



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTETRICIA**

**TESIS DE GRADO
PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE:
OBSTETRÍZ**

**PLANIFICACION FAMILIAR ESTUDIO A REALIZAR EN PACIENTES
ENTRE 20 A 30 AÑOS DE EDAD QUE ACUDEN AL AREA DE CONSULTA
EXTERNA DE LA UNIDAD ANIDADA DEL HOSPITAL BABA EN LA
CIUDAD DE BABA DESDE FEBRERO A AGOSTO DEL 2012**

**AUTORAS:
LOPEZ GUZMAN WENDY MARITZA
GARCIA CONTRERAS MAVI KAROLINA**

**DIRECTORA:
OBST. GERMANIA MARCELA MONTES PAREJA**

**BABAHOYO - LOS RIOS- ECUADOR
2012**

Todos los conceptos, procedimientos, conclusiones, recomendaciones y criterios vertidos en la tesis de Obstetrix, son exclusiva responsabilidad de nuestra autoría.

Atentamente,

LOPEZ GUZMAN WENDY MARITZA

GARCIA CONTRERAS MAVI KAROLINA



**UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTETRICIA**

APROBACION DEL TRIBUNAL

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el informe de investigación sobre el tema **PLANIFICACION FAMILIAR ESTUDIO A REALIZAR EN PACIENTES ENTRE 20 A 30 AÑOS DE EDAD QUE ACUDEN AL AREA DE CONSULTA EXTERNA DE LA UNIDAD ANIDADA DEL HOSPITAL BABA EN LA CIUDAD DE BABA DESDE FEBRERO A AGOSTO DEL 2012**

FIRMA DEL TRIBUNAL

DEDICATORIA

"Agradece a la llama su luz, pero no olvides el pie del candil que, constante y paciente, la sostiene en la sombra."

Este trabajo lo dedico a:

Mi Padre Celestial, por darme la oportunidad de vivir y por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente.

A mi madre Mavi Contreras por su apoyo incondicional por sus consejos, sus valores, por la motivación constante por creer en mí y cuidar del tesoro más preciado que poseo.

A Dylan mi amado hijo a quien por muchas horas dejé de brindar cuidados, abrazos y amor quien llena mi vida de alegría, mi motivación principal

A mi gran amiga y compañera de tesis Wendy López, por ofrecerme siempre su ayuda, comprensión y cariño.

A Darwin por su ayuda desinteresada y por compartir conmigo cada instante de alegría y tristeza.

A Victor García mi padre porque aunque no esté a mi lado, de una u otra manera su ausencia fue también mi motivación.

MAVI GARCIA CONTRERAS

DEDICATORIA

A Dios por darme un espíritu de fortaleza para superar los obstáculos que se me ha presentado, por llenar mi mente de sabiduría y por su infinita bondad que ha puesto en mi corazón.

Mis padres Luis y María por darme el regalo más maravilloso que cualquier ser humano puede pedir la vida, por ser un pilar importante para mí y más por ser un ejemplo de esfuerzo y superación, por amarme tanto, creer en mí y por su apoyo incondicional durante toda mi carrera.

Mi hermano Danny por llegar a mi vida y ser mi compañero y por darme la oportunidad de ser un ejemplo para él.

A mi compañera, amiga y hermana Mavi Karolina por darme la oportunidad de conocerla y llegar a su vida, por convertirse para mí en un ejemplo de superación, inteligencia y amor propio, siendo así una amiga única e incondicional con la cual compartí momentos inolvidables.

A ti un ser invisible que aunque no estas entre nosotros nunca has dejado de estar en mi corazón y en mi mente Verónica Juliana.

Y por último pero no menos importante a ti Jorge Luis por ser a aquella persona que nunca me dejo sola y por amarme tanto.

WENDY LOPEZ GUZMAN

AGRADECIMIENTO

Mi eterno agradecimiento a Dios por la vida y la oportunidad que me dio para culminar este trabajo guiándonos día a día.

A la Universidad Técnica de Babahoyo y en especial a la Facultad de Ciencias de la salud que me dieron la oportunidad de formar parte de ellas.

A la directora de tesis Obstetriz Germania Montes Pareja quien con su experiencia como docente ha sido la guía idónea, durante el proceso que ha llevado el realizar este trabajo, que ha brindado el tiempo necesario, como la información para que este anhelo llegue a ser felizmente culminado.

