundaria. Las mujeres con educación de tercer nivel corresponden al 19,39%, (19/98), y en el nivel de educación primaria se observó el 14,29% (14/98). En cuanto al estado civil de las pacientes se pudo observar que el 39,80% (39/98) eran mujeres casadas. Seguidas por las mujeres en unión libre representadas por un 34,69% (34/98). En el caso de las mujeres que eran solteras y cambiaron de método, estas pacientes corresponden al 21,43% (21/98). Apenas un 4,08% (4/98) de las mujeres que cambiaron de método eran divorciadas. En cuanto a las ocupaciones con mayor porcentaje se observó que el 48,98% (48/98) eran amas de casa, seguidas por las mujeres comerciantes representadas por el 21,43% (21/98). Las mujeres dedicadas al estudio representaron el 20,41% (20/98) de las mujeres que cambiaron de

método. El resto de ocupaciones corresponden a un porcentaje menor (Tabla 14, Figuras 21- 23).

En relación a la variable deseo de tener hijos el 23,47% (23/98) de las mujeres deseaban tener hijos, y el 76,53% (75/98) no deseaban hijos . Se observó que el 8,16% (8/98) de las mujeres no tenían hijos mientras que el 91,84% (90/98) tenían al menos un hijo (Tabla 15, Figuras 24 y 25).

En lo que respecta a las variables relacionadas al conocimiento del anticonceptivo hormonal utilizado en las mujeres que cambiaron de método anticonceptivo. Se pudo observar que el 92,86% (91/98) conocían acerca del método anticonceptivo hormonal. Además, se pudo evidenciar que el 84,69% (83/98) mujeres obtuvieron la información por parte de un profesional de la salud. En cuanto a los efectos adversos más conocidos por parte de las pacientes, se pudo observar que la cefalea ocupó un 59,18% (58/98). El aumento de peso ocupó el segundo lugar con un 26,53% (26/98) de los efectos adversos más conocidos. Adicionalmente, se observó que dentro de los efectos adversos menos conocidos por las mujeres que cambiaron de anticonceptivo se encontró que un 40,82% (40/98) no conocían acerca de la retención de líquidos (Tabla 16, Figuras 26 y 27).

Se observó que el método más utilizado es la anticoncepción oral con un 52,04% (51/98), seguido de los anticonceptivos inyectables con un 24,49% (24/98), y por último se encontró el implante subdérmico en un 23,47% (23/98). En cuanto a la variable tiempo de uso, se pudo observar que el 40,82% (40/98) de las mujeres utilizaron anticoncepción hormonal por más de un año. Las mujeres que utilizaron el método durante 6 meses antes de cambiar de método correspondieron al 21,43% (21/98) (Tabla 17, Figuras 28 y 29).

En cuanto a las variables motivo de cambio del método anticonceptivo hormonal, se evidenció que el 48,98% (48/98) mujeres cambiaron de método por decisión propia y el 51,02% (50/98) lo hicieron por consejo médico. En función de la razón de cambio, se

observó que el 64,29% (63/98) cambiaron el método por la presencia de efectos adversos, debido a la dificultad de cumplimiento del tratamiento un 21,43% (21/98) cambiaron el método, seguido por un 12,24% (12/98) por la falta de disponibilidad del método. Adicionalmente, se evidenció que otras razones reportadas para cambio en menor porcentaje fueron presencia de quistes ováricos y ligadura tubárica, con el 1,02% (1/98) respectivamente (Tabla 18, Figuras 30 y 31).

Al analizar la razón de cambio en función del tipo de anticonceptivo utilizado, se observó que de las 51 pacientes que utilizaban anticonceptivos orales, el 62,75% (32/51) presentaban algún efecto adverso. El 27,45% (14/51) cambiaron de método por dificultad de cumplimiento, mientras que el 9,80% (5/51) lo hizo por falta de disponibilidad del método. De las 24 usuarias de métodos anticonceptivos inyectables, el 70,83% (17/24) cambiaron de método por presencia de efecto adverso, el 25% (6/24) cambio de método por dificultad de cumplimiento, y el 4,17% (1/24) cabio por falta de disponibilidad. En las pacientes que utilizaron el implante subdérmico, se observó que el 60,87% (14/23) de ellas cambiaron el método debido a presencia de efectos adversos. El 26,09% (6/23) cambiaron por falta de disponibilidad de método. Los motivos de cambio con menor frecuencia reportados por estas usuarias, fueron la presencia de quiste ovárico, la dificultad en el cumplimiento y deseo de ligadura tubárica, cada uno con el 4,35% (1/23) (Tabla 19).

Se pudo observar que dentro de los efectos adversos más frecuentes se encontraba la cefalea con un 34,38% (22/64), en segundo lugar se encontró el sangrado con un 23,44% (15/64), seguido del aumento de peso con un 20,31% (13/64) (Tabla 20, Figura 32).

Se observó que de las 98 pacientes que cambiaron de método anticonceptivo, el 65,30% (64/98) presentaron efectos adversos. De éstas, el 47,96% (47/64) se encontraban en el grupo etario de ≤ 30 años, y mayores a 30 años fue el 26,56% (17/64). No se evidenció asociación entre estas variables (*Test de Fisher* = 0,453). Adicionalmente se observó que

el 52,04% (51/98) de mujeres utilizaban anticonceptivos orales, el 24,48% (24/98) anticonceptivos inyectables y el 23,46% (23/98) implante subdérmico (Tabla 21).

De las 51 pacientes que utilizaban anticonceptivos orales, 35 de ellas correspondían al grupo etario ≤ 30 años y 16 representaban a las mujeres de > 30 años. Dentro de las 33 mujeres que presentaron efectos adversos, el 63,64% (21/33) de las pacientes se encontraban en el grupo etario ≤ 30 años, mientras que el 36,36% (12/33) pertenecían al grupo etario de > 30 años. No se observó dependencia entre estas variables (*Test de Fisher* = 0,358) (Tabla 21).

En lo referente a las 24 mujeres usuarias de anticonceptivos inyectables, el 83,33% (20/24) correspondían al grupo etario ≤ 30 años y dentro del grupo etario > 30 años el 16,67% (4/24). Dentro de las 17 pacientes que presentaron efectos adversos, el 76,47% (13/17) se encontraban en el grupo etario ≤ 30 años y el 23,53% (4/17) eran mayores de 30 años. No se evidenció asociación entre estas variables (*Test de Fisher* = 0,283) (Tabla 21).

De las 23 mujeres usuarias del implante subdérmico, se observó que el 86,96% (20/23) correspondían al grupo etario de ≤30 años y el 13,04% (3/23) eran mayores de 30 años. De las 14 mujeres que presentaron efectos adversos, el 92,86% (13/14) pertenecía al grupo etario ≤30 años. No se encontró asociación entre dichas variables (p = 0,538) (Tabla 21).

De las 64 pacientes que presentaron algún tipo de efecto adverso, se evidenció el 52,04% (51/98) utilizaban anticonceptivos orales, el 24,49% (24/98) eran usuarias de anticonceptivos inyectables y el 23,46% (23/98) utilizaban implante subdérmico. No se evidenció asociación entre las variables (X^2 = 4,6; p = 0,331) (Tabla 22). En el caso de los anticonceptivos orales se observó que de las 33 mujeres que presentaron efectos adversos, el 30,30% (10/33) cambiaron de método anticonceptivo tras seis meses de uso. No se observó dependencia entre las variables (X^2 = 2,891; p = 0,576). De las 24

pacientes que utilizaron anticonceptivos inyectables, el 70,83% (17/24) presentaron efectos adversos. Se pudo evidenciar que el 29,41% (5/17) se presentó tanto en un año de uso como en más de un año. No se observó asociación entre las variables (X^2 = 1,152; p = 0,156). En las 23 pacientes que usaban implante subdérmico, el 60,86% (14/23) presentaron algún tipo de efecto adverso. El 64,28% (9/14) cambiaron de método después de haberlo usado por más año. No se evidenció asociación entre las variables (X^2 = 5,218; p = 0,156) (Tabla 22).

De las 91 pacientes que tenían conocimiento del método anticonceptivo utilizado, el 62,64% (57/91) presentaron algún efecto adverso. No se observó dependencia entre las variables (*Test de Fisher* = 0,092). El 60,78% (31/51) de las usuarias de anticonceptivos orales tenían un conocimiento sobre el método que utilizaban. No se evidenció asociación entre las variables (*Test de Fisher* = 0,534). Para los anticonceptivos inyectables el 62,50% (15/24) conocían sobre el método que usaban. No se observó dependencia entre las variables (*Test de Fisher* = 1,000). Dentro de las pacientes que utilizaban implante subdérmico, el 47,82% (11/23) conocían sobre el método utilizado. No se presentó asociación entre las variables (*Test de Fisher* = 0,253) (Tabla 23).

4.3. SUSPENSIÓN

Al analizar a las 103 pacientes que suspendieron el método anticonceptivo, se observó para las variables sociodemográficas, que el 62,14% (64/103) poseían instrucción secundaria. El 21,36% (22/98) educación de tercer nivel y el 16,50% (17/103) educación primaria. En relación al estado civil, se evidenció que el 39,81% (41/103) eran casadas, el 33,01% (34/103) se encontraban en unión libre, un 23,30% (24/103) corresponden a las mujeres solteras, y solamente 3,88% (4/103) son divorciadas. En cuanto a la ocupación, las amas de casa representan un 58,25% (60/103). Las mujeres comerciantes

representan un 19,42% (20/103), un 11,65% (12/103) corresponden a estudiantes (Tabla 24, Figuras 33-35).

En cuanto al deseo y presencia de hijos, se observó que el 28,16% (29/103) si deseaban tener hijos, y el 71,84% (74/103) de estas mujeres no. En lo que respecta a la presencia de hijos, el 93,20% (96/103) de las mujeres tenían al menos un hijo y el 6,80% (7/103) no tenían hijos (Tabla 25, Figuras 36 y 37). .

Respecto al conocimiento de las mujeres sobre el anticonceptivo hormonal utilizado, se pudo evidenciar que el 89,32% (92/103) conocían del método, y tan solo un 10,68% (11/103) no estaban informadas. En cuanto a la fuente que proporcionó la información, se pudo observar que el 76,70% (79/103) mujeres fueron informadas por un profesional de la salud. Dentro de los efectos adversos más prevalentes por las mujeres se observó que el 58,25% (60/103) la cefalea es el efecto adverso más conocido, seguido por el aumento de peso con un 25,24% (26/103). Mientras que los efectos adversos menos conocidos por las mujeres son la retención de líquidos con un 48,54% (50/103), seguido por el sangrado con un 18,45% (19/103) (Tabla 26, Figuras 38 y 39).

En lo que respecta a las variables tipo de anticoncepción hormonal utilizada, se evidenció que el 47,57% (49/103) utilizaron anticonceptivos orales, el 30,10% (31/103) utilizaron anticonceptivos inyectables, y el 22,33% (23/103) implante subdérmico. En cuanto al tiempo de uso del método anticonceptivo, se observó que el 47,57% (49/103) mujeres suspendieron el método luego de más de un año de usarlo. Además, se pudo observar en un 19,42% (20/103) que el método fue suspendido tras seis meses de uso, y un 17,48% (18/103) suspendieron el método tras un año de uso (Tabla 27, Figuras 40 y 41).

Se observó que el 77,67% (80/103) de las mujeres suspendieron el método anticonceptivo por decisión propia, mientras que el 22,33% (23/103) corresponde a las mujeres que suspendieron el método por consejo médico. En relación a la razón de suspensión se observó que el 59,22% (61/103) presentaron algún tipo de efecto adverso,

seguido por el 19,42% (20/103) suspendieron el método debido a embarazo (Tabla 28, Figuras 42 y 43).

Al analizar la razón de cambio en función del tipo de anticonceptivo hormonal utilizado, se observó que de las 49 usuarias de anticonceptivos orales, el 55,10% (27/49) suspendió el método por presencia de efectos adversos, seguido del 20,41% (10/49) suspendieron por estar embarazadas. En las 31 usuarias de anticonceptivos inyectables, se evidenció que el 64,52% (20/31) suspendieron el método debido a la presencia de efectos adversos. En el caso de las 23 usuarias del implante subdérmico, el 60,87% (14/23) presentó algún tipo de efecto adverso, seguido por el 21,74% (5/23) por embarazo (Tabla 29).

El tipo de efecto indeseable observado con mayor frecuencia fue la cefalea con un 40,32% (24/61). Seguido por alteraciones en el sangrado con un 17,74% (11/61) y el 16,13% (10/61) experimentaron aumento de peso (Tabla 30, Figura 44).

Del total de mujeres que suspendieron el método anticonceptivo, se observó que el 59,22% (61/103) presentaron algún tipo de efecto adverso. De éstas, el 65,57% (40/61) se encontraban en el grupo etario ≤30 años, y el 34,42% (21/61) fueron usuarias mayores de 30 años. Se pudo evidenciar una asociación leve entre la presencia de efectos adversos y los grupos etarios (*Test de Fisher* = 0,011, *V de Cramer* = 0,255). Adicionalmente, se observó que el 47,57% (49/103) usaban anticonceptivos orales, seguidas del 30,10% (31/103) que utilizaban anticonceptivos inyectables, y por último se encontraban las usuarias del implante subdérmico con un 22,33% (Tabla 31).

Al analizar independientemente a las pacientes que utilizaban anticonceptivos orales, se observó que el 55,10% (27/49) presentaron al menos un efecto adverso. De éstas, el 62,96% (17/27) correspondían al grupo etario ≤30 años, mientras que el 37,04% (10/27) eran mayores de 30 años. Se evidenció una asociación leve entre la presencia de efectos adversos y los grupos etarios (*Test de Fisher* = 0,024, *V de Cramer* = 0,323) (Tabla 31).

En las 31 pacientes que utilizaron anticonceptivos inyectables, el 64,51% (20/31) presentaron algún tipo de efecto adverso. De éstas, se evidenció que el 60,00% (12/20) se encontraban en el grupo etario ≤30 años, y las mayores de 30 años corresponden al 40,00% restante. No se observó dependencia entre las variables analizadas (*Test de Fisher* = 0,262) (Tabla 31).

De las 23 usuarias de implante subdérmico se observó que el 60,86% (14/23) presentaron efectos adversos. De éstas el 78,57% (11/14) se encontraban dentro del grupo etario de ≤30 años, y el 21,43% (3/14) eran mayores a 30 años. No se encontró dependencia entre las variables (*Test de Fisher* = 1,000) (Tabla 31).

En lo que respecta al tiempo de uso del método anticonceptivo y la presencia de efectos adversos (61 pacientes), el 47,54% suspendieron el método después de haberlo usado por más de un año, seguido del 22,95% y el 19,67% % de las usuarias que abandonaron el método, después de seis meses y un año de uso respectivamente. La suspensión del método después de un mes de uso solo se observó en una paciente. No se observó asociación entre las variables (X^2 = 2,891; p = 0,576) (Tabla 32). En el caso de los anticonceptivos orales se observó que de las 27 pacientes que presentaron efectos adversos, el 40,74% (11/27) cambiaron de método anticonceptivo tras haberlo usado por más de un año. No se observó dependencia entre las variables (X^2 = 2,533; p = 0,639). De las 31 usuarias que utilizaron anticonceptivos inyectables, el 64,51% (20/31) presentaron efectos adversos. Se pudo evidenciar que el 60,00% (12/20) abandonó el método después de usarlo por más de un año. No se observó asociación entre las variables (X^2 = 5,831; p = 0,212). En las 23 pacientes que usaban implante subdérmico, el 60,87% (14/23) presentaron algún tipo de efecto adverso. El 60,86% (6/14) cambiaron de método después de haberlo usado por más año. No se evidenció asociación entre las variables (X^2 = 5,107; p = 0,078) (Tabla 32).

De las 92 pacientes que tenían conocimiento del método anticonceptivo utilizado, el 57,61% (53/92) presentaron algún efecto adverso. No se observó dependencia entre las variables (*Test de Fisher* = 0,518). El 85,19% (23/27) de las usuarias de anticonceptivos orales tenían un conocimiento sobre el método que utilizaban. No se evidenció asociación entre las variables (*Test de Fisher* = 0,678). Para los anticonceptivos inyectables el 95,00% (19/20) conocían sobre el método que usaban. No se observó dependencia entre las variables (*Test de Fisher* = 1,000). Dentro de las pacientes que utilizaban implante subdérmico, el 78,57% (11/14) conocían sobre el método utilizado. No se presentó asociación entre las variables (*Test de Fisher* = 0,253) (Tabla 33).

CAPÍTULO V

5. DISCUSIÓN

En la presente investigación se planteó identificar los efectos adversos más prevalentes de los métodos anticonceptivos hormonales asociados con el cambio o abandono de dichos métodos. Adicionalmente se analizó variables sociodemográficas (nivel de educación, edad, ocupación, estado civil, ingreso económico), el conocimiento de las mujeres acerca de los métodos anticonceptivos hormonales utilizados, así como la fuente de información. Se tomó en cuenta variables acerca de planificación familiar (deseo de tener hijos, presencia de hijos), tipo de anticonceptivo hormonal utilizado y el tiempo de uso de dicho método. Dentro de las variables correspondientes a la razón de cambio o suspensión del método anticonceptivo hormonal utilizado se tomó en consideración; dificultad en el cumplimiento de tratamiento, presencia de efectos adversos, falta de disponibilidad del método anticonceptivo y embarazo. Adicionalmente, se analizó si el motivo de suspensión o cambio del método se debió a decisión propia o consejo médico.

En cuanto a las variables sociodemográficas, se observó que de las 201 mujeres encuestadas, pacientes de la consulta de planificación familiar del Centro de Salud de Conocoto el mínimo de edad fue 18 años con un máximo de 40 años y una moda de 24 años. En las tendencias extraídas de ENSANUT – ECU 2012, se encontró que durante el periodo dado entre los años 2007 y 2012, las mujeres dentro del grupo etario de 20 a 24 años tienen la tasa específica de fecundidad más alta. Después de estas mujeres se ubica el grupo etario de mujeres entre los 25 a 29 años. Este dato al correlacionarse con nuestra población podría significar que es justamente en este grupo etario en donde el uso de anticonceptivos aumenta en comparación con mujeres de mayor o menor edad. Cabe recalcar, que la fecundidad de la mujer empieza a disminuir a partir de los 30 años en adelante (Burney, Schust, & Yao, 2008). Es por este mismo hecho, que los métodos de planificación familiar son mayormente utilizados en mujeres menores de 30 años. Por

otra parte, esto se relaciona con la mayor presencia de efectos adversos justamente en este grupo etario. Es por eso, que en esta investigación se encontró que aquellas mujeres ≤ 30 años son aquellas que experimentaron mayormente efectos adversos en contraparte con aquellas pacientes mayores de 30 años. En lo referente al nivel de instrucción, se encontró que el 64% de ellas tenían un nivel secundario de educación. En base a su ocupación, el 53,7% de las mujeres eran amas de casa. En la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición realizada en Ecuador en el 2012, se observó a que a nivel nacional, el 73,7% de las madres ecuatorianas son mujeres casadas o unidas. En cuanto a la edad se observó que el 51,5% de las madres corresponden a mujeres en edades entre los 20 a 29 años. En lo que respecta al nivel de instrucción se observó que a nivel nacional el 42,3% de las madres ecuatorianas poseen un nivel secundario de educación. Seguido por el 37,1% correspondiente a las mujeres con educación primaria. En cuanto al nivel económico, ENSANUT- ECU 2012 menciona que la mayor proporción de nacidos vivos se da en mujeres que corresponden al quintil económico más pobre representado por un 26,2% (Freire, et al., 2015). Al comparar estos datos con el estudio realizado se observa que a pesar de que el universo en donde se realizó la investigación es menor y concentrado en una población no tan heterogénea, la realidad de la mujer ecuatoriana en el año 2017 es muy similar a lo encontrado en el 2012. En el caso del nivel de instrucción si bien la mayoría de la población encuestada tenía un nivel secundario de educación. Se observó que el siguiente grupo destacado fue de las mujeres con educación de tercer nivel que correspondió a un 20,40%. Se podría decir que eso se debe a que las mujeres encuestadas son mujeres quiteñas que corresponden al quintil económico más rico. Por lo tanto, con una mayor capacidad económica para tener una mejor educación. Se pudo observar que de las 201 pacientes, 117 no poseían ingreso económico debido a que la mayoría de ellas eran amas de casa. Es por este hecho, que el ingreso económico no fue tomado en cuenta como un factor sociodemográfico influyente en el comportamiento de las mujeres.

En lo que respecta a la planificación familiar, se obtuvo información acerca del deseo de hijos y la presencia de hijos en las familias de las mujeres encuestadas. En la presente investigación se observó que 74,13% de la totalidad de mujeres encuestadas no deseaban tener más hijos. En cuanto a la presencia de hijos, se pudo evidenciar que el 92,54% de dichas mujeres tienen uno más hijos en sus hogares. En la encuesta ENSANUT – ECU 2012, se evidenció que ha surgido un incremento en el porcentaje de mujeres que no desean tener más hijos. El 55,8% de las mujeres ecuatorianas que viven en la zona urbana no desean tener más hijos. En cuanto al número de hijos, ENSANUT – ECU 2012, pudieron observar que en el área urbana se registró 2,9 hijos por mujer (Freire, et al., 2015) . Esta información concuerda con la obtenida en la presente investigación, evidenciando que la mayoría de las mujeres que acuden a planificación familiar son aquellas que no desean más hijos. Adicionalmente, en el estudio "Contraceptive Use Among the Poor in Indonesia" se encontró que el número de hijos vivos tienen una asociación estadísticamente significativa con la decisión de las mujeres de utilizar anticonceptivos (Schoemaker, 2005).

En base a las variables que corresponden al conocimiento de las mujeres respecto a los anticonceptivos hormonales. Se pudo evidenciar que el 91,04% de las pacientes encuestadas conocían acerca del método anticonceptivo que utilizaban al momento. Adicionalmente, se observó que el 80,60% de las mujeres obtuvieron información acerca del método anticonceptivo por parte de un profesional de la salud. En referencia a los efectos adversos más conocidos por parte de las pacientes encuestadas. El 58,7% de las pacientes conocían acerca de la cefalea y 25,9% acerca del aumento de peso. En lo que respecta a los efectos adversos menos conocidos se observó que el 44,8% de las pacientes no conocían acerca de la retención de líquidos como efecto secundario de los métodos anticonceptivos hormonales. Al comparar el presente estudio con ENSANUT-ECU 2012, se observó que de las mujeres encuestadas entre 15 a 49 años en dicho año un 97,9% conocían acerca de al menos un anticonceptivo moderno. Además, se

menciona que el conocimiento acerca de los métodos anticonceptivos es mucho mayor en el área urbana (60,9%), comparado con el 30,2% correspondiente al área rural (Freire, et al., 2015). Esta información coincide con los resultados obtenidos en la presente investigación. A pesar de esto, se observó que 2 pacientes de las 201 mujeres encuestadas no conocían acerca del método anticonceptivo utilizado o de los efectos adversos que estos podrían ocasionar.

En el estudio “Anticonceptivos orales: causas de abandono, mitos y efectos adversos” realizado en Argentina, en el servicio de Ginecología de los centros de atención tanto privada como pública entre diciembre del 2011 a mayo del 2012. Observaron que, de las 260 pacientes encuestadas, 65,8% de ellas conocían acerca del aumento de peso como efecto secundario de los anticonceptivos hormonales. Un 43,5% de estas 260 pacientes conocían acerca de la cefalea y un 23,5% conocían acerca del sangrado intermenstrual. Adicionalmente, en este estudio también se evaluó los efectos adversos de los métodos anticonceptivos presentados por las mujeres. Se encontró dentro de los efectos adversos mayormente experimentados, el aumento de peso con 45,8%, cefalea 26,8%, la aparición de varices 20,3% y sangrado intermenstrual 18,3% (Foenquinos, 2012). En esta investigación, los efectos adversos mayormente conocidos por las pacientes fueron cefalea, y aumento de peso respectivamente. Dentro de los efectos secundarios experimentados por las pacientes, el 37,30% presentaron cefalea, el 20,60% alteraciones en el patrón de sangrado y el 18,30% aumento de peso. Si se relaciona el conocimiento de los efectos adversos con la presencia de los mismos, se puede observar que en el caso de la cefalea y el incremento de peso al ser los más experimentados, están dentro de los más conocidos por las pacientes. A pesar, de que las alteraciones en el sangrado constan como parte de los efectos adversos más presentados, el conocimiento del mismo representa únicamente el 18,60% de las 199 mujeres que conocían acerca de los efectos secundarios. En el estudio “Does structured counselling influence combined hormonal contraceptive choice?” realizado en mujeres belgas de entre 18 a 40 años, pudieron

observar que el 40% de las mujeres en estudio tenían preguntas o problemas con el método usado en ese momento. Adicionalmente, el 29% de estas mujeres consideraban iniciar o cambiar el método anticonceptivo. En este estudio evidenciaron que un buen asesoramiento acerca de los métodos anticonceptivos hormonales influencia la decisión de las mujeres sobre el tipo de anticoncepción a utilizarse (Merckx, Donders, Grandjean, Van de Sande, & Weyers, 2011).

El método anticonceptivo hormonal de mayor elección entre las pacientes encuestadas fue la anticoncepción oral representado por el 49,75%. El uso de anticonceptivos inyectables representó el 27,36% y finalmente el 22,89% de las mujeres refirieron utilizar el implante subdérmico como método de elección. En ENSANUT–ECU 2012 se encontró que para el año 2012, la esterilización femenina era el método mayormente utilizado por las mujeres casadas o unidas de entre 15 a 49 años. A pesar de esto, dentro de los métodos hormonales, la anticoncepción oral representó un 11,2% seguida por la inyección con un 10,8%, el implante con un 5,7% y el dispositivo intrauterino con un 5,1%. Es importante recalcar que dentro de la muestra seleccionada para la presente investigación no se tomó en cuenta a aquellas mujeres que utilicen como métodos anticonceptivos la ligadura tubárica ni la T de cobre. Únicamente se incluyó a aquellas pacientes que hayan utilizado anticoncepción hormonal. A pesar de eso, se observa que la anticoncepción oral es la primera elección para las mujeres al hablar de anticoncepción hormonal. Al relacionar el tipo de método anticonceptivo utilizado con la presencia de efectos adversos, se pudo observar que las usuarias de anticoncepción hormonal experimentan mayormente cefalea. Al hablar de anticoncepción inyectable, el aumento de peso es el efecto adverso mayormente experimentado en estas pacientes. En el caso del implante subdérmico, se observó que el efecto secundario principalmente reportado fueron las alteraciones en el patrón de sangrado. Estos hallazgos concuerdan con el artículo “Managing Adverse Effects on Hormonal Contraceptives” en donde se menciona que tras la revisión de varias fuentes bibliográficas ciertos efectos están fuertemente

asociados con los diversos tipos de anticoncepción hormonal. Además, mencionan la importancia de educar al paciente acerca de la duración de los efectos secundarios los cuales persisten durante los primeros 3 a 5 meses. A pesar de que la presencia de efectos adversos es un evento pasajero, mayoritariamente, en una encuesta poblacional se encontró que el 64,6% de las mujeres descontinuaron el método por la presencia de efectos adversos (Grossman Barr, 2010). Empero, en la guía de práctica clínica "Canadian Contraception Consensus Part 4 of 4 Chapter 9: Combined Hormonal Contraception" se encontró, que dentro de las mayores razones para descontinuar la anticoncepción oral el sangrado representó un 12% comparado con la cefalea que constituyó el 4% (Black, et al., 2017b). En los inyectables de progestina sola se encontró que la mayor causa de descontinuación en las usuarias de este método fue sangrado anormal entre 8 a 66%. Por otra parte, se reportó que el 40% de las mujeres descontinuaron dicho método debido al aumento de peso (Black, et al., 2017b). Así mismo, en el caso del implante subdérmico, la mayor causa de abandono se relaciona con alteraciones en los patrones de sangrado haciéndolos más prolongados (Black, et al., 2017b).

En el estudio "What Differentiates Method Stoppers from Switchers? Contraceptive Discontinuation and Switching Among Honduran Women", realizaron una primera encuesta entre Octubre a Noviembre del 2006 y una encuesta subsiguiente un año después. Las mujeres elegidas para dicho estudio fueron pacientes de cuatro áreas urbanas de Honduras entre 15 a 44 años. De las 273 pacientes que descontinuaron el método anticonceptivo, 117 cambiaron y 156 suspendieron el método utilizado. Dentro de las variables sociodemográficas, hallaron que el 58,1% de las mujeres que cambiaron de método anticonceptivo fueron aquellas pacientes entre 15 a 24 años. En el caso de las mujeres que suspendieron el método anticonceptivo, el 47,4% correspondió a aquellas pacientes de entre 25 a 34 años. En la variable correspondiente al nivel de educación, evidenciaron que el 57,3% de las mujeres que cambiaron de método anticonceptivo

tenían educación primaria completa. Además observaron que el 68,6% de las mujeres que abandonaron correspondían igualmente a un nivel primario de educación. Respecto al estado civil, más del 80% de las mujeres que cambiaron o suspendieron el método anticonceptivo eran mujeres casadas o unidas. En las variables relacionadas a planificación familiar, el 54,7% de las mujeres que cambiaron de método tenían uno o ningún hijo. El 57,7% de las mujeres que suspendieron el método tenían dos o más hijos. En cuanto al deseo de tener más hijos, el 55,6% de mujeres deseaban otro hijo después de dos años. El 35,9% de pacientes que cambiaron de método no deseaban más hijos. En lo que concerniente al método más utilizado, se pudo ver que tanto entre las mujeres que cambiaron o suspendieron el método, la anticoncepción inyectable fue el método de elección. En relación al tiempo de uso del método, el 23,1% de estas pacientes cambiaron de método en un tiempo menor o igual a un año. El 46,8% de las pacientes que suspendieron el método eran mujeres que utilizaban por primera vez dicho anticonceptivo. En cuanto a los efectos adversos, fueron tomados en cuenta la presencia de cefalea, amenorrea y sangrado abundante. La única asociación significativa en esta variable fue la presencia de sangrado abundante, durante el periodo de estudio, representado por un 30,8% de mujeres que cambiaron de método. En las mujeres que suspendieron el método utilizado, la cefalea (29,5%) obtuvo el mayor porcentaje comparado con amenorrea y sangrado abundante (Barden-O'Fallon & Speizer, 2011).

A pesar de no haberse encontrado asociaciones estadísticamente significativas en esta investigación, se evidenció lo siguiente en función del cambio o suspensión del método anticonceptivo. El 64,18% de las pacientes encuestadas poseían educación secundaria, por tal motivo, es este nivel de instrucción el de mayor porcentaje en las mujeres que cambiaron así como en quienes suspendieron el método. En cuanto a la variable correspondiente a la edad, se observó que tanto cambio como suspensión se dieron mayoritariamente en mujeres ≤ 30 años. Sin embargo, se observó que los picos de edad en donde más se dio la suspensión fueron en mujeres de 24 y de 30 años. En las

mujeres que cambiaron de método se observó dos picos igualmente, uno a los 23 años y otro a los 26 años. En lo que respecta a la suspensión relacionada con el grupo etario y la presencia de efectos adversos. Se observó dependencia entre el uso de anticonceptivos orales, grupos etarios y la presencia de efecto adverso. En función de los grupos etarios, el 75,51% de las usuarias de anticonceptivos orales eran ≤ 30 años versus el 24,49% que correspondían a mujeres mayores de 30 años. En cuanto a la presencia de efectos adversos, se observó que el 55,10% presentaron algún efecto adverso con los anticonceptivos orales y un 44,90% no presentaron ningún efecto adverso. Basándonos en la premisa previa, se puede decir que las mujeres mayores de 30 años tienen mayor probabilidad de presentar efectos adversos con los anticonceptivos orales. Empero, debe tomarse en cuenta que la distribución de la muestra no es equitativa, debido al predominio de pacientes correspondientes al grupo etario ≤ 30 años. En lo relacionado al estado civil se observó que tanto cambio como suspensión se dio mayoritariamente en aquellas pacientes casadas o unidas. En las variables correspondientes a planificación familiar, se evidenció que tanto las mujeres que cambiaron o suspendieron el método, tenían hijos en el hogar y no deseaban más.

En este estudio, el 64,29% de las usuarias de anticonceptivos hormonales cambiaron el método debido a la presencia de efectos adversos. Otros motivos destacados fueron la dificultad en el cumplimiento del tratamiento (21,43%) y la falta de disponibilidad del método anticonceptivo (12,24%). Otras razones de cambio reportadas en menor porcentaje fueron la presencia de quistes ováricos y preferencia de ligadura tubárica. El efecto adverso mayormente presentado en las pacientes que cambiaron de método, fue cefalea con un 34,38% seguido por sangrado con 23,44% y aumento de peso con 20,31%. En el caso de las pacientes que suspendieron el método, el 59,22% de estas mujeres refirieron la presencia de efectos adversos. El 19,42% de las pacientes que suspendieron el método refirieron como razón de suspensión el embarazo. El principal efecto adverso experimentado por las pacientes que suspendieron el anticonceptivo fue

la cefalea con un 40,32%. Otros efectos secundarios reportados en estas pacientes fueron; sangrado (17,74%) y aumento de peso (16,13%). En función del método anticonceptivo más utilizado, pastilla anticonceptiva, tanto las mujeres que cambiaron como suspendieron el método lo hicieron tras seis meses de uso debido a cefalea.

Al comparar los resultados obtenidos con la investigación previamente mencionada, se puede observar las distintas realidades de las mujeres en dos países diferentes. Se podría decir que el método mayormente disponible dentro de nuestro sistema de salud es la pastilla anticonceptiva. Es este factor, el que hace que la mayoría de mujeres lo utilicen por su mayor disponibilidad y conocimiento. Conjuntamente, si bien la cefalea no es un efecto adverso específicamente delimitado a los anticonceptivos orales, si es uno de los más experimentados por las usuarias de dicho método. Una observación interesante, es que a pesar de ser dos países con realidades distintas, el comportamiento de las mujeres es similar. La falta de información, asesoría y disponibilidad de mayor variedad de anticoncepción hace que las mujeres opten por suspender el anticonceptivo en lugar de cambiarlo. En cuanto a los efectos adversos, en nuestra población se observó que un alto porcentaje de mujeres presentan cefalea, alteraciones en el patrón de sangrado y aumento de peso. En lo que concierne al tiempo de uso, en la presente investigación, así como en el estudio realizado en Honduras (2011), la mayoría de mujeres suspenden o cambian el método en un periodo menor a un año. Esto posiblemente refleja que los problemas de adherencia a dichos tratamientos son mayormente evidentes en este tiempo. Haciendo que los primeros meses de uso del anticonceptivo sean los más importantes para fundamentar buenas bases educativas acerca de dicho método. Si la mujer es correctamente asesorada durante las primeras consultas, es mucho más probable que la adherencia al tratamiento sea mejor.

Es importante recalcar que este estudio presentó ciertas limitaciones. Una de las más importantes, fue el hecho de que el estudio fue realizado en una población pequeña que

comparte un nivel socioeconómico medio. Por tanto, la mayoría de pacientes compartían realidades socioeconómicas y educativas muy similares. Adicionalmente, el estudio fue hecho en un solo centro de salud. Esto impidió que se puedan comparar los diferentes escenarios de las usuarias de otro tipo de establecimientos.

A pesar de dichas limitaciones, los resultados de esta investigación dan un punto de vista inicial acerca de la vivencia de estas mujeres. Permitió explorar superficialmente el conocimiento de las pacientes sobre los métodos de planificación familiar y algunos de los factores importantes en la adherencia de estos tratamientos. Los efectos adversos, fueron uno de los eventos que mayoritariamente afectan la conducta de la mujer en relación a la adherencia al anticonceptivo utilizado. Sin embargo, no es este el único factor influyente en la conducta de las mujeres. Según una encuesta demográfica realizada en 15 países, observaron que entre el 7 a 27% de las mujeres que llevaban tan solo un año de uso de su método anticonceptivo, dejaron de utilizar dicho método por razones relacionadas con la calidad de atención en los servicios de planificación familiar. Adicionalmente, plantearon que el alto porcentaje de suspensión podría indicar la necesidad de mejorar la calidad de asesoría relacionada con los métodos de planificación familiar. Una educación de mejor calidad acerca de planificación familiar y una amplia disponibilidad de métodos anticonceptivos son componentes vitales. Esto, podría incrementar la posibilidad de que las mujeres cambien de método en lugar de suspender por completo el uso de anticoncepción (Blanc, Curtis, & Croft, 2002). Esta y otras variables podrían ser analizadas en un estudio más profundo que indague acerca de factores influyentes en la adherencia a los métodos de planificación familiar.

CAPÍTULO VI

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1. CONCLUSIONES

- En esta investigación realizada en mujeres sexualmente activas, de entre 18 a 40 años, pacientes de la consulta de planificación familiar del Centro de salud de Conocoto. Se encontró que los efectos adversos que se presentaron en mayor porcentaje fueron cefalea, seguida por sangrado y aumento de peso en aquellas pacientes que suspendieron así como en quienes cambiaron de método.
- No se encontró asociación estadísticamente significativa entre las variables sociodemográficas y el cambio o suspensión de métodos anticonceptivos hormonales. Sin embargo, se observó que las mujeres que acuden a la consulta de planificación familiar son pacientes casadas o unidas, menores de 30 años, con educación secundaria y amas de casa.
- Dentro de las razones de suspensión del método anticonceptivo, se encontró que la presencia de efectos adversos fue reportada como la más frecuente.
- De la totalidad de pacientes encuestadas, el mayor porcentaje de estas mujeres eran menores de 30 años. Se pudo observar picos de suspensión a los 24 y a los 30 años. En las pacientes que cambiaron de método anticonceptivo se observó dos picos a los 23 y otro a los 26 años.
- En las pacientes encuestadas, se evidenció que las mujeres de educación secundaria están representadas por el mayor porcentaje. Por tanto, las mujeres que cambiaron, así como aquellas que suspendieron el método fueron pacientes con educación de segundo nivel. Seguidas por mujeres con educación de tercer nivel y finalmente mujeres con educación primaria en menor porcentaje.
- El efecto adverso mayormente reportado como razón de cambio o suspensión del método fue cefalea. En segundo lugar, se observó que las alteraciones en el patrón

de sangrado son una razón para cambio así como suspensión. El aumento de peso fue registrado, en menor porcentaje, como uno de los efectos adversos más comunes para suspender o cambiar de método. Cabe recalcar que el porcentaje de suspensión fue mayor comparado con aquellas pacientes que cambiaron de método anticonceptivo. Por tal motivo, los porcentajes registrados de presencia de cefalea, sangrado y aumento de peso en aquellas pacientes que suspendieron fueron mayores a los registrados en las pacientes que cambiaron.

- En las mujeres encuestadas, se pudo observar que el mayor porcentaje de pacientes utilizan anticonceptivos orales, seguido por el uso de anticoncepción inyectable y finalmente el implante subdérmico.
- Respecto a la información que las pacientes recibieron, únicamente 2 pacientes no habían tenido información acerca del método anticonceptivo utilizado. El porcentaje más elevado correspondió a mujeres que obtuvieron información por parte del personal de salud acerca del anticonceptivo que usaban al momento. En un porcentaje menor, estuvieron las mujeres que obtuvieron información de fuentes externas como internet, amistades, entre otros. Dentro de los efectos adversos más conocidos, se reportó que la mayoría de las pacientes conocen o han escuchado acerca de cefalea y aumento de peso. No se encontró asociación estadísticamente significativa entre la información obtenida por las pacientes en función del cambio o suspensión del anticonceptivo hormonal.

6.2. RECOMENDACIONES

- Se sugiere la realización de un estudio de tipo cualitativo para un mejor análisis de los diversos factores que influyen en la adherencia de las mujeres al método anticonceptivo hormonal. Un estudio que pueda comparar diversas poblaciones con realidades diferentes y pueda proveer un mejor entendimiento acerca de las conductas de suspensión y cambio. Principalmente en el primer año de uso, en donde se presenta mayormente problemas relacionados con la adherencia. Inclusive, se recomienda que el estudio incluya un análisis de la calidad de información que las pacientes reciben por parte de los profesionales de salud y cómo esto impacta en las decisiones de dichas mujeres.
- Se recomienda establecer un programa o taller informativo, para las mujeres del centro de salud y sus parejas, acerca del funcionamiento de los métodos anticonceptivos disponibles. La importancia de una mejor educación de las pacientes que requieren de métodos anticonceptivos es uno de los pilares fundamentales en el éxito del tratamiento. Un taller explicativo que eduque a las mujeres acerca de la posibilidad de presentar efectos secundarios, recalcando que estos son un evento transitorio normalmente. La disponibilidad de este tipo de información para no solo mujeres adultas, sino inclusive para adolescentes podría disminuir la suspensión de los métodos anticonceptivos. La información que este taller pueda proveer debería incluir sugerencias acerca de que conducta deben tomar las mujeres en caso de que no se disponga del método anticonceptivo en el centro de salud. Adicionalmente, enriquecer este taller con conceptos básicos acerca de los beneficios de una planificación familiar anticipada y apegada a la realidad de cada mujer.
- Se sugiere fomentar la educación acerca de la planificación familiar y el uso de métodos anticonceptivos en colegios y universidades para cooperar con la formación de hombres y mujeres acerca de este tema. Adicionalmente, sería interesante el

planteamiento de políticas de salud que fomenten la gratuidad de los anticonceptivos y un abastecimiento apropiado de los diversos métodos.

BIBLIOGRAFÍA

Barden-O'Fallon, J., & Speizer, I. (2011). What differentiates method switchers from discontinuers? An examination of contraceptive discontinuation and switching among Honduran women. *International perspectives on sexual and reproductive health, 37*(1), 16-23. doi: 10.1363/3701611

Black, A., Guilbert, E., Costescu, D., Dunn, S., Fisher, W., Kives, S., et al. (2017a). Canadian Contraception Consensus (Part 3 of 4): Chapter 8 – Progestin-Only Contraception. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada, 38*(3), 279-300. doi: 10.1016/j.jogc.2015.12.003

Black, A., Guilbert, E., Costescu, D., Dunn, S., Fisher, W., Kives, S., et al. (2017b). No. 329-Canadian Contraception Consensus Part 4 of 4 Chapter 9: Combined Hormonal Contraception. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada, 39*(4), 229-268.e225. doi: 10.1016/j.jogc.2016.10.005

Blanc, A. K., Curtis, S. L., & Croft, T. N. (2002). Monitoring Contraceptive Continuation: Links to Fertility Outcomes and Quality of Care. *Studies in Family Planning, 33*(2), 127-140. doi: 10.1111/j.1728-4465.2002.00127.x

Brunton, L. L., Chabner, B. A., & Knollmann, B. C. (2012). Sección XII. Hormonas y sus antagonistas *Goodman & Gilman Las bases farmacológicas de la terapéutica* (12ª ed., pp. 1541-1572): McGraw-Hill.

Brunton, L. L., Lazo, J. S., & Parker, K. L. (2007). Estrógenos y Progestágenos *Las bases farmacologicas de la terapeutica* (pp. 1541-1572). México DF.: McGraw-Hill Interamericana.

Burney, R. O., Schust, D. J., & Yao, M. M. (2008). Infertilidad. In J. S. Berek (Ed.), *Genecología de Novak*: Wolters Kluwer.

Cardo Prats, E., & Baixauli Fernández, V. J. (2004). Anticonceptivos orales. *Offarm, 23*(9), 81-86.

Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloomm, S. L., Spong, C. Y., Dashe, J. S., Hoffman, B. L., et al. (2015). Anticoncepción *Wlliams Obstetricia* (pp. 712). México DF, México: McGraw-Hill.

de Alvear, M. T. (1990). *Anticoncepción y Reproducción: Consecuencias para la salud de mujeres y niños en el mundo en desarrollo*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Médica Panamericana.

DeCherney, A. H., Lauren, N., Laufer, N., & Roman, A. S. (2014). Anticoncepción y Planificación Familiar *Current Diagnosis & Treatment: Obstetrics & Gynecology* (pp. 935): McGraw-Hill.

Dvorkin, M. A., & Cardinalo, D. P. (2005). *Best & Taylor: Bases Fisiológicas de la Práctica Médica*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Panamericana S.A.

Escobar, J. L., Yépez, E., León, W., Caicedo, A., & Nieto, B. (Eds.). (2010). *Norma y Protocolo de Planificación Familiar*. Quito, Ecuador: Ministerio de Salud Pública
CONASA.

Ferreira, J. M., Nunes, F. R., Modesto, W., Gonçalves, M. P., & Bahamondes, L. (2014). Reasons for Brazilian women to switch from different contraceptives to long-acting reversible contraceptives. *Contraception, 89*(1), 17-21. doi: 10.1016/j.contraception.2013.09.012

Foenquinos, R. (2012). *Anticonceptivos orales: causas de abandono, mitos y efectos adversos.* Médico Grado, Universidad Abierta Interamericana, Rosario, Argentina.

Freire, W. B., Belmont, P., Mariño-Rivas, G., Larrea, A., Luzuriaga-Ramírez, M. J., Jaramillo-Silva, K., et al. (2015). Planificación Familiar *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición: Salud Sexual y Reproductiva. ENSANUT-ECU 2012* (Primera ed., Vol. II, pp. 127-141). Quito, Ecuador: Ministerio de Salud Pública/Instituto Nacional de Estadística y Censos.

García-Delgado, P., Martínez-Martínez, F., Pintor-Mármol, A., Caelles-Franch, N., & Ibáñez-Fernández, J. (2014). Anticonceptivos Hormonales F. Martínez-Martínez & M. J. Faus-Dader (Eds.), *Guía de utilización de medicamentos* (pp. 70). Retrieved from http://www.ugr.es/~cts131/esp/guias/GUIA_ANTIHORMO.pdf

García-Sevillano, L., & Arranz-Madrigal, E. (2014). Estudio de las reacciones adversas de los anticonceptivos hormonales desde la farmacia comunitaria. *Pharmaceutical CARE, 16*(3), 98-109.

García, A., Aguirre, J., Roitter, C., Cecchetto, E., Paza-Díaz, M. d. l. C., Bernet, J., et al. (2008). Estrógenos y Progestágenos. Anticonceptivos Orales, from http://www.cfe-fcm.unc.edu.ar/archivos/apuntes2009/11_Estrogenos_progestagenos.pdf

Goldman, L., & Schafer, A. (2013). *Goldman-Cecil. Tratado de Medicina Interna* (24ª ed. Vol. 2): Elsevier España, S.A. .

Graham, J. D., & Clarke, C. L. (1997). Physiological Action of Progesterone in Target Tissues. *Endocrine Reviews, 18*(4), 502-519. doi: 10.1210/edrv.18.4.0308

Grossman Barr, N. (2010). Managing Adverse Effects of Hormonal Contraceptives. *American Family Physician, 82*(12), 1499-1506. Retrieved from https://www.aafp.org/afp/2010/1215/p1499.html

Hincapié García, J. A., Quintero Agudelo, M., Gaviria, J., Estupiñán Cabrera, H., & Amariles, P. (2013). Causas de abandono, cambio o fallo terapéutico de la anticoncepción hormonal en mujeres universitarias. *CES Medicina; Vol 27, No 2 (2013): CES Medicina*.

Hoffman, B., Schorge, J., & Schaffer, J. (2014). Ginecología General. Métodos anticonceptivos y esterilización *Williams Ginecología* (pp. 105-132). México DF, México: McGraw-Hill Interamericana.

Lete, I., Doval, J. L., Pérez-Campos, E., Sánchez-Borrego, R., Correa, M., de la Viuda, E., et al. (2007). Factors affecting women's selection of a combined hormonal contraceptive method: the TEAM-06 Spanish cross-sectional study. *Contraception, 76*(2), 77-83. doi: 10.1016/j.contraception.2007.04.014

Maitrot-Mantelet, L., Plu-Bureau, G., & Gompel, A. (2012). Anticoncepción. *EMC - Tratado de Medicina, 16*(4), 1-8. doi: https://doi.org/10.1016/S1636-5410(12)63413-8

Marshall, J. C. (2016). The Menstrual Cycle and Disorders of Ovulation *Endocrinology: Adult and Pediatric* (pp. 2231-2241.e2233). Philadelphia, USA: Elsevier.

Martínez-Astorquiza-Ortiz de Zarate, T., Díaz-Martín, T., & Martínez-Astorquiza-Corral, T. (2013). Evaluation of factors associated with noncompliance in users of combined hormonal contraceptive methods: a cross-sectional study: results from the MIA study. [journal article]. *BMC Women's Health, 13*(1), 38. doi: 10.1186/1472-6874-13-38

Merckx, M., Donders, G. G., Grandjean, P., Van de Sande, T., & Weyers, S. (2011). Does structured counselling influence combined hormonal contraceptive choice? *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care, 16*(6), 418-429. doi: 10.3109/13625187.2011.625882

OMS. (2011). Planificación Familiar: Un Manual Mundial para Proveedores *OMS*

OMS. (2018). Family planning/Contraception. *WHO Media Centre*, from http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/en/

Orizaba-Chávez, B., Alba-Jasso, G. A., & Ocharán-Hernández, M. E. (2013). Farmacocinética de la progesterona. *Rev. Hosp. Jua. Mex, 80*(1), 59-66. Retrieved from http://www.medigraphic.com/pdfs/juarez/ju-2013/ju131j.pdf

Pérez-Campos, E. F. (2014). Breve historia, situación y futuro de la anticoncepción hormonal combinada (AHC) *Anticoncepción Hormonal Combinada*. Barcelona: Sociedad Española de Contracepción (SEC).

Planificacion Familiar. (2017). *Organizacion Mundial de la Salud*.

PPFA. (2012). Historia de los métodos anticonceptivos. *Planned Parenthood Federation of America, Inc*. Retrieved from https://www.plannedparenthood.org/files/9913/9978/2156/bchistory_Spanish_2012.pdf

PPFA. (2015). The Birth Control Pill: A History. *Planned Parenthood Federation of America*. Retrieved from https://www.plannedparenthood.org/files/1514/3518/7100/Pill_History_FactSheet.pdf

Rebar, R. W., & Catherino, W. H. (2012). Reproductive Endocrinology and Infertility. In L. Goldman & A. Schafer (Eds.), *Goldman-Cecil. Tratado de Medicina Interna* (pp. 1585): Elsevier España, S.A. .