A Andrea Vecilla por su colaboración desinteresada en este proyecto.

A los funcionarios del Hospital Baba y la Unidad Anidada y a aquellas pacientes que participaron en las encuestas que proporcionaron la información necesaria.

A todos quienes colaboraron en la realización de este proceso.

Mil Gracias

MAVI GARCIA CONTRERAS

AGRADECIMIENTO

Deseo dejar constancia de mi profundo agradecimiento en primer lugar a Dios a mis padres que son el motor de mi vida, a mis docentes y de manera muy especial a la Obst. Germania Montes Pareja por su colaboración, apoyo, confianza y por guiar cada paso de este proyecto investigativo.

Quiero agradecer de manera sincera a mi compañera de tesis Mavi por ser un apoyo valioso durante todo este proyecto.

Le agradezco a la Unidad Anidada del hospital Baba el haberme facilitado los medios suficientes para llevar a cabo el desarrollo de esta tesis.

A todos mil gracias.

INDICE

INTRODUCCIÓN

CAPITULO I

1	CAMPO CONTEXTUAL PROBLEMÁTICO	1
1.1	Contexto Nacional, Regional, Local y/o Institucional	1
1.1.1	Contexto Nacional	1
1.1.2	Contexto Regional	6
1.1.3	Contexto Local	7
1.1.4	Contexto Institucional	10
1.2	Situación actual del objeto de investigación	13
1.3	Formulación del Problema	14
1.3.1	Problema General	14
1.3.2	Problemas Derivados	14
1.4	Delimitación de la Investigación	14
1.4.1	Temporal	14
1.4.2	Espacial	15
1.4.3	Unidades de observación	15
1.5	Justificación	15
1.6	Objetivos	17
1.6.1	Objetivo General	17
1.6.2	Objetivos Específicos	17

CAPITULO II

2	MARCO TEÓRICO	18
2.1	Alternativas teóricas asumidas	18
2.2	Categorías de análisis teórico conceptual	19
2.2.1.1	La familia	19
2.2.1.2	Salud sexual y Reproductiva	19
2.2.1.3	Fecundidad	21
2.2.1.4	Eje Hipotálamo-Hipófisis-Gonadal	21
2.2.1.5	Ciclo sexual femenino	25
2.2.1.6	Riesgo Reproductivo	34
2.2.1.7	Planificación familiar	34
2.2.1.8	Asesoramiento Preconcepcional	35
2.2.1.9	Riesgo Obstétrico	37
2.2.2	Asesoramiento en Infertilidad	42
2.2.3	Asesoramiento y uso de métodos anticonceptivos	46
2.2.4.	Anticonceptivo	46
2.2.4.1	Métodos Tradicionales	48
2.2.4.2	Métodos Biológicos	48
2.2.4.3	Métodos Reversibles	56

2.2.4.4	Métodos Temporales Hormonales	61
2.2.4.5	Métodos Temporales Intrauterinos	78
2.2.4.6	Métodos Definitivos Quirúrgicos	81
2.3	Planteamiento de Hipótesis	84
2.3.1	Hipótesis General	84
2.3.2	Hipótesis Específicas	84
2.3.3	Variables	84
2.3.4	Variables Independientes	84
2.3.5	Variables Dependientes	85
2.4	Operacionalización de las Hipótesis Específicas	87
CAPITULO III		
3.	METODOLOGÍA	88
3.1	Tipo de Investigación	88
3.2	Universo y Muestra	88
3.3	Métodos y técnicas de Recolección de Información	89
3.3.1	Métodos de investigación	89
3.3.2	Técnicas	90
3.4	Procedimiento	91
CAPITULO IV		
4	ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	92
4.1	Tabulación e Interpretación de Datos	92
4.2	Comprobación y Discusión de Hipótesis	106
4.3	Conclusiones	107
4.4	Recomendaciones	109
CAPITULO V		
5.	PROPUESTA ALTERNATIVA	110
5.1	Presentación	110
5.2	Objetivos	112
5.2.1	Objetivo General	112
5.2.2	Objetivos Específicos	112
5.3	Contenidos	113
5.3.1	Enfoques	114
5.3.2	Base legal	116
5.4	Descripción de los aspectos operativos de la propuesta	117
5.5	Recursos	119
5.6	Cronograma de Ejecución de la Propuesta	121
CAPITULO VI		
6.	BIBLIOGRAFÍA	122
CAPITULO VII		
7.	ANEXOS	124
7.1.	Encuesta	124