Schoemaker, J. (2005). Contraceptive Use among the Poor in Indonesia. *International Family Planning Perspectives, 31*(3), 106-114.

Skuy, P. (2000). The Museum on the History of Contraception. *Journal SOGC, 22*(4), 308-313. doi: https://doi.org/10.1016/S0849-5831(16)31536-1

Soriano Fernández, H., Rodenas García, L., & Moreno Escribano, D. (2010). Criterios de Elegibilidad de Métodos Anticonceptivos: Nuevas Recomendaciones. *Revista Clínica de Medicina de Familia, 3*, 206-216.

Stovall, D. W., & Strauss, J. F. (2009). Reproductive Health *Pharmacology and Therapeutics: Principal to Practice* (pp. 634). Philadelphia, USA: Elsevier.

UN-Women. (1995). *Beijing Declaration and Platform for Action, Fourth World Conference on Women*. Beijing, China: United Nations Entity for Gender Equality and the Empowerment of Women.

United Nations, Department of Economic and Social Affairs, & Population Division. (2015). *Trends in Contraceptive Use Worldwide 2015 (ST/ESA/SER.A/349)*.

Welt, C. K. (2017). Physiology of the normal menstrual cycle W. F. Crowley & D. Blake (Eds.), *UpToDate Inc* Retrieved from https://www.uptodate.com/contents/physiology-of-the-normal-menstrual-cycle?search=physiology%20of%20the%20normal%20menstrual%20cycle&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1

WHO. (2016). Selected practice recomendations for contraceptive use W. Library (Ed.)

Yen, S. S. C., Jaffe, R. B., & Barbieri, R. L. (2001). *Endocrinología de la reproducción*. Madrid, España: Editorial Médica Panamericana.

7. TABLAS

Tabla 4. Estadísticos descriptivos de las variables edad e ingreso económico (*n*=201)

	Años cumplidos	Ingreso económico
Válido	201	84
Perdidos	0	117
Media	26,98	362,86
Mediana	26	350
Moda	24	350
Desviación estándar	5,238	316,92
Mínimo	18	40
Máximo	40	2500

Tabla 5. Estadísticos descriptivos de las variables sociodemográficas nivel de escolaridad, estado civil y ocupación.

Variables Sociodemográficas		Frecuencia	Porcentaje
Escolaridad	Primaria	31	15,42
	Secundaria	129	64,18
	Universidad	41	20,4
	Total	201	100
Estado civil	Soltera	45	22,39
	Casada	80	39,8
	Divorciada	8	3,98
	Unión Libre	68	33,83
	Total	201	100
Ocupación	Ama de casa	108	53,73
	Estudiante	32	15,92
	Comerciante	41	20,4
	Empleada privada	3	1,49
	Profesora/Parvularia	2	1
	Personal de salud	5	2,49
	Otros	10	4,98
	Total	201	100

Tabla 6. Estadísticos descriptivos de las variables acerca del deseo y la presencia de hijos.

		Frecuencia	Porcentaje
Deseo de tener hijos	Si	52	25,87
	No	149	74,13
	Total	201	100,00
Presencia de hijos	Si	186	92,54
	No	15	7,46
	Total	201	100,00

Tabla 7. Estadísticos descriptivos de las variables relacionadas con el conocimiento de la mujer acerca del método anticonceptivo hormonal utilizado.

		Frecuencia	Porcentaje
Conocimiento sobre método anticonceptivo	Si	183	91,04
	No	18	8,96
	Total	201	100,00
Fuente que proporcionó la información	Profesional	162	80,6
	Autodidacta	22	10,95
	Ninguno	17	8,46
	Total	201	100,00
Efectos adversos más conocidos por la mujer	Cefalea	118	58,71
	Manchas en la cara	9	4,48
	Aumento de peso	52	25,87
	Sangrado	2	1,00
	Náuseas y Vómito	6	2,99
	Sensibilidad en mamas	1	0,50
	Falta de menstruación	10	4,98
	Acné	1	0,50
	No conoce	2	1,00
	Total	201	100,00
Efectos adversos menos conocidos por la mujer	Manchas en la cara	27	13,43
	Sangrado	37	18,41
	Retención de líquidos	90	44,78
	Náuseas y Vómito	7	3,48
	Sensibilidad en mamas	27	13,43
	Falta de menstruación	11	5,47
	No conoce	2	1,00
	Total	201	100,00

Tabla 8. Estadísticos descriptivos de las variables tipo de anticoncepción hormonal y tiempo de uso de método anticonceptivo (*n* = 201).

		Frecuencia	Porcentaje
Tipo de anticonceptivo hormonal	Anticonceptivos orales	100	49,75
	Anticonceptivos inyectables	55	27,36
	Implante subdérmico	46	22,89
	Total	201	100,00
Tiempo de uso anticonceptivo hormonal	Un mes	13	6,47
	Tres meses	22	10,95
	Seis meses	41	20,4
	Un año	36	17,91
	Más de un año	89	44,28
	Total	201	100,00

Tabla 9. Estadísticos descriptivos acerca de la presencia de efectos adversos en las pacientes (*n* = 201).

		Frecuencia	Porcentaje
Presencia de efectos adversos	Si	125	62,19
	No	76	37,81
	Total	201	100,00

Tabla 10. Estadísticos descriptivos de las variables tipo de efecto adverso presentado y grupos etarios (*n* = 125).

		Grupos etarios				Total
		≤ 30 años		> 30 años		
		Ind.	%	Ind.	%	
Efectos adversos presentados por las pacientes	Cefalea/ Dolor de cabeza	32	36,78	14	36,84	46
	Manchas en la cara	3	3,45	3	7,89	6
	Aumento de peso	12	13,79	11	28,95	23
	Sangrado	23	26,44	3	7,89	26
	Retención de líquidos	0	0,00	1	2,63	1
	Náuseas y vómito	4	4,60	1	2,63	5
	Sensibilidad en mamas	1	1,15	0	0,00	1
	Falta de menstruación	4	4,60	1	2,63	5
	Disminución de libido	1	1,15	0	0,00	1
	Disminución de peso	5	5,75	0	0,00	5
	Acné	1	1,15	2	5,26	3
	Otros	1	1,15	1	2,63	2
	Cefalea + Sangrado	0	0,00	1	2,63	1
	Total	87	100,00	38	100,00	125

Tabla 11. Estadísticos descriptivos de las variables tipo de efecto adverso presentado y tiempo de uso del método anticonceptivo hormonal (*n* = 125).

		Tiempo de uso				Total
		≤ 6 meses		> 6 meses		
		Ind.	%	Ind.	%	
Efectos adversos presentados por las pacientes	Cefalea/ Dolor de cabeza	19	40,43	27	34,62	46
	Manchas en la cara	2	4,26	4	5,13	6
	Aumento de peso	5	10,64	18	23,08	23
	Sangrado	9	19,15	17	21,79	26
	Retención de líquidos	1	2,13	0	0,00	1
	Náuseas y vómito	4	8,51	1	1,28	5
	Sensibilidad en mamas	1	2,13	0	0,00	1
	Falta de menstruación	1	2,13	4	5,13	5
	Disminución de libido	0	0,00	1	1,28	1
	Disminución de peso	1	2,13	4	5,13	5
	Acné	2	4,26	1	1,28	3
	Otros	1	2,13	1	1,28	2
	Cefalea + Sangrado	1	2,13	0	0,00	1
	Total	47	100	78	100	125

Tabla 12. Estadísticos descriptivos de las variables tipo de efecto adverso presentado y tipo de anticonceptivo hormonal (*n* = 125).

		Método anticonceptivo hormonal						Total
		Anticonceptivos Orales		Anticonceptivos inyectables		Implante subdérmico		
		Ind.	%	Ind.	%	Ind.	%	
Efectos adversos presentados por las pacientes	Cefalea/ Dolor de cabeza	35	59,32	8	21,62	3	10,34	46
	Manchas en la cara	3	5,08	2	5,41	1	3,45	6
	Aumento de peso	4	6,78	14	37,84	5	17,24	23
	Sangrado	4	6,78	4	10,81	18	62,07	26
	Retención de líquidos	1	1,69	0	0,00	0	0,00	1
	Náuseas y vómito	4	6,78	1	2,70	0	0,00	5
	Sensibilidad en mamas	1	1,69	0	0,00	0	0,00	1
	Falta de menstruación	1	1,69	3	8,11	1	3,45	5
	Disminución de libido	0	0,00	1	2,70	0	0,00	1
	Disminución de peso	1	1,69	3	8,11	1	3,45	5
	Acné	3	5,08	0	0,00	0	0,00	3
	Otros	1	1,69	1	2,70	0	0,00	2
	Cefalea + Sangrado	1	1,69	0	0,00	0	0,00	1
	Total	59	100,00	37	100,00	29	100,00	125

Tabla 13. Análisis bivariado entre cambio o suspensión y presencia de efectos adversos de anticonceptivo hormonal (*n* = 201).

		Suspensión		Cambio		Total
		Ind.	%	Ind.	%	
Presenta efectos adversos	Si	61	59,22	64	65,31	125
	No	42	40,78	34	34,69	76
	Total	103	100,00	98	100,00	201

T-Fisher: p = 0,387 ns

Tabla 14. Estadísticos descriptivos de las variables sociodemográficas en pacientes que cambiaron el método anticonceptivo (*n* = 98).

Variables Sociodemográficas		Frecuencia	Porcentaje
Escolaridad	Primaria	14	14,29
	Secundaria	65	66,33
	Universidad	19	19,39
	Total	98	100,00
Estado civil	Soltera	21	21,43
	Casada	39	39,80
	Divorciada	4	4,08
	Unión Libre	34	34,69
	Total	98	100,00
Ocupación	Ama de casa	48	48,98
	Estudiante	20	20,41
	Comerciante	21	21,43
	Empleada privada	2	2,04
	Personal de salud	4	4,08
	Otros	3	3,06
	Total	98	100,00

Tabla 15. Estadísticos descriptivos de las variables deseo y presencia de hijos en relación al cambio (*n* = 98).

		Frecuencia	Porcentaje
Deseo de tener hijos	Si	23	23,47
	No	75	76,53
	Total	98	100,00
Presencia de hijos	Si	90	91,84
	No	8	8,16
	Total	98	100,00

Tabla 16. Estadísticos descriptivos de las variables relacionadas con el conocimiento de la mujer acerca del método anticonceptivo hormonal utilizado en relación al cambio del método (*n* = 98).

		Frecuencia	Porcentaje
Conocimiento sobre método anticonceptivo	Si	91	92,86
	No	7	7,14
	Total	98	100,00
Fuente que proporcionó la información	Profesional	83	84,69
	Autodidacta	9	9,18
	Ninguno	6	6,12
	Total	98	100,00
Efectos adversos más conocidos por la mujer	Cefalea	58	59,18
	Manchas en la cara	4	4,08
	Aumento de peso	26	26,53
	Náuseas y Vómito	3	3,06
	Falta de menstruación	7	7,14
	Total	98	100,00
Efectos adversos menos conocidos por la mujer	Manchas en la cara	16	16,33
	Sangrado	18	18,37
	Retención de líquidos	40	40,82
	Náuseas y Vómito	2	2,04
	Sensibilidad en mamas	13	13,27
	Falta de menstruación	9	9,18
	Total	98	100,00

Tabla 17. Estadísticos descriptivos de las variables tipo de anticoncepción hormonal y tiempo de uso de método anticonceptivo en relación al cambio (*n* = 98).

		Frecuencia	Porcentaje
Tipo de anticonceptivo hormonal	Anticonceptivos orales	51	52,04
	Anticonceptivos inyectables	24	24,49
	Implante subdérmico	23	23,47
	Total	98	100
Tiempo de uso del anticonceptivo hormonal	Un mes	7	7,14
	Tres meses	12	12,24
	Seis meses	21	21,43
	Un año	18	18,37
	Más de un año	40	40,82
	Total	98	100

Tabla 18. Estadísticos descriptivos de las variables motivo y razón de cambio (*n* = 98).

		Frecuencia	Porcentaje
Motivo de cambio	Decisión propia	48	48,98
	Consejo médico	50	51,02
	Total	98	100,00
Razón de cambio	Dificultad en cumplimiento de tratamiento	20	21,43
	Presencia de efecto adverso	64	64,29
	Falta de disponibilidad del método anticonceptivo	12	12,24
	Quiste ovárico	1	1,02
	Ligadura	1	1,02
	Total	98	100,00

Tabla 19. Estadísticos descriptivos de la razón de cambio en función del tipo de anticonceptivos hormonales, presentados en las pacientes que cambiaron de método (*n* = 98).

Tipo de anticonceptivo hormonal		**Frecuencia**	**Porcentaje**
Anticonceptivos orales	Dificultad en cumplimiento de tratamiento	14	27,45
	Presencia de efecto adverso	32	62,75
	Falta de disponibilidad	5	9,80
	Total	51	100,00
Anticonceptivos inyectables	Dificultad en cumplimiento de tratamiento	6	25,00
	Presencia de efecto adverso	17	70,83
	Falta de disponibilidad	1	4,17
	Total	24	100,00
Implante subdérmico	Dificultad en cumplimiento de tratamiento	1	4,35
	Presencia de efecto adverso	14	60,87
	Falta de disponibilidad	6	26,09
	Quiste ovárico	1	4,35
	Ligadura	1	4,35
	Total	23	100,00

Tabla 20. Estadísticos descriptivos de los efectos adversos presentados en las pacientes que cambiaron de método anticonceptivo hormonal (*n* = 98).

	Frecuencia	**Porcentaje**
Cefalea	22	34,38
Manchas en la cara	3	4,69
Aumento de peso	13	20,31
Sangrado	15	23,44
Naúseas y vómito	1	1,56
Falta de menstruación	2	3,13
Disminución de peso	3	4,69
Acné	3	4,69
Otros	1	1,56
Dolor de cabeza + Sangrado	1	1,56
Total	64	100,00

Tabla 21. Análisis de contingencia entre grupo etario y presencia de efecto adverso, en función del tipo de método anticonceptivo (*n* = 98).

Tipo de anticoncepción hormonal		**Presencia de efecto adverso**		**Total**
		Si	No	
Anticonceptivos orales[a]	≤ 30 años	21	14	35
	> 30 años	12	4	16
	Total	33	18	51
Anticonceptivos inyectables[b]	≤ 30 años	13	7	20
	> 30 años	4	0	4
	Total	17	7	24
Implante subdérmico[c]	≤ 30 años	13	7	20
	> 30 años	1	2	3
	Total	14	9	23
Total[d]	≤ 30 años	47	28	75
	> 30 años	17	6	23
	Total	64	34	98

a) *T-Fisher* = 0,358 ns; b) *T-Fisher* = 0,283 ns; c) *T-Fisher* = 0,538 ns; d) *T-Fisher* = 0,453 ns

Tabla 22. Análisis de contingencia entre tiempo de uso y presencia de efecto adverso, en función del tipo de método anticonceptivo (*n* = 98).

Tipo de anticoncepción hormonal		Presencia de efecto adverso		Total
		Si	No	
Anticonceptivos orales[a]	Un mes	3	2	5
	Tres meses	5	2	7
	Seis meses	10	6	16
	Un año	7	1	8
	Más de un año	8	7	15
	Total	33	18	51
Anticonceptivos inyectables[b]	Un mes	2	0	2
	Tres meses	3	1	4
	Seis meses	2	1	3
	Un año	5	2	7
	Más de un año	5	3	8
	Total	17	7	24
Implante subdérmico[c]	Tres meses	0	1	1
	Seis meses	2	0	2
	Un año	3	0	3
	Más de un año	9	8	17
	Total	14	9	23
Total[d]	Un mes	5	2	7
	Tres meses	8	4	12
	Seis meses	14	7	21
	Un año	15	3	18
	Más de un año	22	18	40
	Total	64	34	98

a) $X^2 = 2{,}891$, $p = 0{,}576^{ns}$; b) $X^2 = 1{,}152$, $p = 0{,}156^{ns}$; c) $X^2 = 5{,}218$, $p = 0{,}156^{ns}$; d) $X^2 = 4{,}600$, $p = 0{,}331^{ns}$

Tabla 23. Análisis de contingencia entre conocimiento y presencia de efecto adverso, en función del tipo de método anticonceptivo (*n* = 98).

Tipo de anticoncepción hormonal		Presencia de efecto adverso		Total
		Si	No	
Anticonceptivos orales[a]	Conoce	31	18	49
	No conoce	2	0	2
	Total	33	18	51
Anticonceptivos inyectables[b]	Conoce	15	7	22
	No conoce	2	0	2
	Total	17	7	24
Implante subdérmico[c]	Conoce	11	9	20
	No conoce	3	0	3
	Total	14	9	23
Total[d]	Conoce	57	34	91
	No conoce	7	0	7
	Total	64	34	98

a) *T-Fisher:* $p = 0{,}534^{ns}$; b) *T-Fisher* $p = 1{,}000^{ns}$; c) *T-Fisher* $p = 0{,}253^{ns}$; d) *T-Fisher* $p = 0{,}092^{ns}$

Tabla 24. Estadísticos descriptivos de las variables sociodemográficas nivel de escolaridad, estado civil y ocupación en relación a la suspensión (*n* = 103).

Variables Sociodemográficas		Frecuencia	Porcentaje
Escolaridad	Primaria	17	16,5
	Secundaria	64	62,14
	Universidad	22	21,36
	Total	103	100
Estado civil	Soltera	24	23,3
	Casada	41	39,81
	Divorciada	4	3,88
	Unión Libre	34	33,01
	Total	103	100,00
Ocupación	Ama de casa	60	58,25
	Estudiante	12	11,65
	Comerciante	20	19,42
	Empleada privada	1	0,97
	Profesora/Parvularia	2	1,94
	Personal de salud	1	0,97
	Otros	7	6,8
	Total	103	100,00

Tabla 25. Estadísticos descriptivos de las variables acerca del deseo y la presencia de hijos en relación a la suspensión (*n* = 103).

		Frecuencia	Porcentaje
Deseo de tener hijos	Si	29	28,16
	No	74	71,84
	Total	103	100,00
Presencia de hijos	Si	96	93,20
	No	7	6,80
	Total	103	100,00

Tabla 26. Estadísticos descriptivos de las variables relacionadas con el conocimiento de la mujer acerca del método anticonceptivo hormonal utilizado en relación a la suspensión del método (*n* = 103).

		Frecuencia	Porcentaje
Conocimiento sobre método anticonceptivo	Si	92	89,32
	No	11	10,68
	Total	103	100,00
Fuente que proporcionó la información	Profesional	79	76,70
	Autodidacta	13	12,62
	Ninguno	11	10,68
	Total	103	100,00
Efectos adversos más conocidos por la mujer	Cefalea	60	58,25
	Manchas en la cara	5	4,85
	Aumento de peso	26	25,24
	Sangrado	2	1,94
	Náuseas y vómito	3	2,91
	Sensibilidad en mamas	1	0,97
	Falta de menstruación	3	2,91
	Acné	1	0,97
	No conoce	2	1,94
	Total	103	100,00
Efectos adversos menos conocidos por la mujer	Manchas en la cara	11	10,68
	Sangrado	19	18,45
	Retención de líquidos	50	48,54
	Náuseas y vómito	5	4,85
	Sensibilidad en mamas	14	13,59
	Falta de menstruación	2	1,94
	No conoce	2	1,94
	Total	103	100,00

Tabla 27. Estadísticos descriptivos de las variables tipo de anticoncepción hormonal y tiempo de uso de método anticonceptivo en relación a la suspensión (*n* = 103).

		Frecuencia	Porcentaje
Tipo de anticonceptivo hormonal	Anticonceptivos orales	49	47,57
	Anticonceptivos inyectables	31	30,10
	Implante subdérmico	23	22,33
	Total	103	100
Tiempo de uso del anticonceptivo hormonal	Un mes	6	5,83
	Tres meses	10	9,71
	Seis meses	20	19,42
	Un año	18	17,48
	Más de un año	49	47,57
	Total	103	100

Tabla 28. Estadísticos descriptivos de las variables motivo y razón de suspensión (*n* = 103).

		Frecuencia	Porcentaje
Motivo de suspensión	Decisión propia	80	77,67
	Consejo del médico	23	22,33
	Total	103	100,00
Razón de suspensión	Dificultad en cumplimiento de tratamiento	10	9,71
	Presencia de efecto adverso	61	59,22
	Falta de disponibilidad del método anticonceptivo	2	1,94
	Embarazo	20	19,42
	Falta de pareja estable	3	2,91
	Descanso hormonal	1	0,97
	No me agrada el método	2	1,94
	Mala colocación del implante	3	2,91
	Dolor de espalda	1	0,97
	Total	103	100,00

Tabla 29. Estadísticos descriptivos de la razón de suspensión en función del tipo de anticonceptivos hormonales, presentados en las pacientes que suspendieron el método (*n* = 103)

		Frecuencia	Porcentaje
Anticonceptivos orales	Dificultad en cumplimiento de tratamiento	9	18,37
	Presencia de efecto adverso	27	55,10
	Falta de disponibilidad del método	1	2,04
	Embarazo	10	20,41
	Falta de pareja estable	1	2,04
	No me agrada el método	1	2,04
	Total	49	100,00
Anticonceptivos inyectables	Dificultad en cumplimiento de tratamiento	1	3,23
	Presencia de efecto adverso	20	64,52
	Falta de disponibilidad del método	1	3,23
	Embarazo	5	16,13
	Falta de pareja estable	1	3,23
	Descanso Hormonal	1	3,23
	No me agrada el método	1	3,23
	Dolor de espalda	1	3,23
	Total	31	100,00
Implante subdérmico	Presencia de efecto adverso	14	60,87
	Embarazo	5	21,74
	Falta de pareja estable	1	4,35
	Mala colocación del implante	3	13,04
	Total	23	100,00

Tabla 30. Estadísticos descriptivos de los efectos adversos presentados en las pacientes que suspendieron el método anticonceptivo hormonal (*n* = 103).

	Frecuencia	Porcentaje
Cefalea	24	40,32
Manchas en la cara	3	4,84
Aumento de peso	10	16,13
Sangrado	11	17,74
Retención de líquidos	1	1,61
Náuseas y vómito	4	6,45
Sensibilidad en mamas	1	1,61
Falta de menstruación	3	4,84
Disminución de libido	1	1,61
Disminución de peso	2	3,23
Otros	1	1,61
Total	61	100,00

Tabla 31. Análisis de contingencia entre grupo etario y presencia de efecto adverso, en función del tipo de método anticonceptivo (*n* = 103).

Tipo de anticoncepción hormonal		Presencia de efecto adverso		Total
		Si	No	
Anticonceptivos orales[a]	≤ 30 años	17	20	37
	> 30 años	10	2	12
	Total	27	22	49
Anticonceptivos inyectables[b]	≤ 30 años	12	9	21
	> 30 años	8	2	10
	Total	20	11	31
Implante subdérmico[c]	≤ 30 años	11	8	19
	> 30 años	3	1	4
	Total	14	9	23
Total[d]	≤ 30 años	40	37	77
	> 30 años	21	5	26
	Total	61	42	103

a) *T-Fisher* = 0,024*, *V de Cramer* = 0,323, *p* = 0,024*; b) *T-Fisher* = 0,262 ns; c) *T-Fisher* = 1,000 ns; d) *T-Fisher* = 0,011*, *V de Cramer* = 0,255, *p* = 0,011*.

Tabla 32. Análisis de contingencia entre tiempo de uso y presencia de efecto adverso, en función del tipo de método anticonceptivo (*n* = 103).

Tipo de anticoncepción hormonal		Presencia de efecto adverso		Total
		Si	No	
Anticonceptivos orales[a]	Un mes	1	3	4
	Tres meses	3	4	7
	Seis meses	6	4	10
	Un año	6	3	9
	Más de un año	11	8	19
	Total	27	22	49
Anticonceptivos inyectables[b]	Un mes	0	2	2
	Tres meses	2	1	3
	Seis meses	5	2	7
	Un año	1	2	3
	Más de un año	12	4	16
	Total	20	11	31
Implante subdérmico[c]	Seis meses	3	0	3
	Un año	5	1	6
	Más de un año	6	8	14
	Total	14	9	23
Total[d]	Un mes	1	5	6
	Tres meses	5	5	10
	Seis meses	14	6	20
	Un año	12	6	18
	Más de un año	29	20	49
	Total	61	42	103

a) $X^2 = 2{,}533$, $p = 0{,}639^{ns}$; b) $X^2 = 5{,}831$, $p = 0{,}212^{ns}$; c) $X^2 = 5{,}107$, $p = 0{,}078^{ns}$; d) $X^2 = 6{,}227$, $p = 0{,}183^{ns}$

Tabla 33. Análisis de contingencia entre conocimiento y presencia de efecto adverso, en función del tipo de método anticonceptivo (*n* = 103).

Tipo de anticoncepción hormonal		Presencia de efecto adverso		Total
		Si	No	
Anticonceptivos orales[a]	Conoce	23	20	43
	No conoce	4	2	6
	Total	27	22	49
Anticonceptivos inyectables[b]	Conoce	19	10	29
	No conoce	1	1	2
	Total	20	11	31
Implante subdérmico[c]	Conoce	11	9	20
	No conoce	3	0	3
	Total	14	9	23
Total[d]	Conoce	53	39	92
	No conoce	8	3	11
	Total	61	42	103

a) *T-Fisher* = 0,678 ns; b) *T-Fisher* = 1,000 ns; c) *T-Fisher* = 0,253 ns; d) *T-Fisher* = 0,518 n

8. FIGURAS

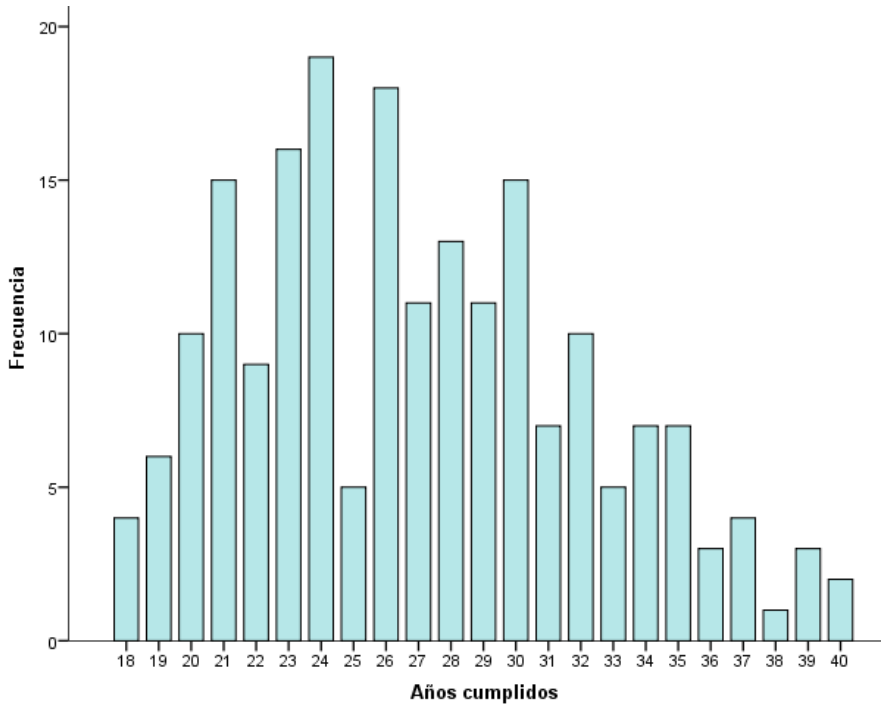


Figura 2. Distribución de las pacientes según su edad (años cumplidos).

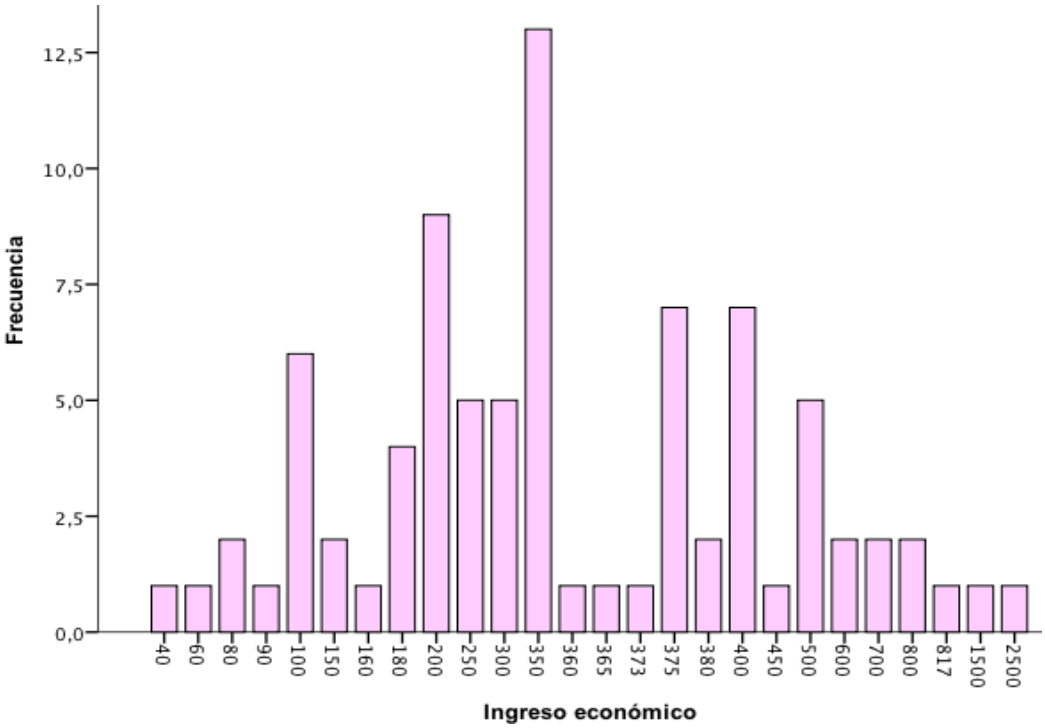


Figura 3. Distribución de las pacientes según ingreso económico (dólares al mes).

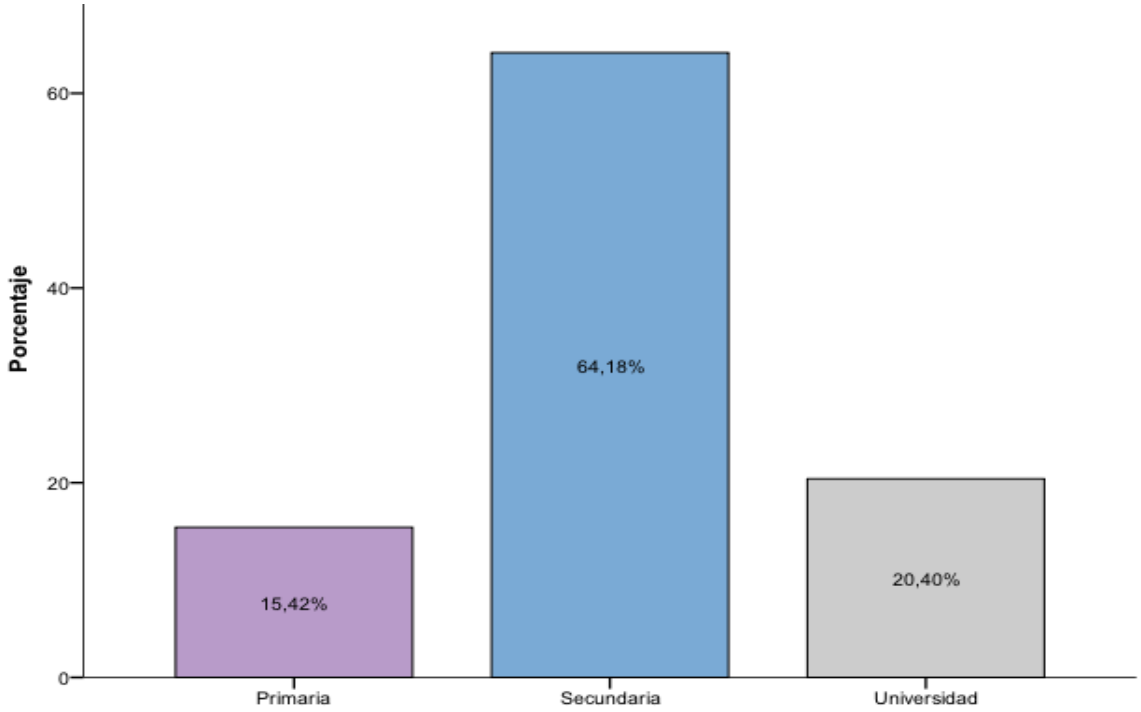


Figura 4. Distribución de las pacientes según nivel de escolaridad (*n* = 201).

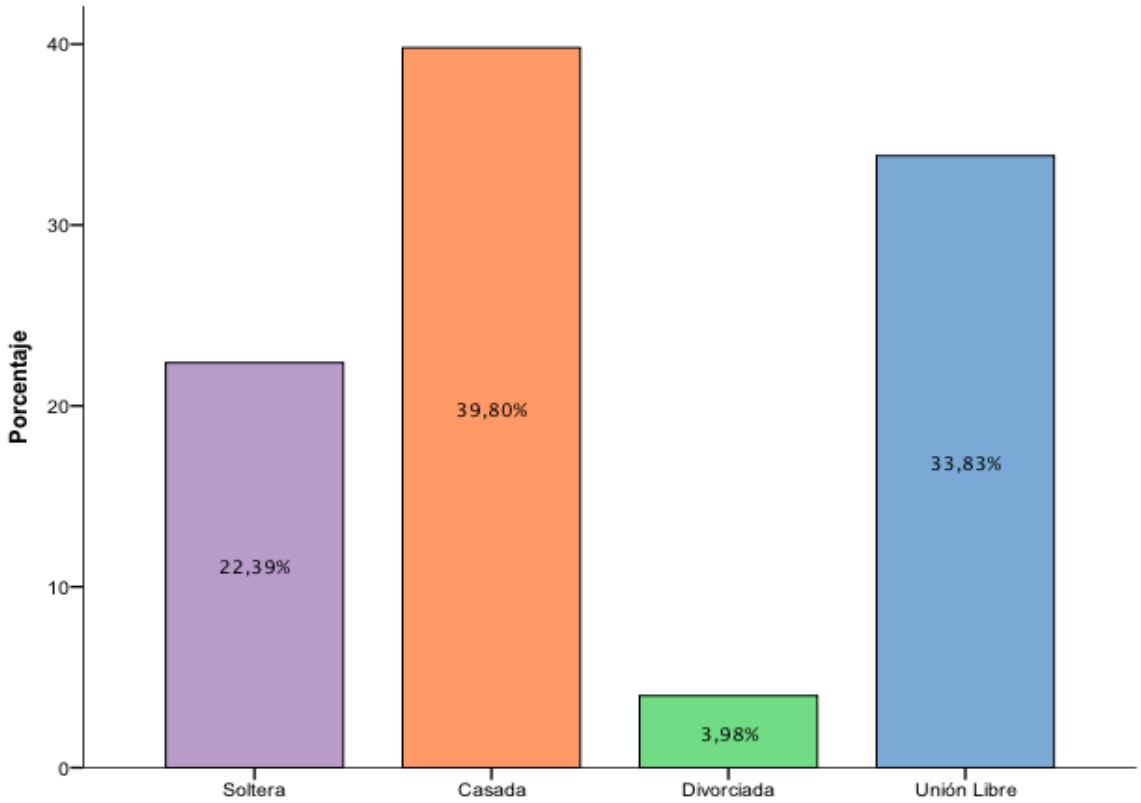


Figura 5. Distribución de las pacientes según estado civil (*n* = 201).

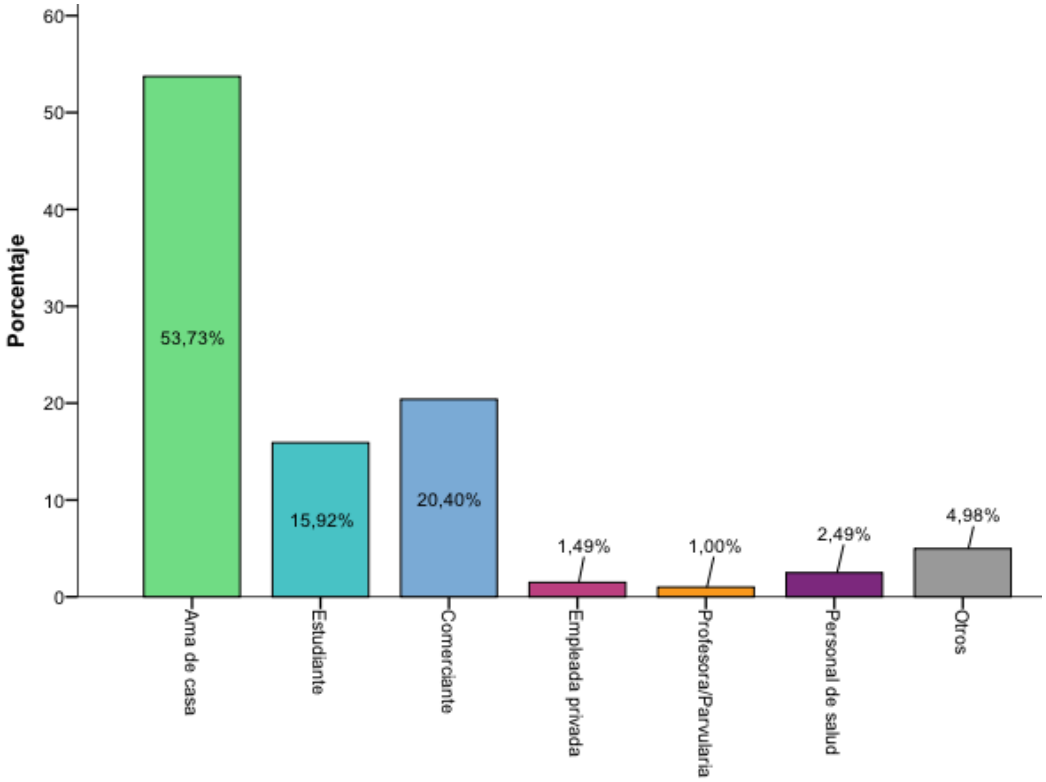


Figura 6. Distribución de las pacientes según su ocupación (*n* = 201).

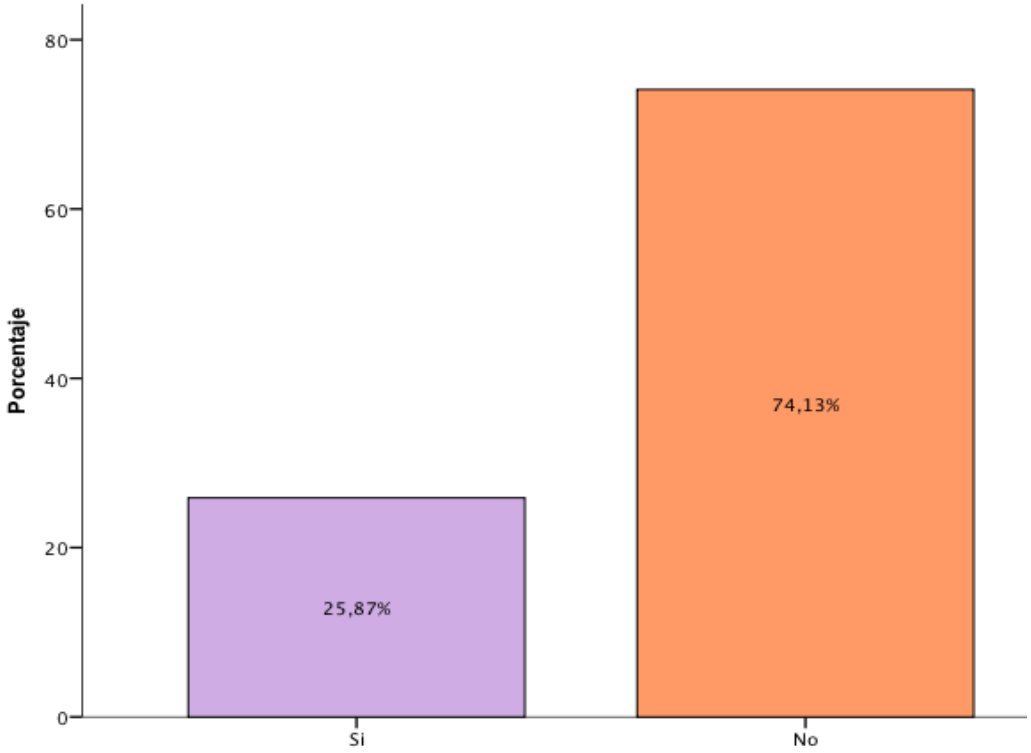


Figura 7. Distribución de las pacientes según deseo de tener hijos (*n* = 201).

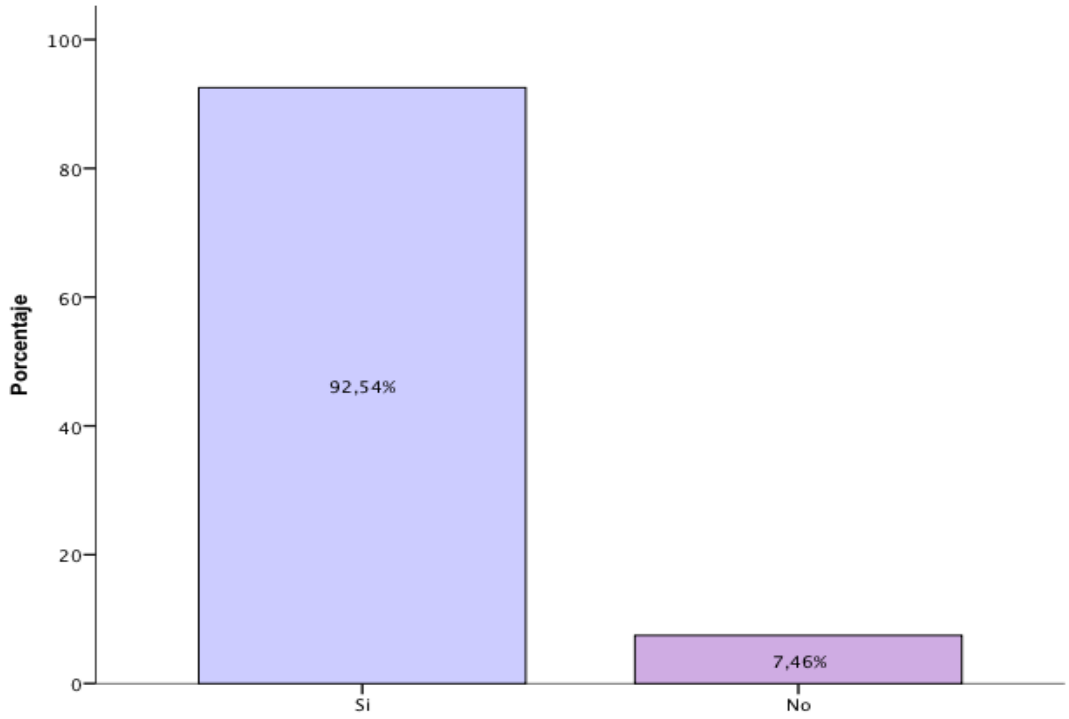


Figura 8. Distribución de las pacientes según presencia de hijos (*n* = 201).

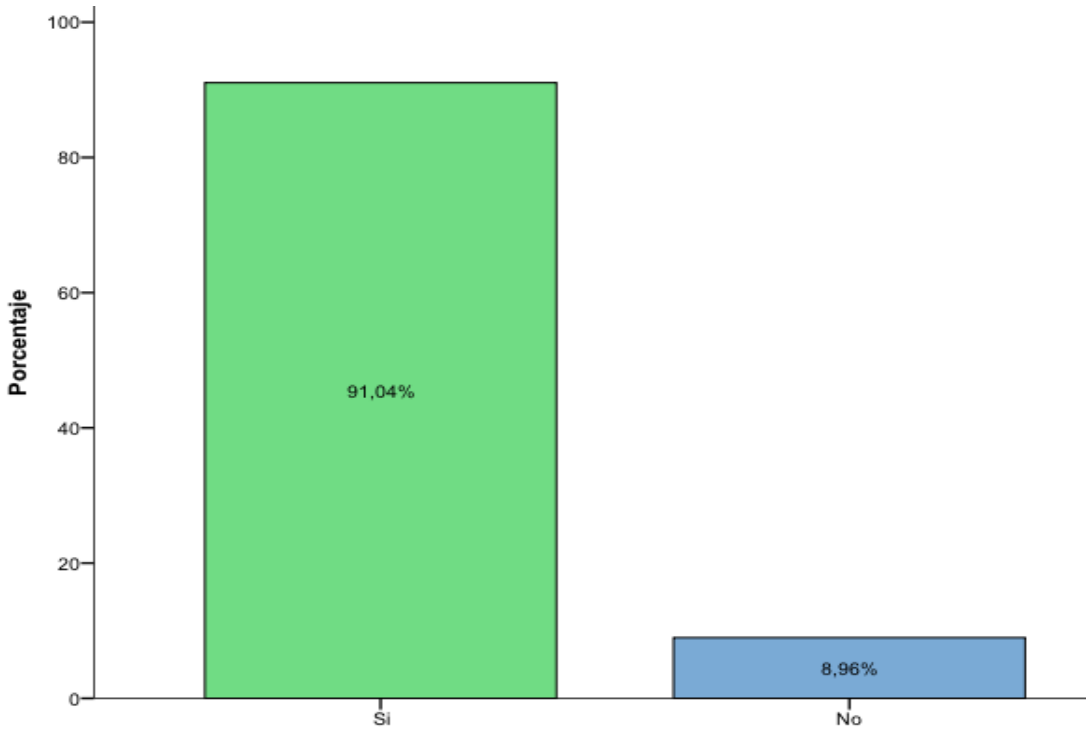


Figura 9. Distribución de las pacientes de acuerdo al conocimiento acerca del método anticonceptivo utilizado (*n* = 201).

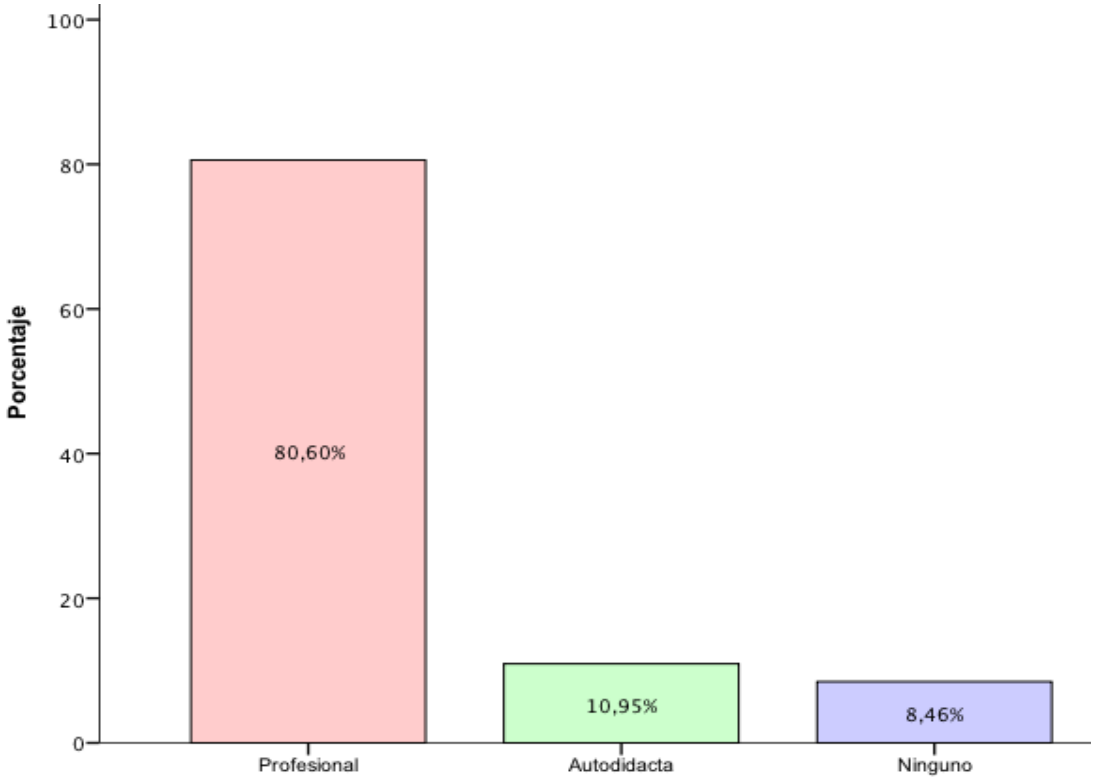


Figura 10. Distribución de las pacientes en base a la fuente de información que proporcionó conocimiento acerca del método anticonceptivo hormonal usado (*n* = 201).

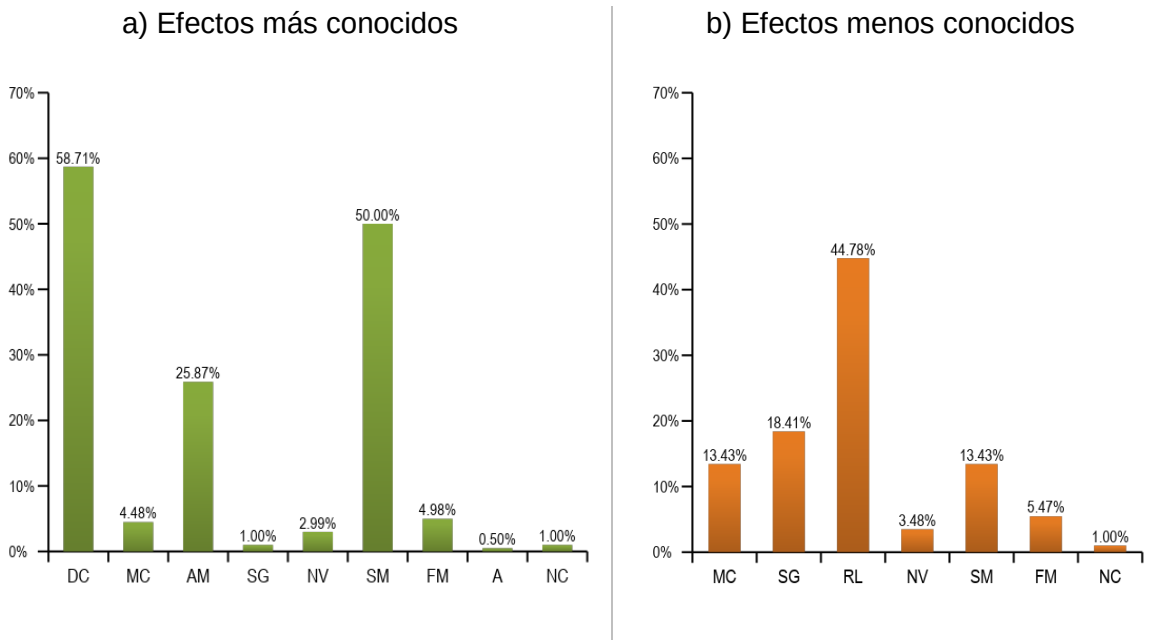


Figura 11. Distribución de los efectos adversos conocidos de los métodos anticonceptivos hormonales por las pacientes (*n* = 201).

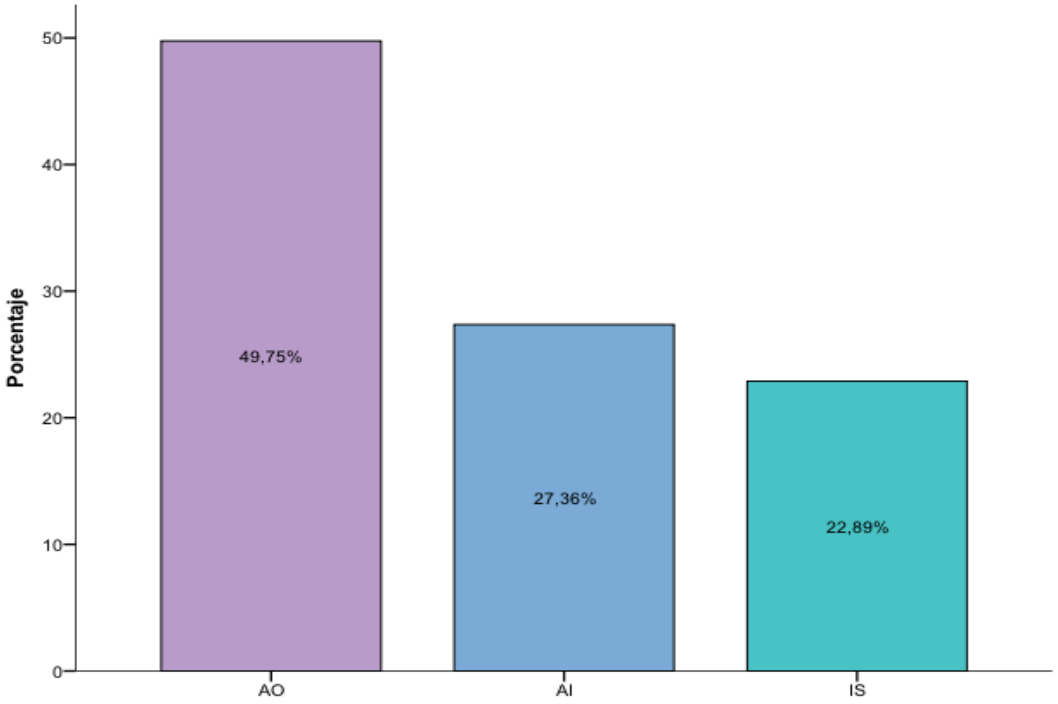


Figura 12. Distribución de las pacientes dependiendo del método de anticoncepción hormonal utilizado (*n* = 201).

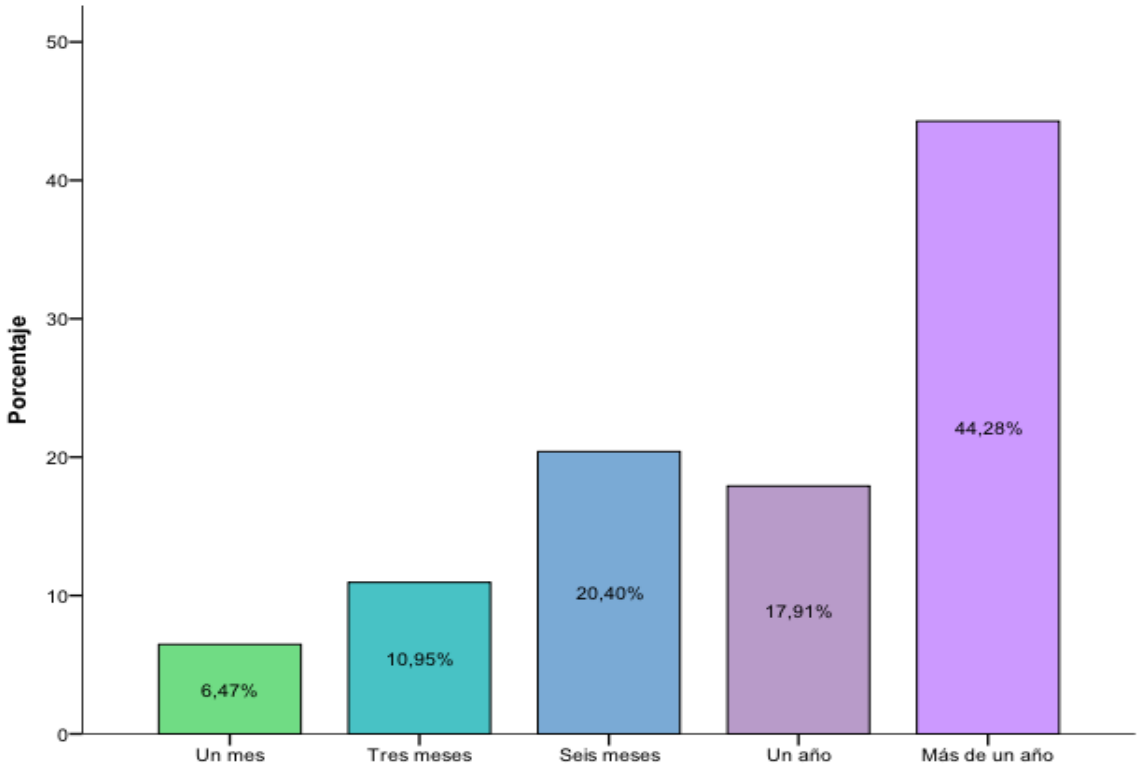


Figura 13. Distribución de las pacientes según el tiempo de uso de los métodos anticonceptivos hormonales (*n* = 201).

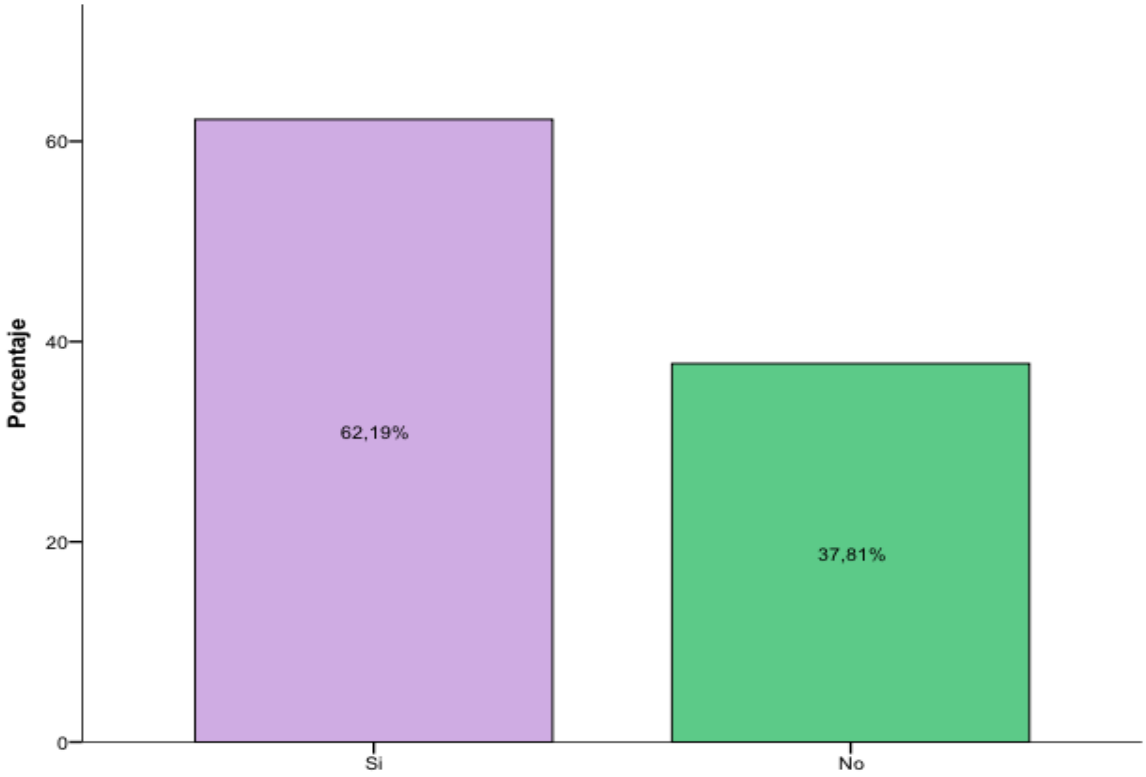


Figura 14. Distribución de las pacientes dependiendo de la presencia de efectos secundarios de los métodos anticonceptivos hormonales (*n* = 201).

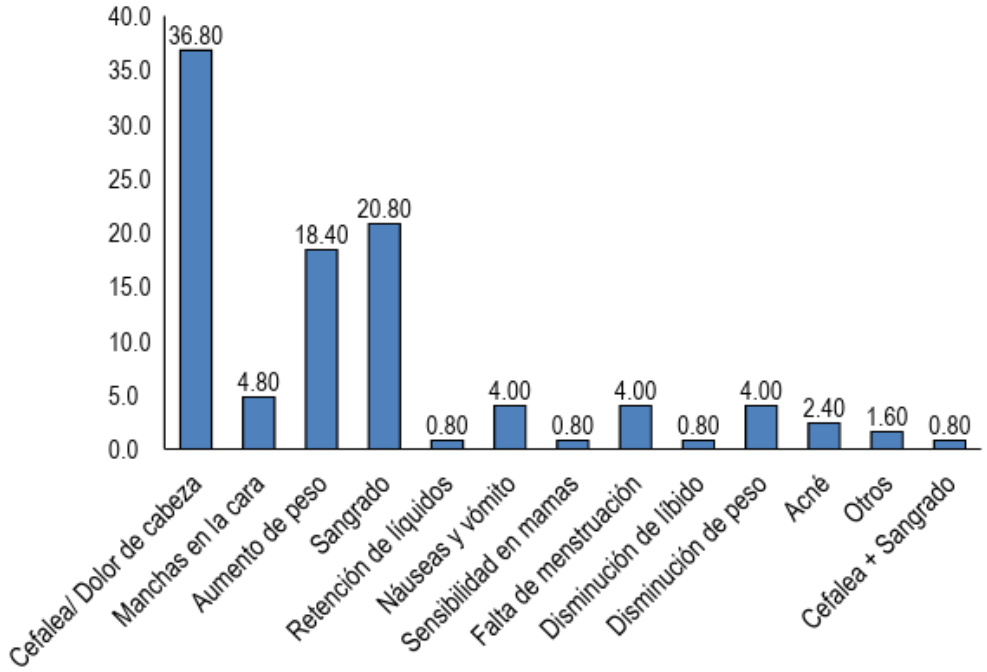


Figura 15. Distribución de los efectos adversos de los métodos anticonceptivos hormonales encontrados en el estudio (*n* = 125).

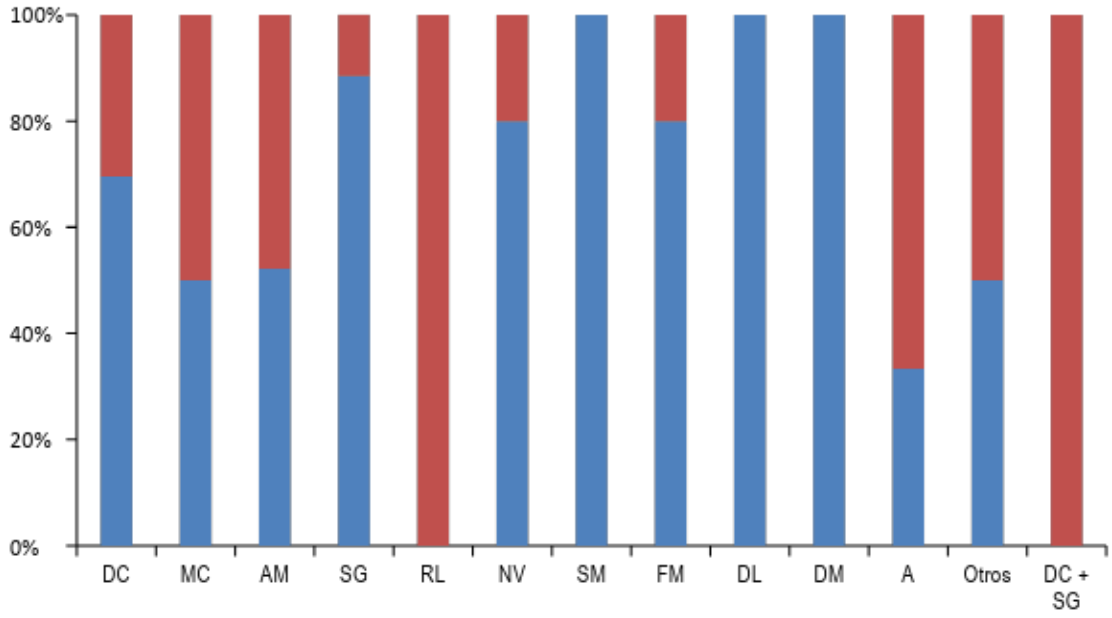


Figura 16. Distribución de las pacientes en función del tipo de efectos adversos presentados en base a los grupos etarios (*n* = 125).

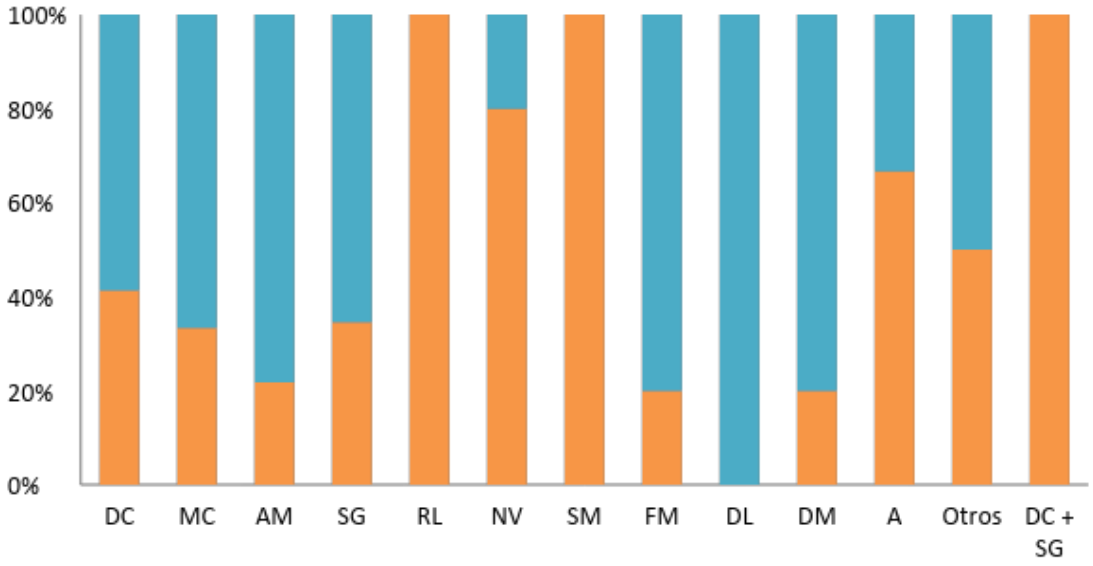


Figura 17. Distribución de las pacientes en función del tipo de efectos adversos presentados en base al tiempo de uso del método anticonceptivo hormonal (*n* = 125).

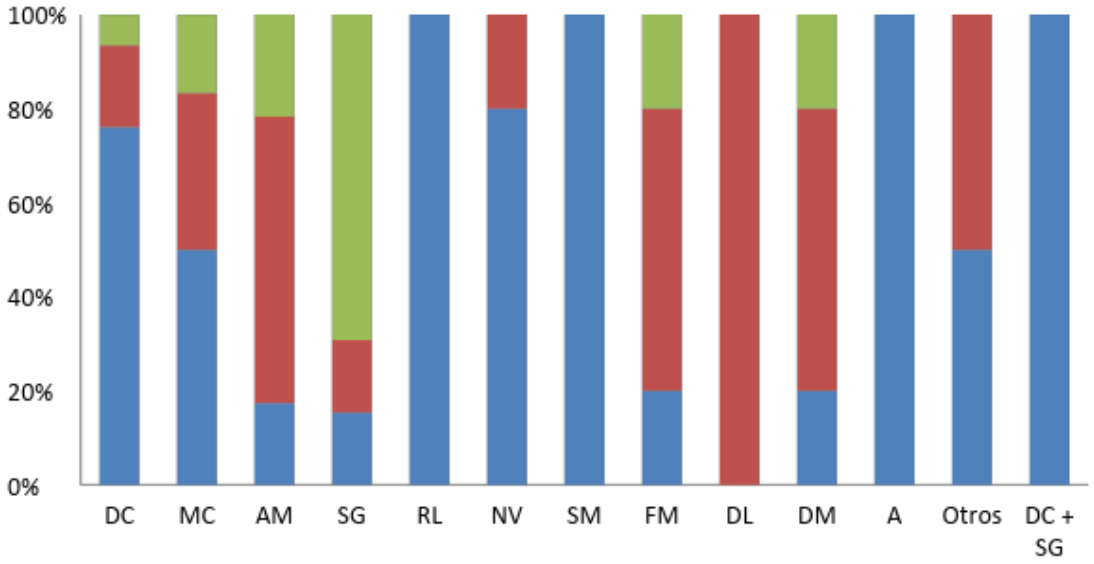


Figura 18. Distribución de las pacientes en función del tipo de efectos adversos presentados en base al tipo de método anticonceptivo hormonal utilizado (*n* = 125).

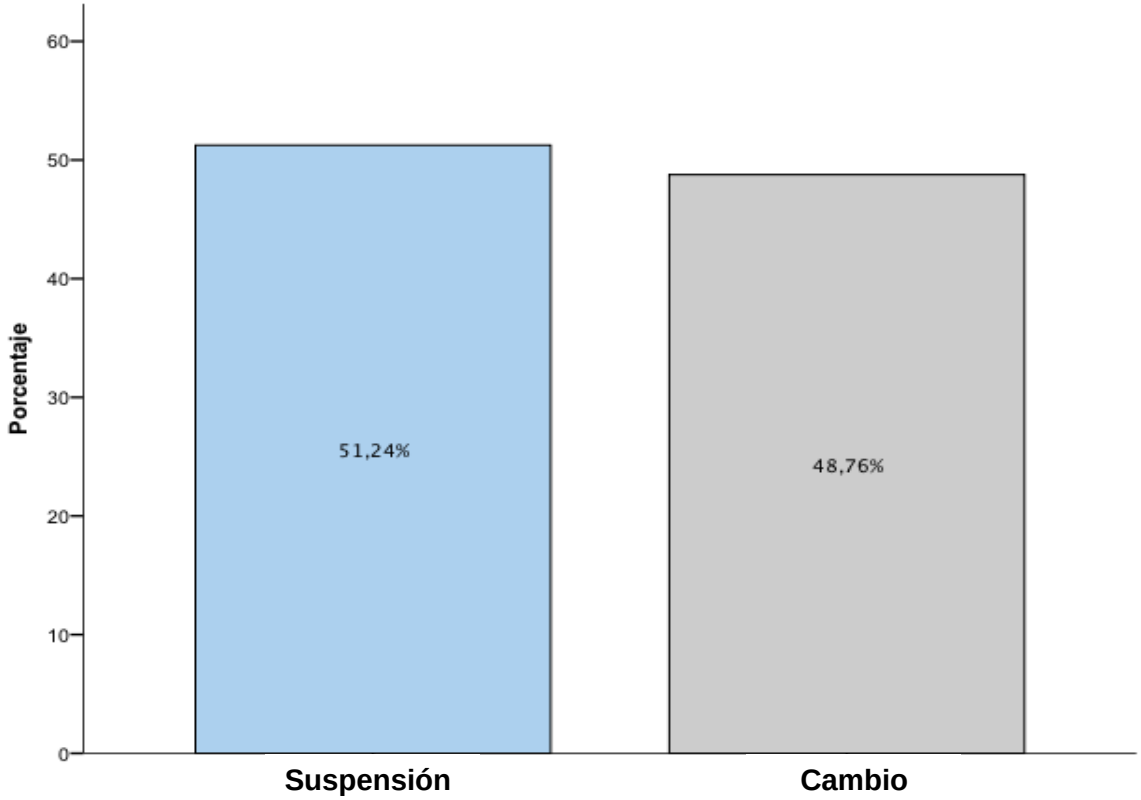


Figura 19. Distribución de las pacientes que suspendieron o cambiaron el método anticonceptivo hormonal (*n* = 201).

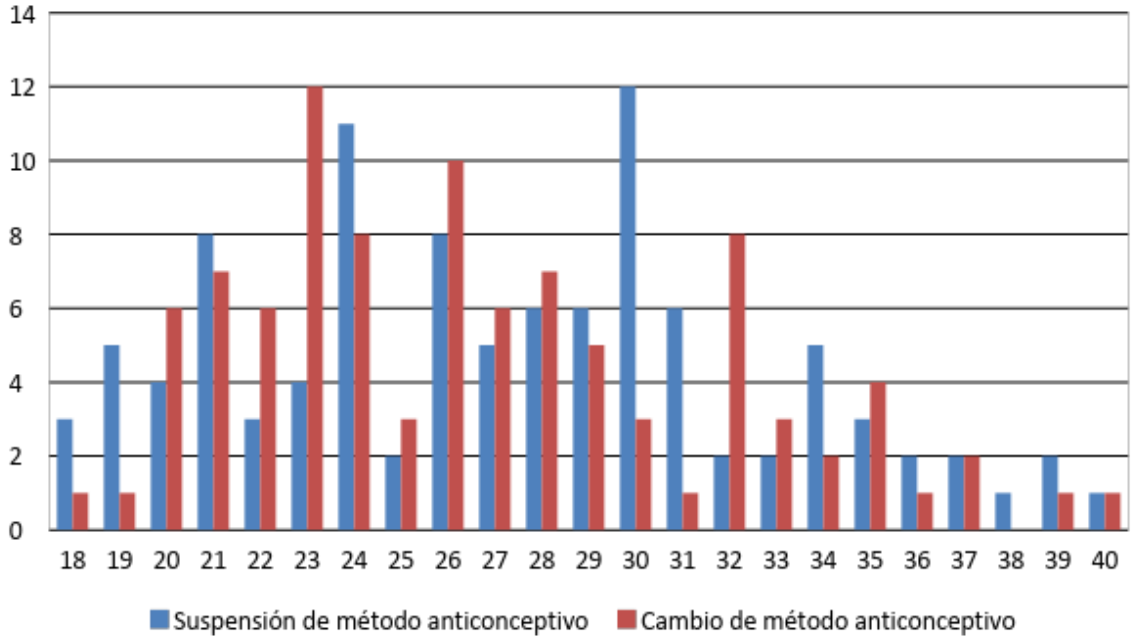


Figura 20. Distribución de las pacientes en base a los años cumplidos y la suspensión o cambio del método anticonceptivo hormonal utilizado (*n* = 201).

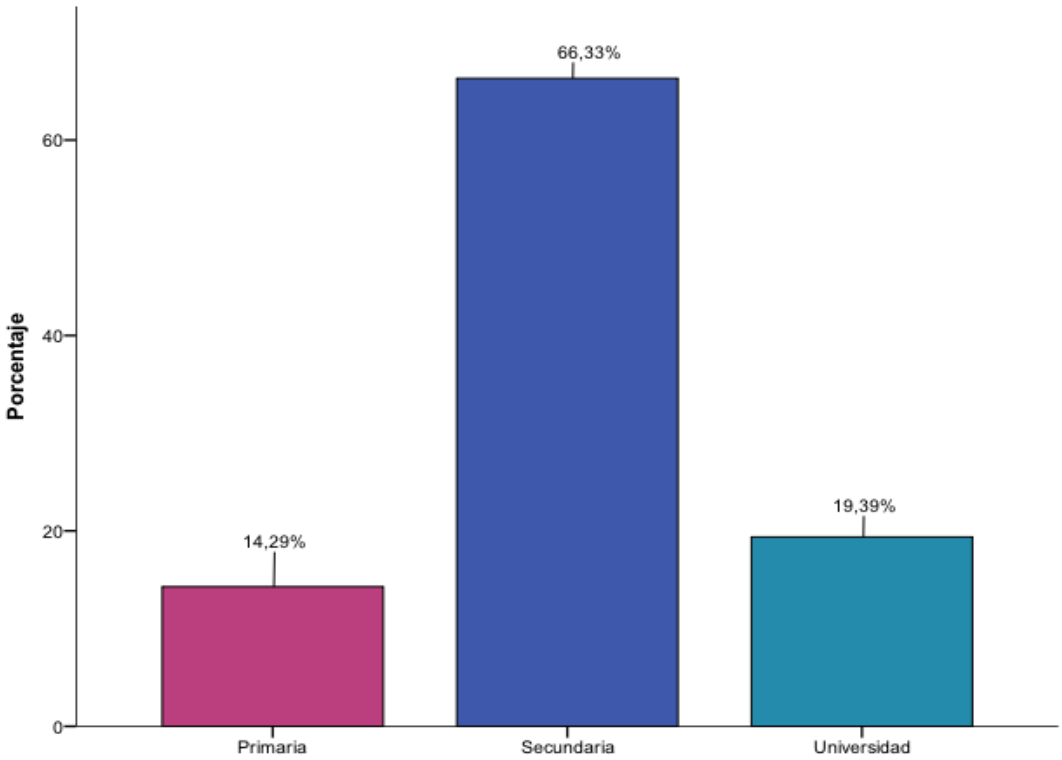


Figura 21. Distribución de las pacientes que cambiaron de método en relación al nivel de educación (*n* = 98).

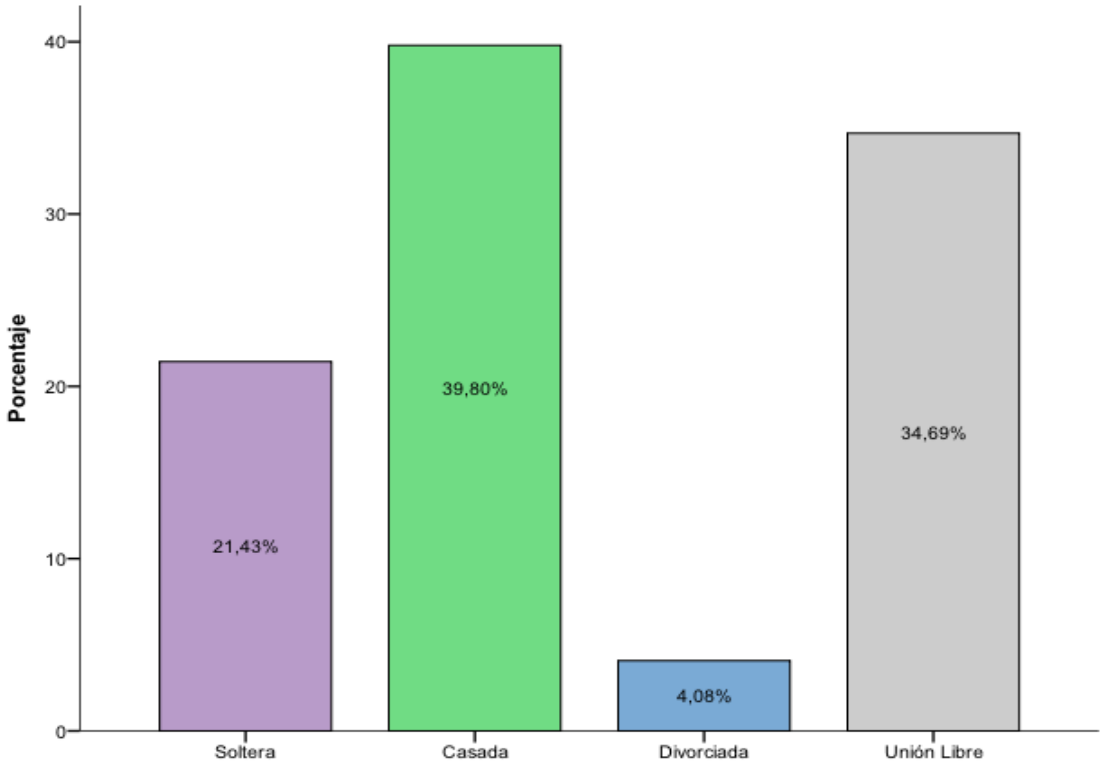


Figura 22. Distribución de las pacientes que cambiaron de método en función al estado civil (*n* = 98).

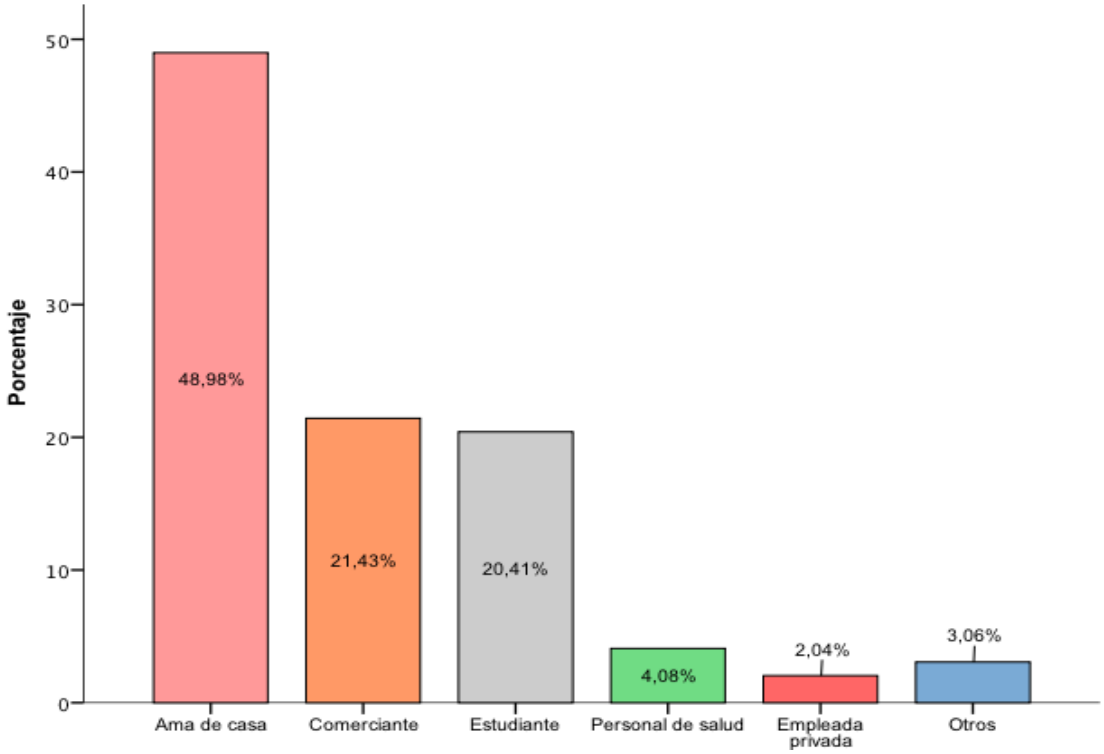


Figura 23. Distribución de las pacientes que cambiaron de método en función a la ocupación (*n* = 98).

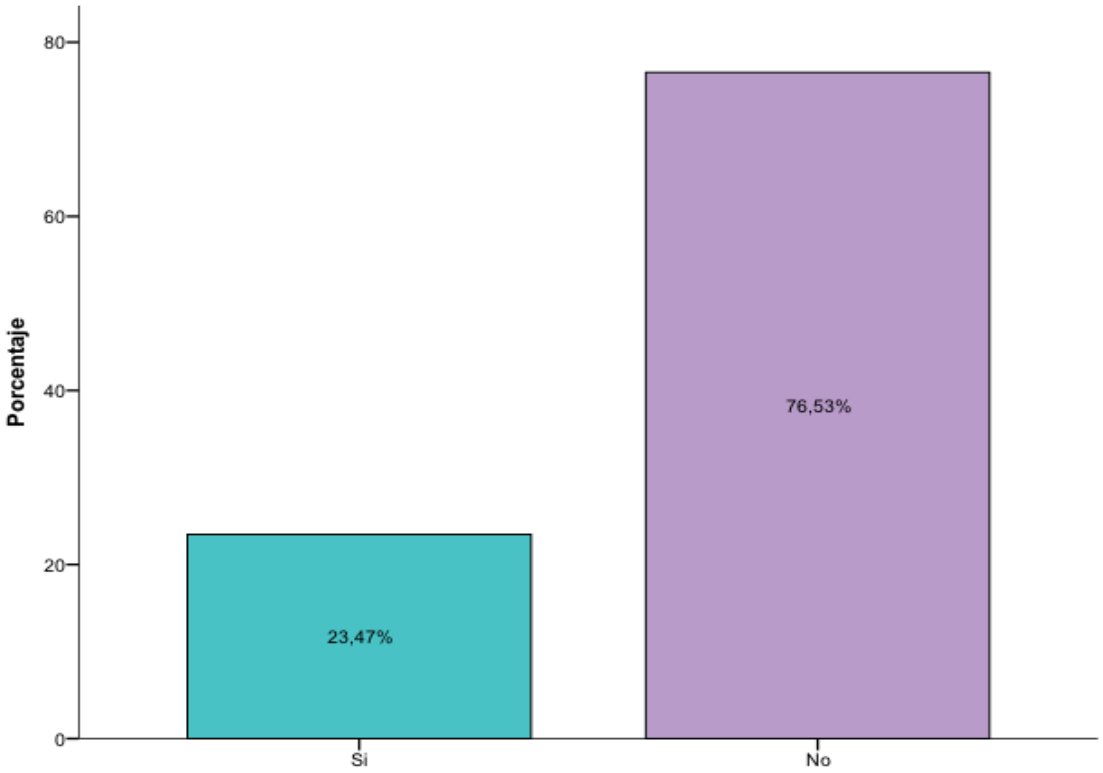


Figura 24. Distribución de las pacientes que cambiaron de método anticonceptivo relacionado con el deseo de tener hijos (*n* = 98).

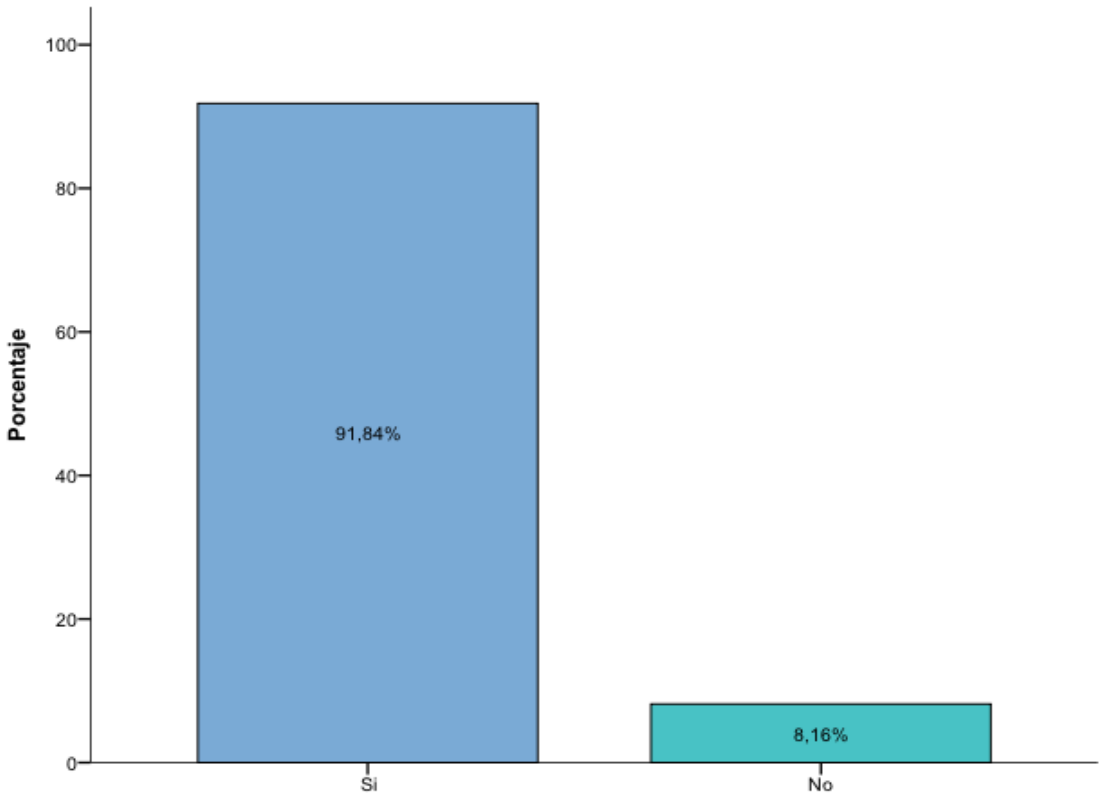


Figura 25. Distribución de las pacientes que cambiaron de método anticonceptivo hormonal en función a la presencia de hijos (*n* = 98).

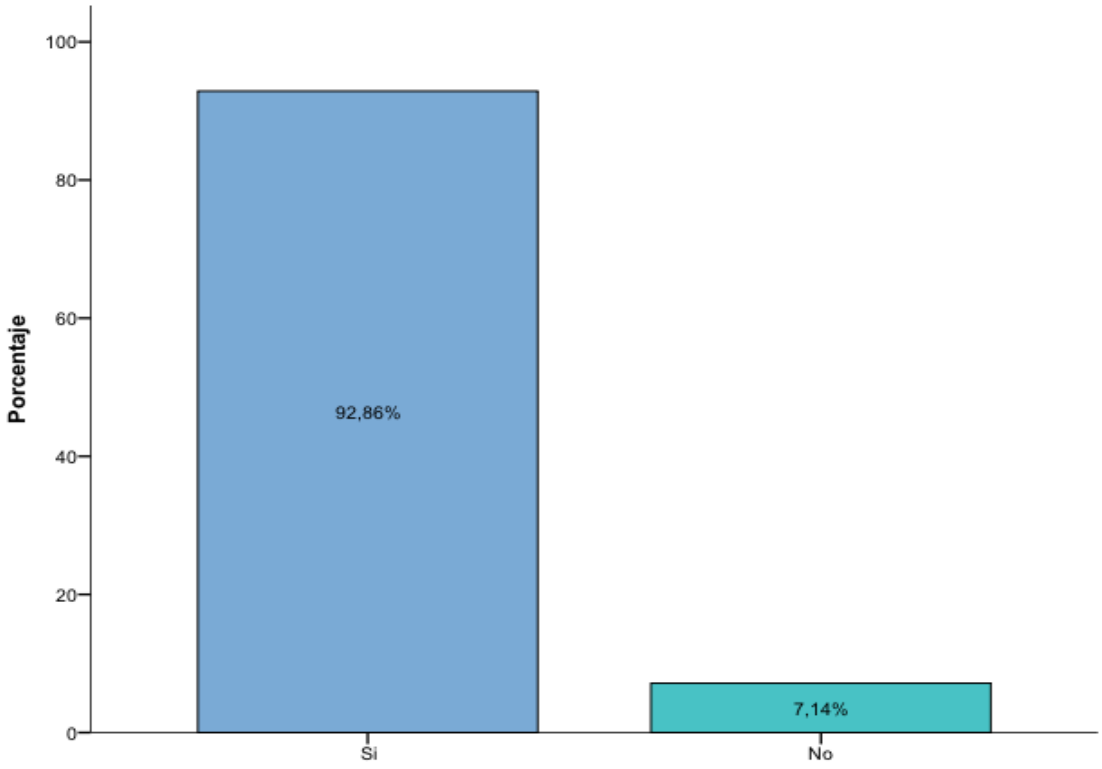


Figura 26. Distribución de las pacientes que cambiaron de método anticonceptivo hormonal en base al conocimiento acerca del anticonceptivo hormonal utilizado (*n* = 98).

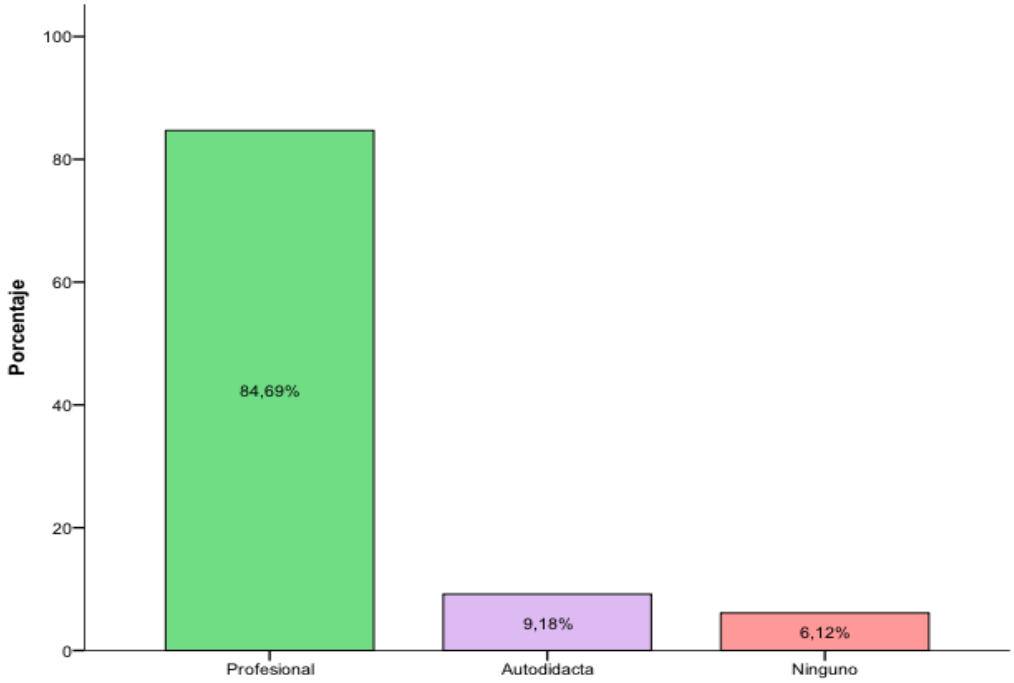


Figura 27. Distribución de las pacientes que cambiaron de método anticonceptivo hormonal en función de la fuente que proporcionó la información acerca del anticonceptivo utilizado (*n* = 98).

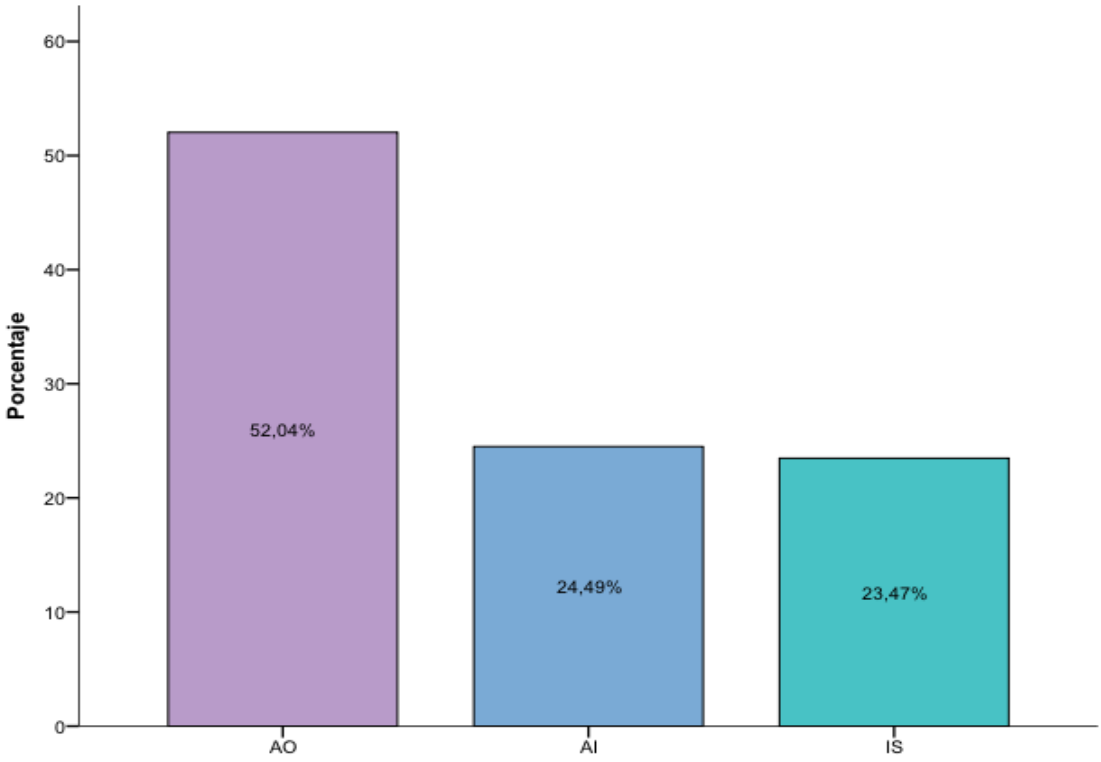


Figura 28. Distribución de las mujeres que cambiaron de anticonceptivo hormonal en relación al tipo de anticonceptivo hormonal utilizado (*n* = 98).

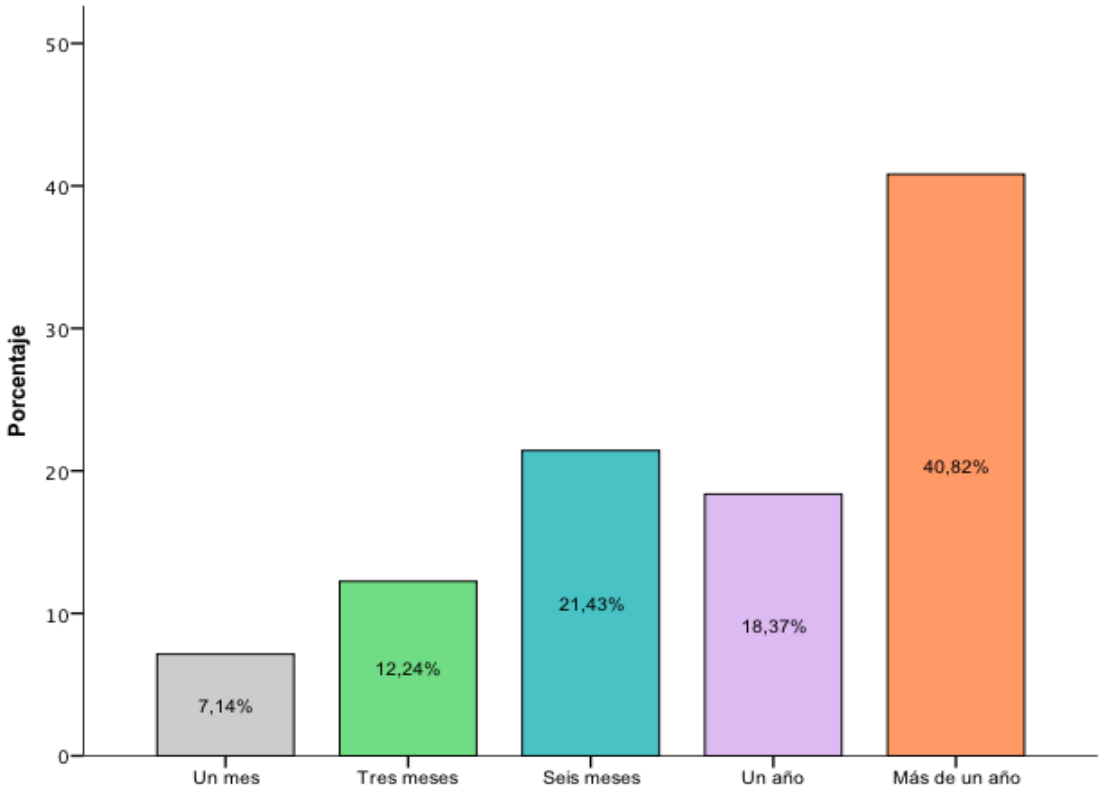


Figura 29. Distribución de las pacientes que cambiaron de método anticonceptivo hormonal en relación con el tiempo de uso del método (*n* = 98).

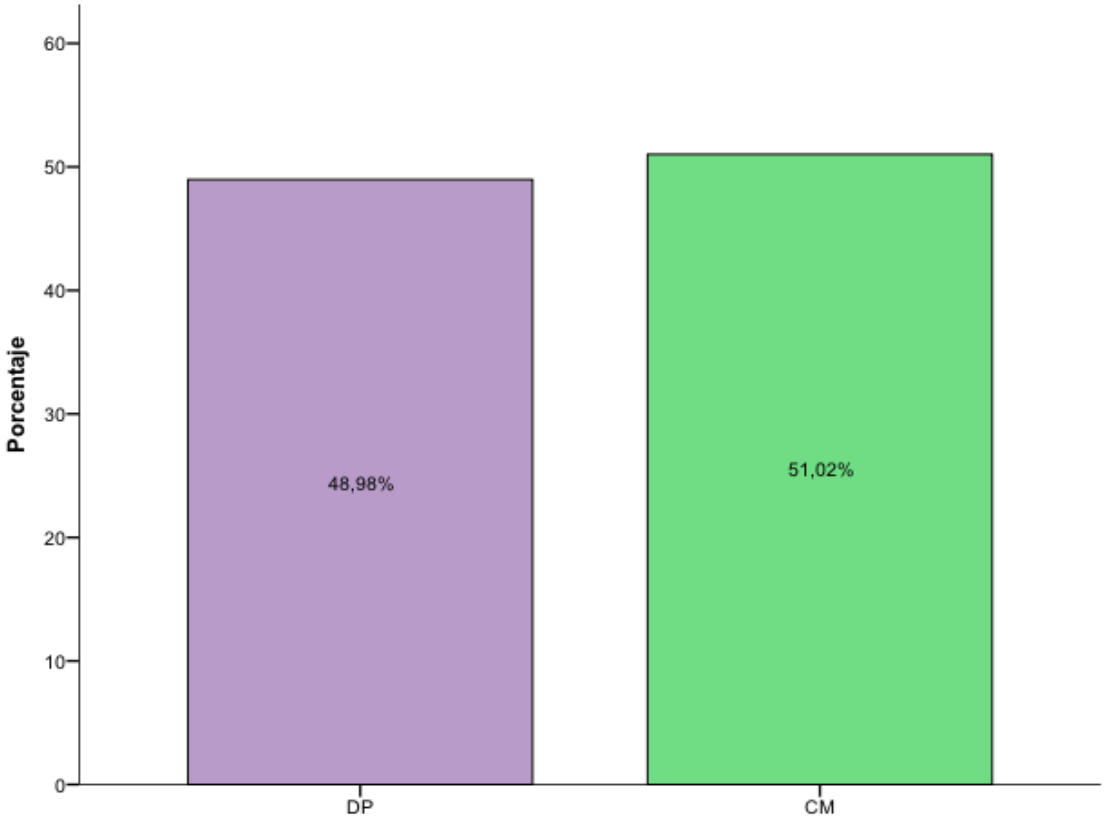


Figura 30. Distribución de las pacientes que cambiaron de método anticonceptivo hormonal en relación al motivo por el cual se realiza el cambio de método (*n* = 98).

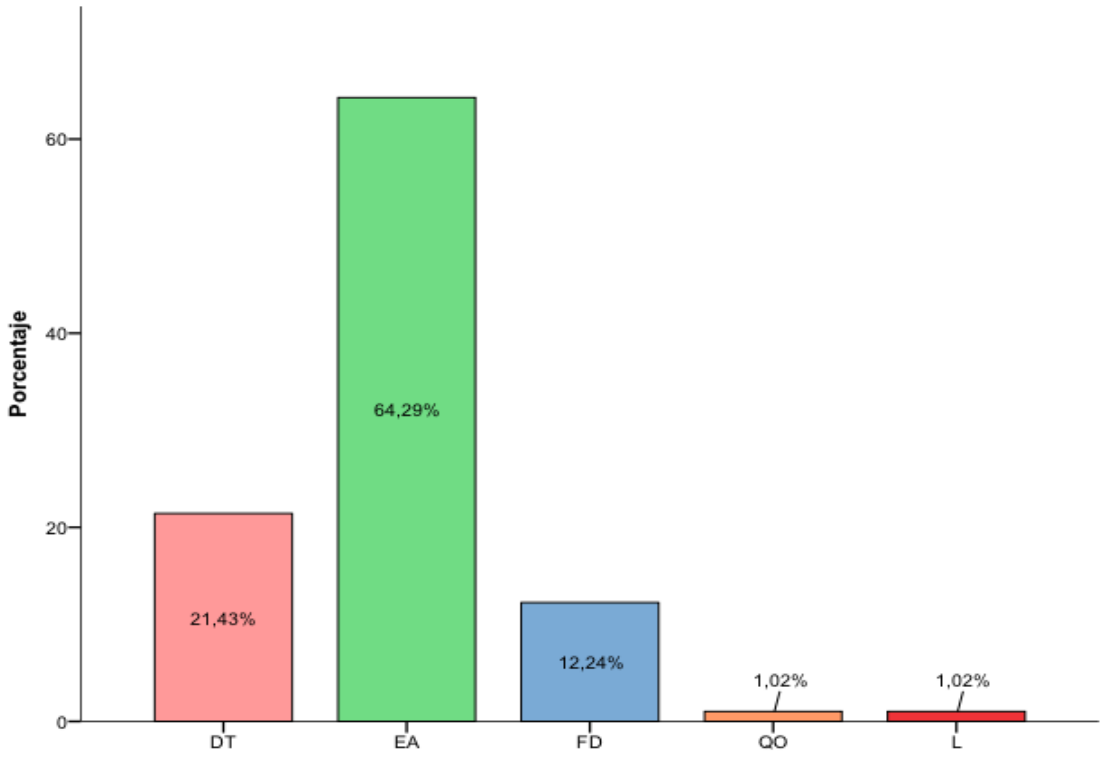


Figura 31. Distribución de las pacientes que cambiaron de anticonceptivo hormonal en función a la razón por la cual se realiza el cambio de método (*n* = 98).

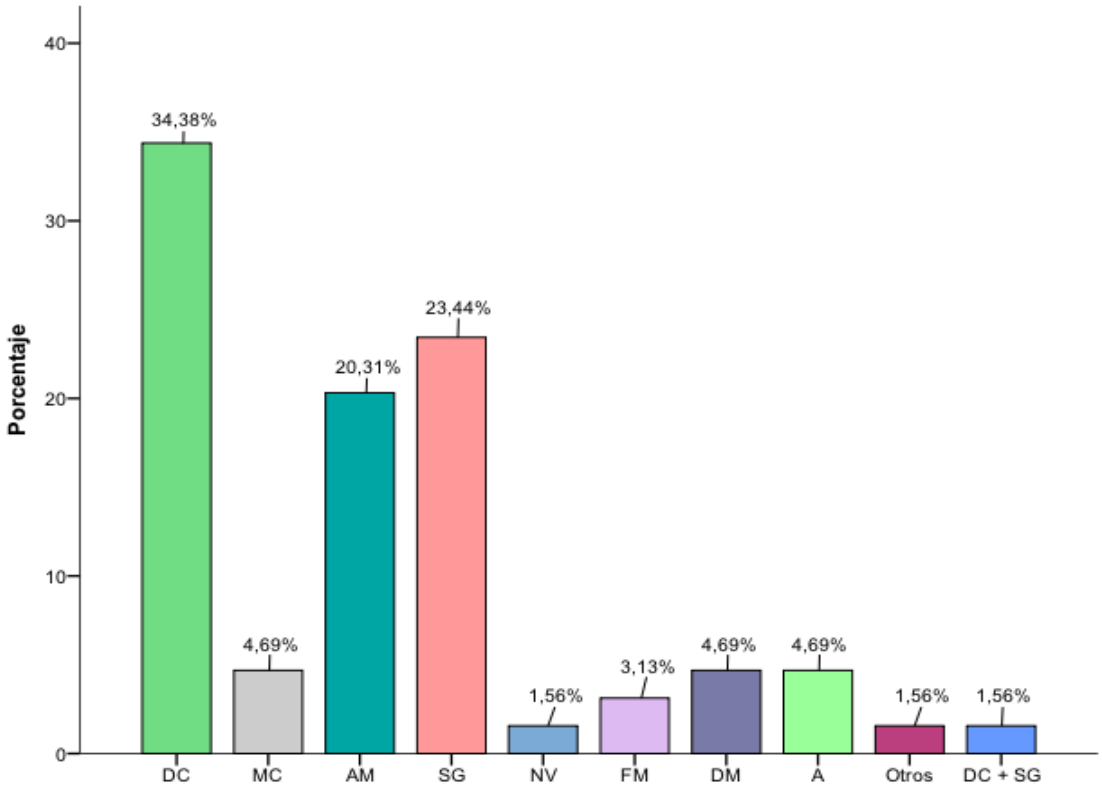


Figura 32. Distribución de las pacientes que cambiaron de método anticonceptivo en función del tipo de efecto adverso presentado (*n* = 98).

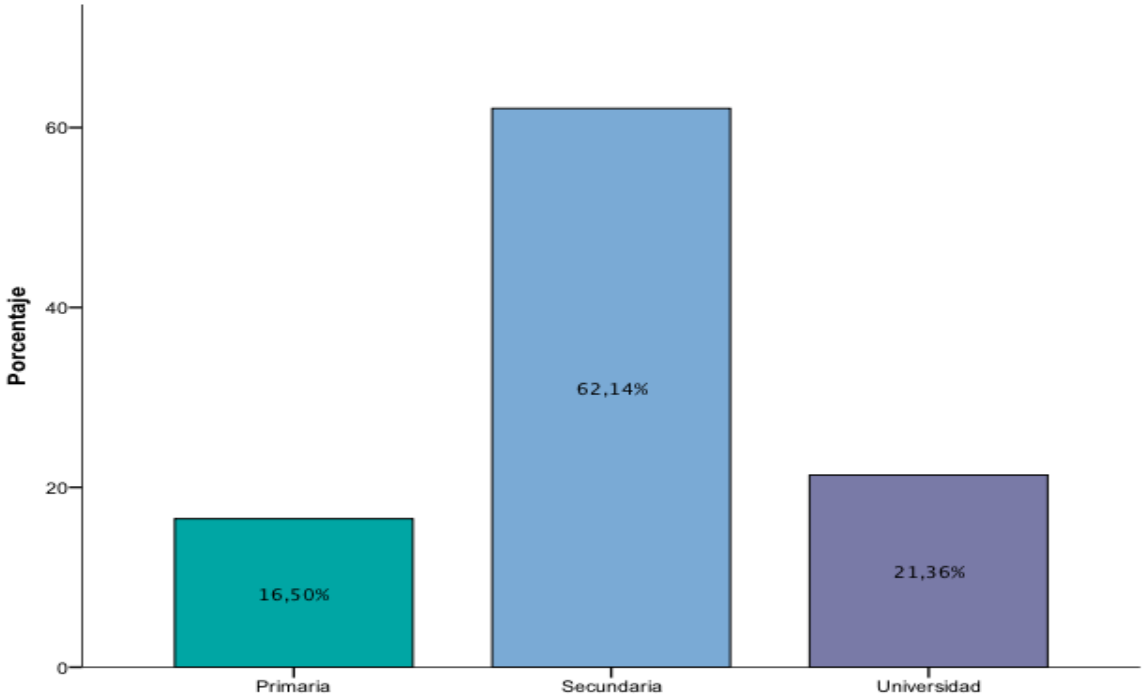


Figura 33. Distribución de las pacientes que suspendieron el método anticonceptivo relacionado con el nivel de escolaridad (*n* = 103).

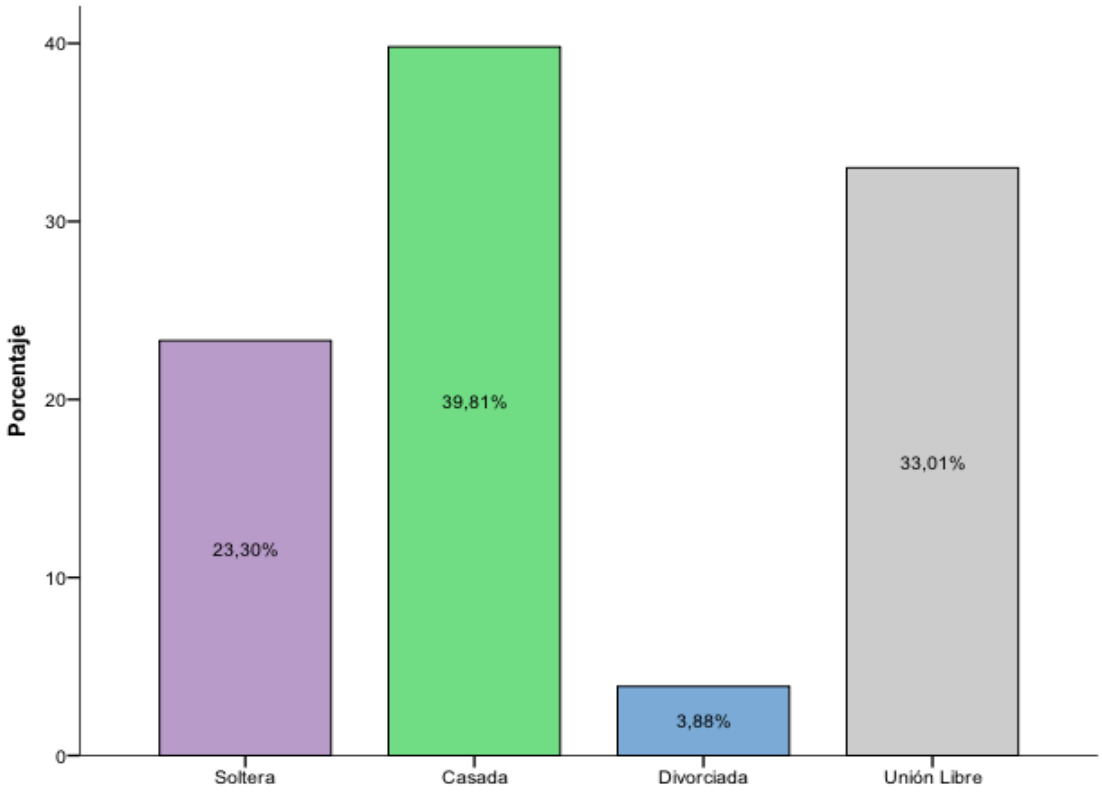


Figura 34. Distribución de las pacientes que suspendieron el método anticonceptivo respecto al estado civil (*n* = 103).

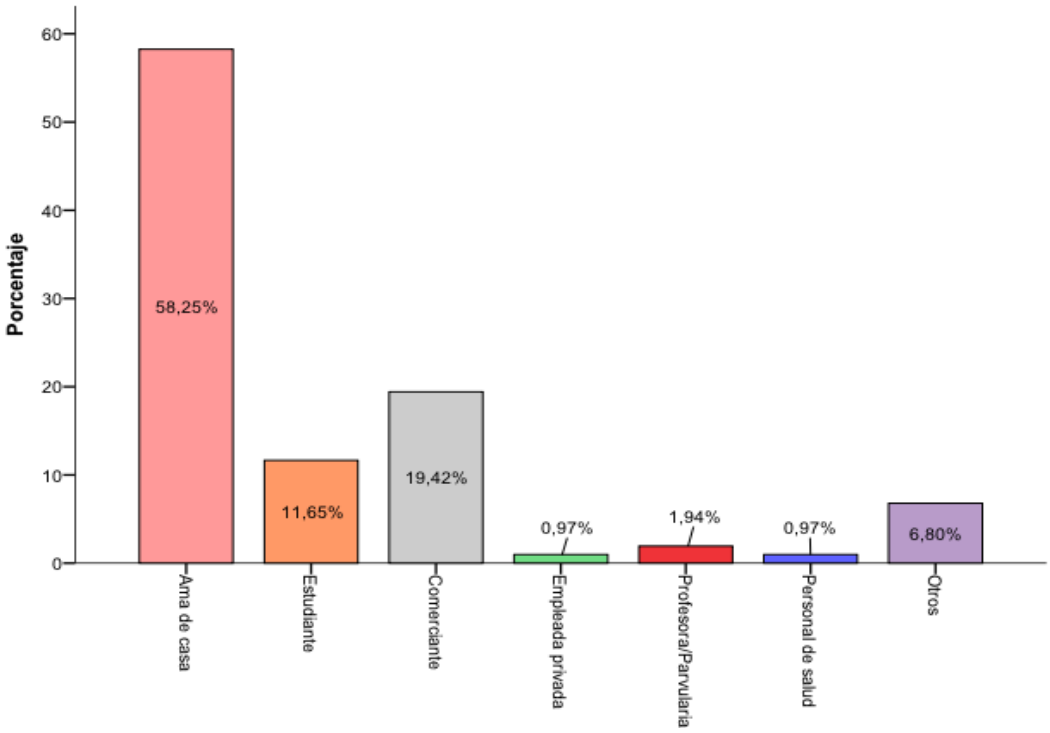


Figura 35. Distribución de las pacientes que suspendieron el anticonceptivo hormonal relacionado con la ocupación (*n* = 103).

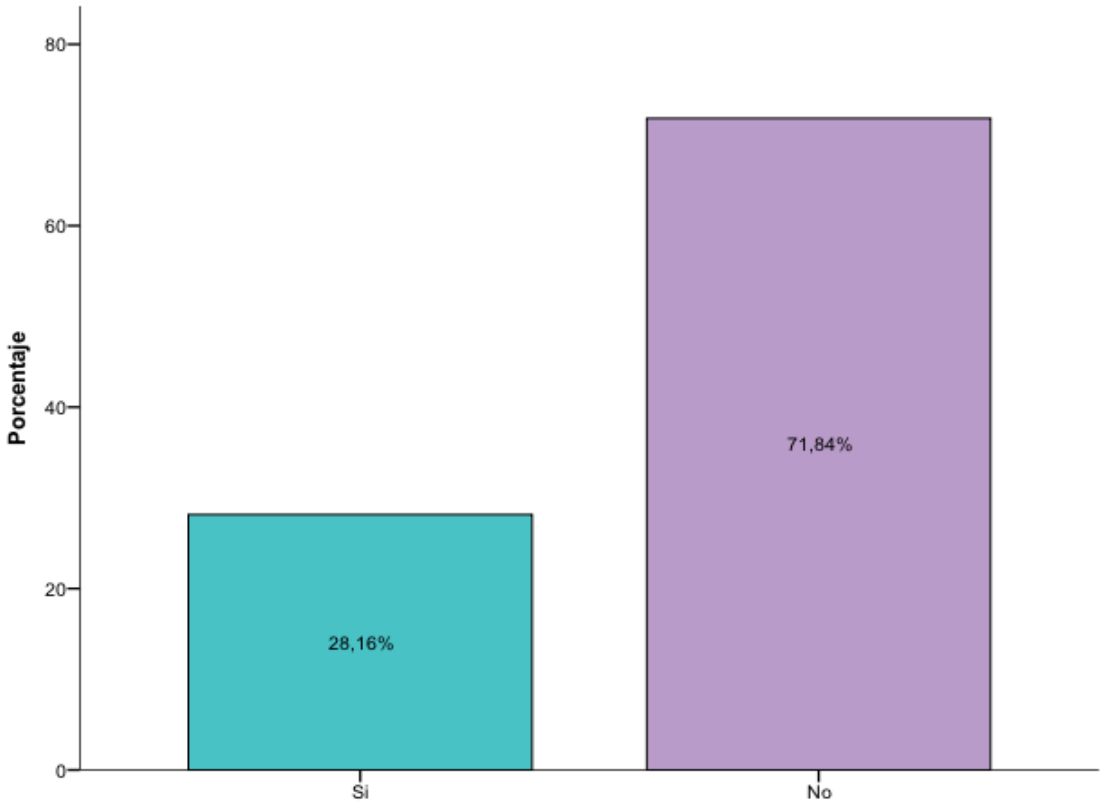


Figura 36. Distribución de las pacientes que suspendieron el método anticonceptivo hormonal en función al deseo de tener hijos (*n* = 103).

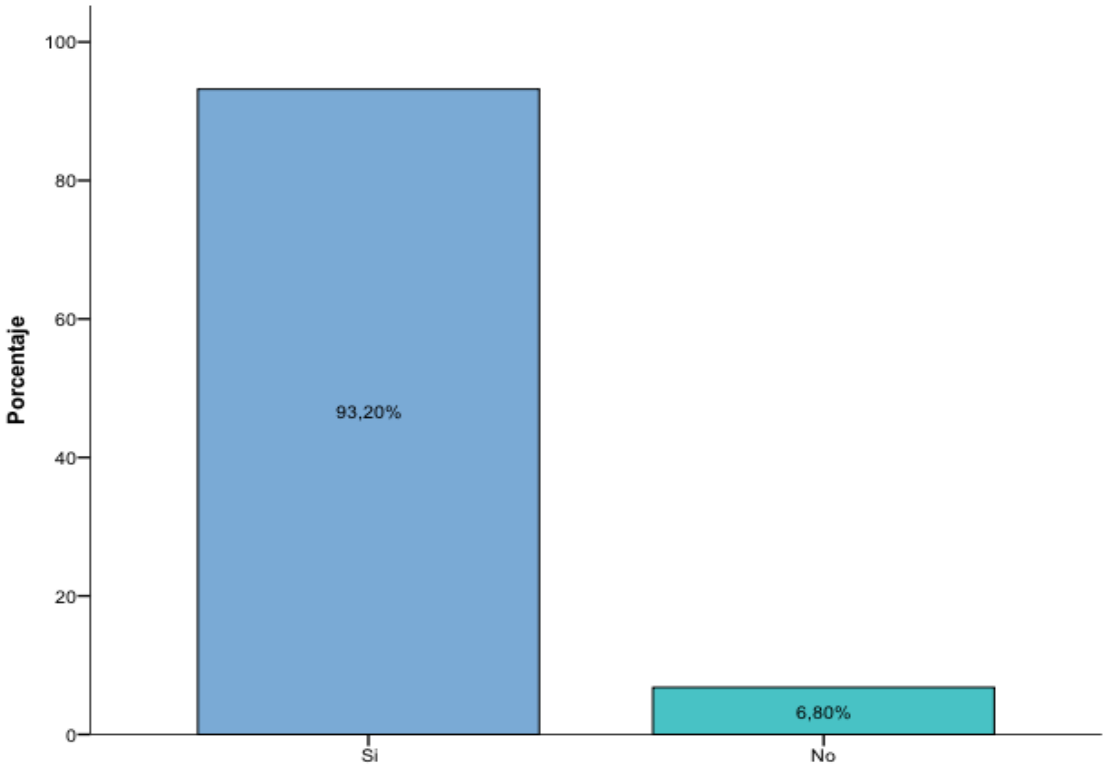


Figura 37. Distribución de las pacientes que suspendieron el método anticonceptivo en función a la presencia de hijos (*n* = 103).

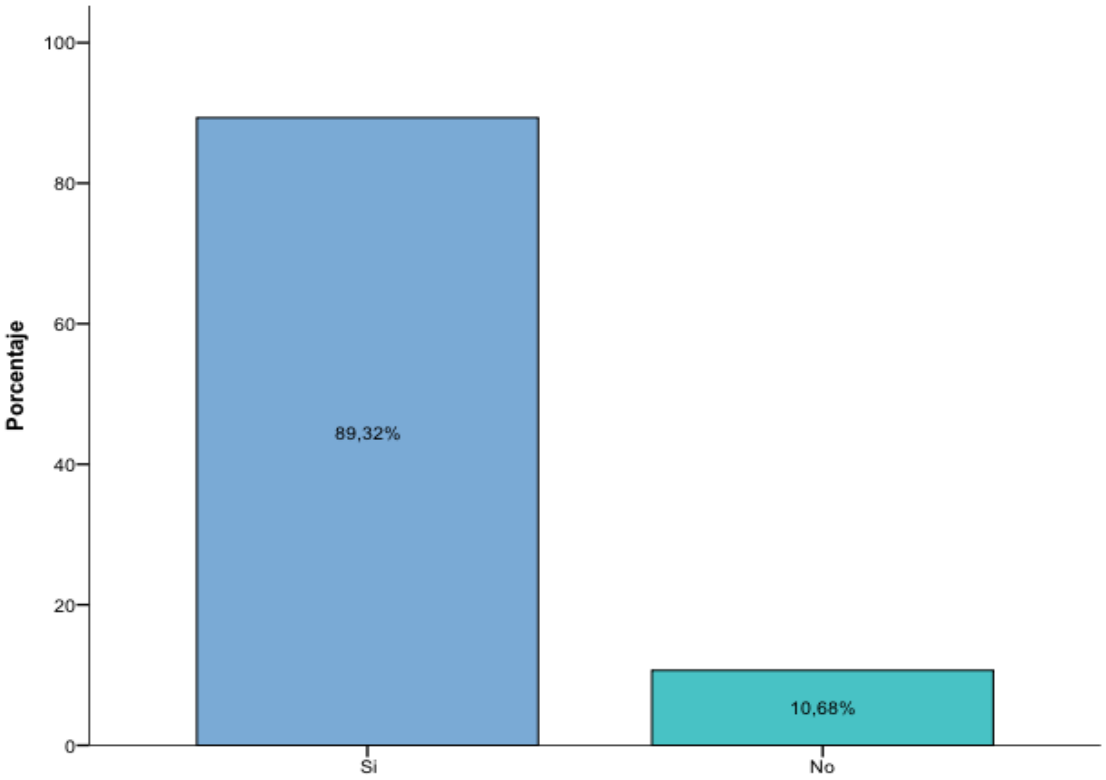


Figura 38. Distribución de las pacientes que suspendieron el método anticonceptivo en función al conocimiento acerca del anticonceptivo hormonal utilizado (*n* = 103).

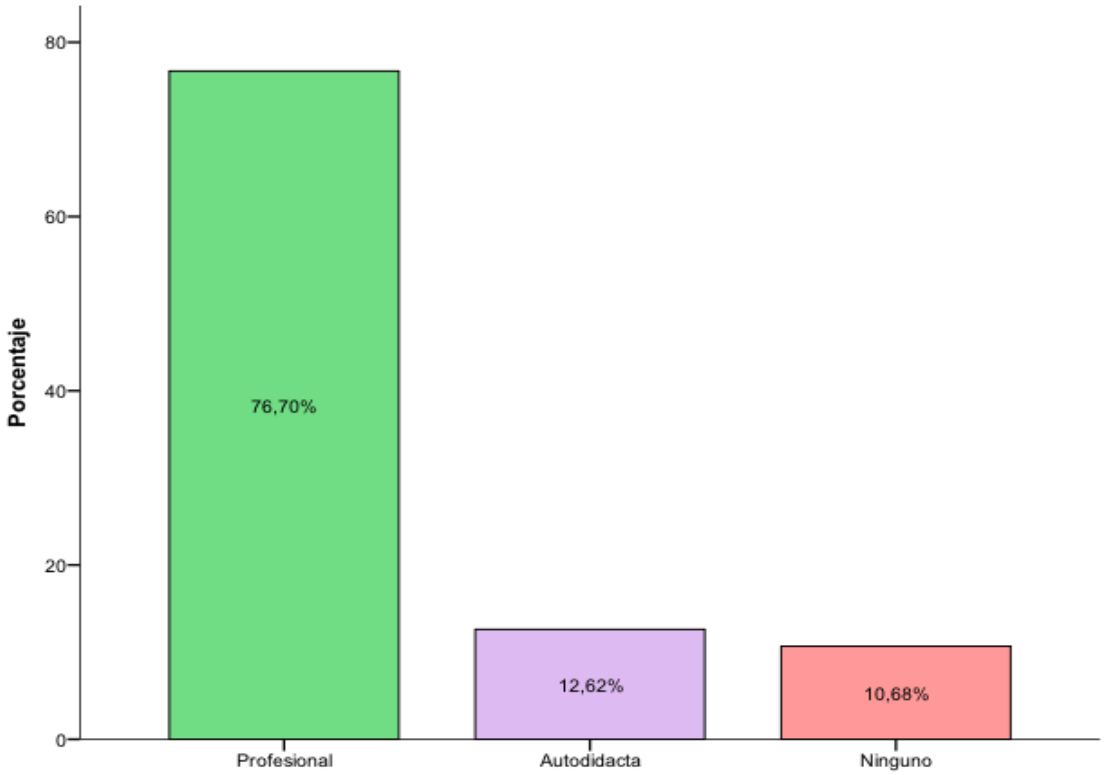


Figura 39. Distribución de las pacientes que suspendieron el método anticonceptivo hormonal en función a la fuente que les proporcionó la información (*n* = 103).

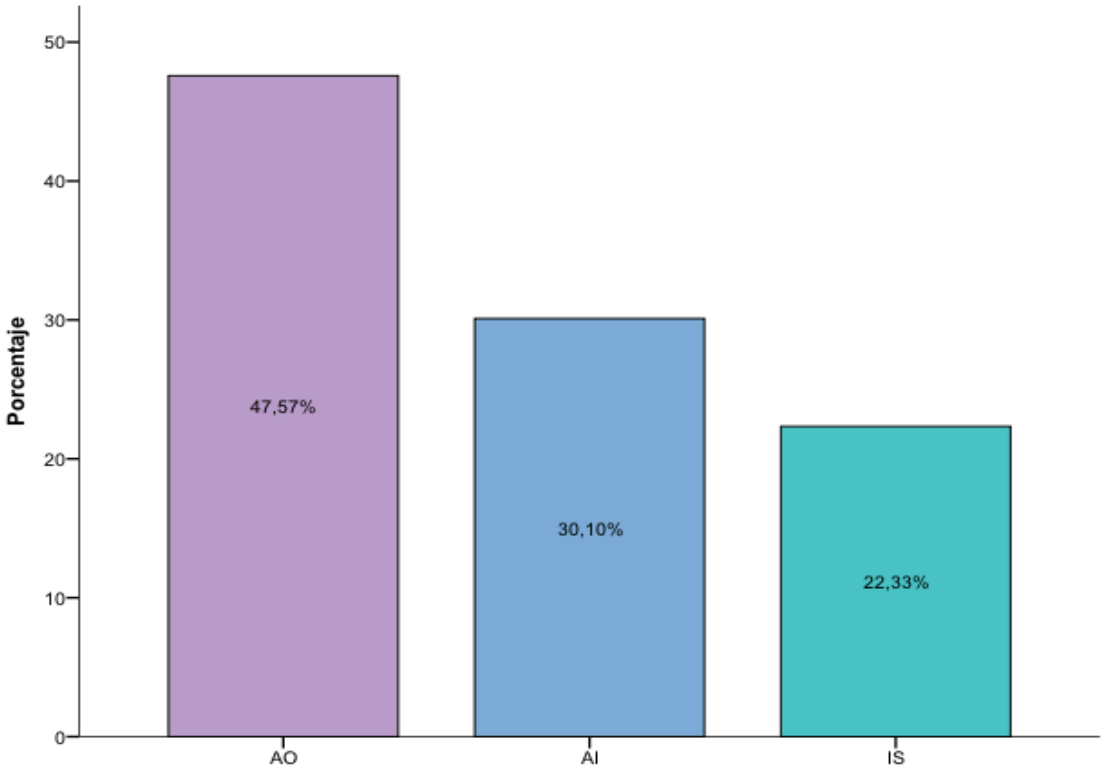


Figura 40. Distribución de las pacientes que suspendieron el método anticonceptivo en función al tipo de anticoncepción hormonal utilizado (*n* = 103).

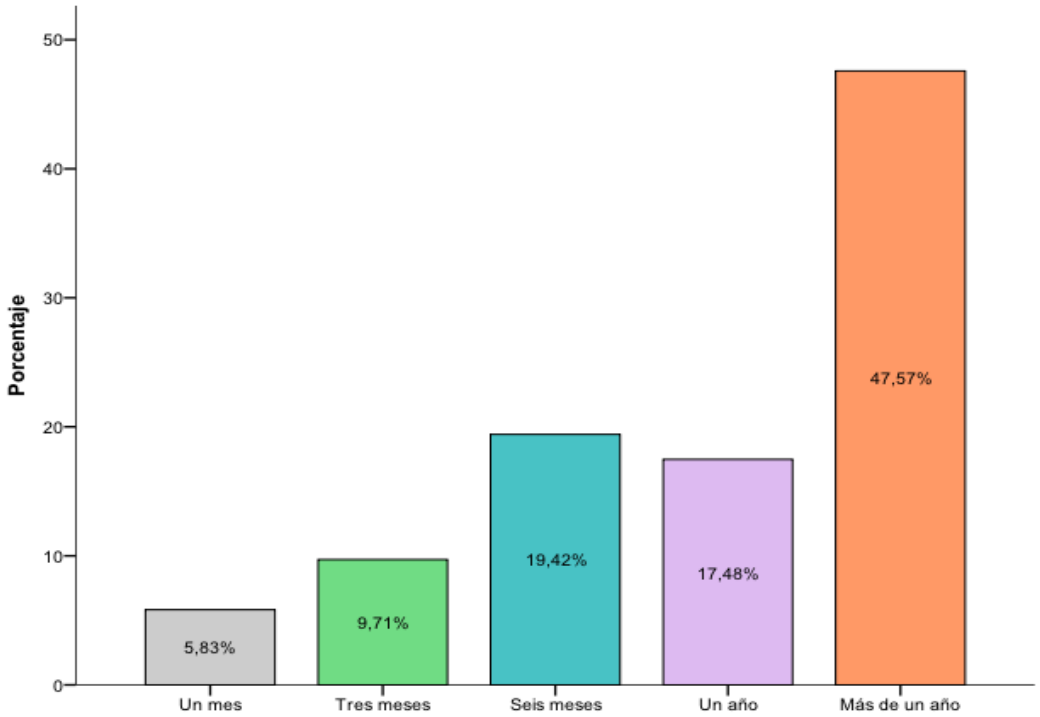


Figura 41. Distribución de las pacientes que suspendieron el método anticonceptivo relacionado con el tiempo de uso del anticonceptivo hormonal (*n* = 103).

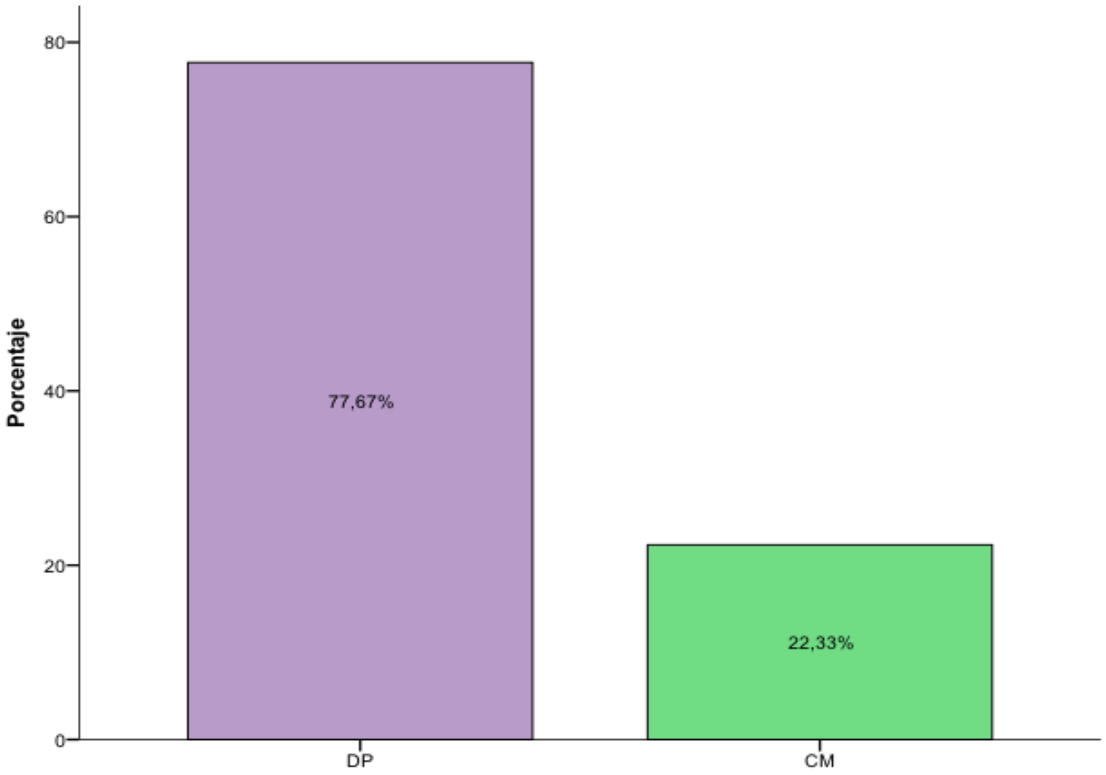


Figura 42. Distribución de las pacientes que suspendieron el método anticonceptivo hormonal en función al motivo de suspensión (*n* = 103).

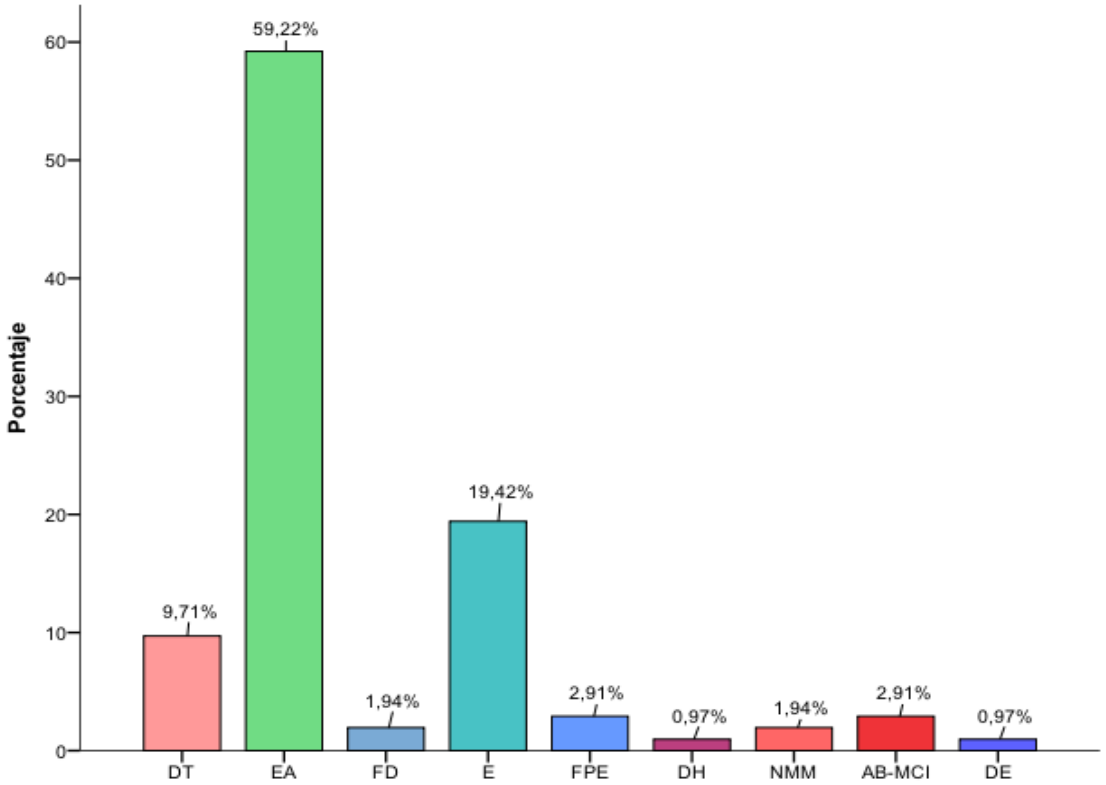


Figura 43. Distribución de las pacientes que suspendieron el método anticonceptivo hormonal en función a la razón de suspensión (*n* = 103).

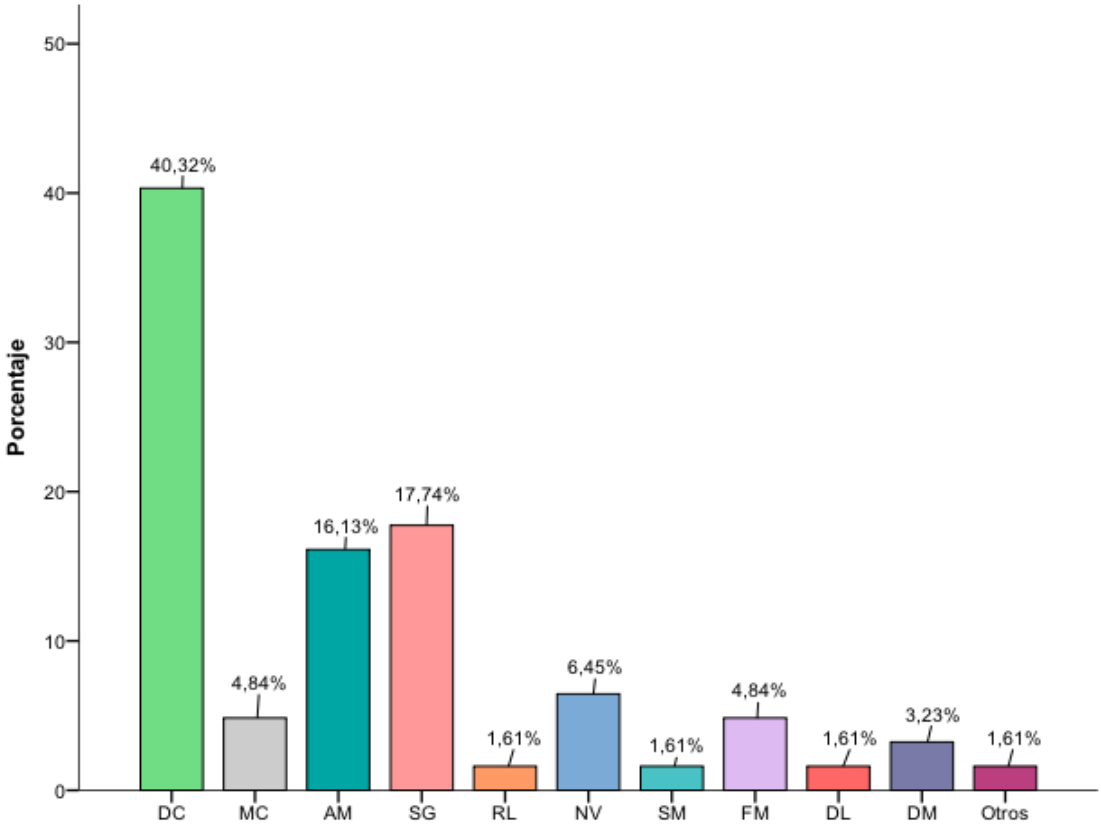


Figura 44. Distribución de las pacientes que suspendieron el método anticonceptivo hormonal en función al tipo de efecto adverso presentado (*n* = 103).

9. ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento Informado

Este formulario de Consentimiento Informado se dirige a mujeres de entre 18 a 40 años de edad que se encuentren usando métodos anticonceptivos hormonales y que sean pacientes en el Centro de Salud de Conocoto, a quienes se les invita a participar en la investigación: "IDENTIFICACIÓN DE LOS EFECTOS SECUNDARIOS PREVALENTES ASOCIADOS CON EL CAMBIO O ABANDONO DE LOS DIFERENTES MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS HORMONALES USADOS EN MUJERES SEXUALMENTE ACTIVAS EN EL CENTRO DE SALUD DE CONOCOTO, DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE NOVIEMBRE-DICIEMBRE 2017 EN QUITO – ECUADOR."

Investigador: CINTHYA VALERIA VILLACÍS BUITRÓN. Estudiante egresada de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador

Directora: Ana María Troya Zuleta, M.Sc.

Estoy investigando acerca de la "IDENTIFICACIÓN DE LOS EFECTOS SECUNDARIOS PREVALENTES ASOCIADOS CON EL CAMBIO O ABANDONO DE LOS DIFERENTES MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS HORMONALES USADOS EN MUJERES SEXUALMENTE ACTIVAS EN EL CENTRO DE SALUD DE CONOCOTO, DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE NOVIEMBRE-DICIEMBRE 2017 EN QUITO – ECUADOR."

Le invito cordialmente a participar en esta investigación y le daré información acerca de la misma. Es posible que haya palabras que no entienda, de ser así me detiene y me daré un tiempo para explicarle. Si tiene alguna duda puede preguntar al investigador.

Los anticonceptivos hormonales son uno de los productos más usados por las mujeres en edad fértil por varios motivos, siendo el mayor de ellos la planificación familiar. Se calcula que en los países en desarrollo unos 214 millones de mujeres en edad fértil desean posponer o detener la procreación pero no usan ningún método anticonceptivo moderno("Planificacion Familiar," 2017; WHO, 2016). La planificación familiar permite que las personas puedan tener el número de hijos que desean, así como determinar el tiempo entre embarazos. Esto se logra gracias a los métodos anticonceptivos. El acceso a los métodos anticonceptivos para las mujeres es importante para lograr el bienestar tanto de ellas como de sus hijos("Planificacion Familiar," 2017).

La capacidad de la mujer para decidir si quiere embarazarse es esencial para su propia salud. Por tal motivo, la mujer debe conocer adecuadamente cuales son los métodos anticonceptivos que su Centro de Salud dispone, así como cuál es la mejor opción para ella.

La mujer requiere informarse adecuadamente del método anticonceptivo que vaya a utilizar, y conocer lo que debe esperar del medicamento o dispositivo que usará. Una de las situaciones más importantes para considerar son los efectos adversos, es decir, que es lo que el método anticonceptivo puede causar en el cuerpo. Esta información es uno de los temas que deben ser tomados en cuenta al momento de decidir usar tal o cual método. Dentro de los efectos adversos que las mujeres mencionan haber experimentado se encuentran el aumento de peso, dolores de cabeza, ligero sangrado, entre otros.

Si la información obtenida acerca de los posibles efectos secundarios del método anticonceptivo en el cuerpo es buena, las mujeres actuarán de manera apropiada ante estos eventos adversos. Por el contrario, si la usuaria del método anticonceptivo desconoce estos efectos es probable que deje de usarlo o prefiera cambiar de método. Esta investigación tiene como objetivo identificar los efectos

adversos más importantes que hacen que las usuarias de métodos anticonceptivos se vean en la necesidad de cambiar o abandonar los mismos.

Estoy realizando esta encuesta a mujeres en edad fértil entre los 18 a 40 años que usen o hayan usado métodos anticonceptivos hormonales en el Centro de Salud de Conocoto. Su participación en esta investigación es absolutamente voluntaria. Usted podrá elegir participar o no hacerlo. Usted puede cambiar de opinión y dejar de participar aun cuando ya haya aceptado antes. Es su elección y todos sus derechos serán respetados. Esta investigación incluye el llenado de una encuesta con preguntas dirigidas a las pacientes mencionadas con preguntas acerca del uso de métodos anticonceptivos y las molestias que las usuarias puedan experimentar. El llenado de esta encuesta puede durar entre 5 a 10 minutos aproximadamente. Si es necesario cada pregunta será explicada cuando usted lo requiera.

No se compartirá la identidad de aquellas que participen en la investigación. La información se conservará de manera confidencial y únicamente el investigador tendrá acceso a la misma. Cualquier información acerca de usted tendrá un código alfa numérico en lugar de su nombre.

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas. Consiento voluntariamente participar en esta investigación y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento.

Nombre del Participante: _____

Firma del Participante: _____ Fecha: _____

He leído con exactitud o he sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento informado para el potencial participante y el individuo ha tenido la oportunidad de realizar preguntas confirmo que el individuo ha dado consentimiento libremente.

Nombre del Investigador: Cinthya Villacís

Firma del investigador: _____ Fecha: ___/___/2017

Anexo 2. Encuesta a pacientes mujeres de 18 a 40 años del Centro de Salud de Conocoto

LA PRESENTE ENCUESTA ESTÁ DIRIGIDA A PACIENTES MUJERES DE ESTE CENTRO DE SALUD, TIENE COMO OBJETO CONOCER ACERCA DEL USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS Y LAS MOLESTIAS QUE HAYAN EXPERIMENTADO. EL LLENADO DE LA MISMA PUEDE DURAR ENTRE 5 A 10 MINUTOS APROXIMADAMENTE. SI ES NECESARIO CADA PREGUNTA SERÁ EXPLICADA CUANDO USTED LO REQUIERA.

A continuación encontrará una serie de preguntas, en caso de ser necesario seleccione o marque con una X la opción con la cual respondería la pregunta.

SOCIODEMOGRÁFICAS

Edad : _____ (AÑOS CUMPLIDOS)

Nivel de educación:

☐ Ninguno ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Tercer nivel ☐ Cuarto nivel

Estado Civil:

☐ Soltera ☐ Casada ☐ Divorciada ☐ Viuda ☐ Unión libre

Ocupación:

☐ Ama de casa ☐ Estudiante ☐ Comerciante ☐ Otra- Cuál _____

Ingreso económico aproximado _____USD/MES

Hijos

Tiene hijos: SI ☐ NO ☐ **Desea tener hijos:** SI ☐ NO ☐

PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Ha utilizado o utiliza algún método anticonceptivo: SI ☐ NO ☐

Cuál: _____

Usted ha utilizado o utiliza anticoncepción hormonal: SI ☐ NO ☐

Qué tipo de anticoncepción hormonal utilizó o utiliza:

☐ Oral ☐ Inyectable ☐ Implante ☐ DIU-hormonal

Usted obtuvo información del método anticonceptivo previo a su uso: SI ☐ NO ☐

Quién le proporcionó la información:

PROFESIONAL ☐ (médico/obstetra/enfermera) AUTODIDACTA ☐ (familiares/internet/amigos)

Enumere los efectos secundarios que haya <u>ESCUCHADO</u> de los métodos anticonceptivos, siendo 1 el más ha escuchado y 8 jamás escuchado:

☐ Dolor de cabeza

☐ Manchas en la cara

☐ Aumento de peso

☐ Falta de menstruación

☐ Retención de líquidos

☐ Náuseas y vómitos

☐ Sensibilidad en mamas

☐ Manchas de sangre o sangrado intermestrual (spoting)

☐ OTRO - Indique cuál(es):

_____

_____

_____

Usted ha suspendido el método anticonceptivo hormonal: SI ☐ NO ☐

La suspensión lo hizo por: Decisión propia ☐ Consejo médico ☐

Indique el tiempo de uso del método anticonceptivo:

☐ 1 mes ☐ 3 meses ☐ 6 meses ☐ 1 año ☐ Más de 1 año

Indique la razón por la cual suspendió el método anticonceptivo hormonal, si usted tuvo o presentó más de uno indique cuales fueron:

☐ Dificultad en el cumplimiento del tratamiento

☐ Efectos adversos indeseables

☐ Falta de disponibilidad del método anticonceptivo hormonal

☐ Deseo de embarazarse

☐ OTRO - Indique cuál(es):

_____

_____

_____

Usted ha cambiado el método anticonceptivo hormonal: SI ☐ NO ☐

El cambio lo hizo por: Decisión propia ☐ Consejo médico ☐

Indique el tiempo de uso del método anticonceptivo:

☐ 1 mes ☐ 3 meses ☐ 6 meses ☐ 1 año ☐ Más de 1 año

Indique la razón por la cual cambió o sustituyó el método anticonceptivo hormonal, si usted tuvo o presentó más de uno indique cuales fueron:

☐ Dificultad en el cumplimiento del tratamiento

☐ Efectos adversos indeseables

☐ Falta de disponibilidad del método anticonceptivo hormonal

☐ Deseo de embarazarse

☐ OTRO - Indique cuál(es):
_____
_____
_____