7.2	Imágenes de métodos anticonceptivos	127
7.3.	Durante el asesoramiento en anticoncepción	132

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1:	Servicios de Planificación Familiar a los que acceden	93
Tabla 2:	Prevalencia del uso de métodos anticonceptivos	94
Tabla 3:	Abandono del método anticonceptivo	96
Tabla 4:	Exámenes de Laboratorio	97
Tabla 5:	Usuaris que se les realiza citología cervicouterino	98
Tabla 6:	Antecedentes Gineco-Obstétricos	99
Tabla 7:	Usuaris con antecedentes de aborto	100
Tabla 8:	Causas de rechazo o abandono de métodos	101
Tabla 9:	Uso de métodos anticonceptivos por nivel de instrucción	102
Tabla 10:	Razones para el uso de anticonceptivos	103
Tabla 11:	Usuaris que embarazaron utilizando anticonceptivos	104
Tabla 12:	Anticonceptivos con los que embarazaron las usuarias	105
Tabla de	Patologías de riesgo preconcepcional y conducta a seguir	40
Tabla de	Factores de riesgo de la pareja infértil	43
Tabla de	Clasificación de métodos anticonceptivos	47
Tabla de	características del método de amenorrea de la lactancia	55

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1:	Servicios de Planificación Familiar a los que acceden	93
Ilustración 2:	Prevalencia del uso de métodos anticonceptivos	95
Ilustración 3:	Abandono del método anticonceptivo	96
Ilustración 4:	Exámenes de laboratorio	97
Ilustración 5:	Usuaris que se les realiza citología cervicouterino	98
Ilustración 6:	Antecedentes Gineco-Obstétricos	99
Ilustración 7:	Usuaris con antecedentes de aborto	100
Ilustración 8:	Causas de rechazo o abandono de métodos	101
Ilustración 9:	Uso de métodos anticonceptivos por nivel de instrucción	102
Ilustración 10:	Razones para el uso de anticonceptivos	103
Ilustración 11:	Usuaris que embarazaron utilizando anticonceptivos	104
Ilustración 12:	Anticonceptivos con los que embarazaron las usuarias	105

INTRODUCCION

La familia es la unidad básica de la sociedad, en su atención incluye la planificación familiar ya que permite a hombres y mujeres la posibilidad de elegir con responsabilidad el número de hijos, logrando beneficios en los aspectos económicos y físicos de las familias. Un componente muy importante de la atención integral en salud a la familia es el acceso a los servicios de salud reproductiva.

El acceso universal a la salud sexual y reproductiva es considerado fundamental para la consecución de los objetivos de desarrollo del milenio al considerar que estos no podrían ser alcanzados si no se progresa en lo relativo a la planificación familiar.

Anualmente se podrían evitar miles de muertes maternas si las mujeres que no desean tener hijos utilizarían métodos anticonceptivos eficaces, el plan nacional de reducción acelerada de la muerte materna y neonatal considera a la planificación familiar como una de las principales estrategias para lograr las metas propuestas y reducir la mortalidad materna en nuestro país

La planificación familiar constituye una de las estrategias para alcanzar una salud sexual y reproductiva, plena razón por la cual todos los individuos deberían acceder, elegir y beneficiarse del avance científico en lo relacionado a métodos anticonceptivos. Es importante expresar que debe quedar claro que la salud reproductiva es un proceso de toda la vida y parte integrante del desarrollo humano.

Tiene que ver con la preparación adecuada antes de la concepción, y más tarde para velar para que el embarazo, parto y puerperio sean seguros.

Luego se vincula con el niño pequeño, a medida que se desarrollan sus actitudes acerca de la reproducción y las relaciones entre los sexos.

Más adelante concierne al adolescente, cuando los conocimientos y actitudes se transforman en prácticas y se busca protección contra las infecciones de transmisión sexual.

También tendrá incumbencia sobre el adulto que piensa en organizar su vida familiar y se ocupa de la aparición de padecimientos crónicos.

Finalmente trasciende a la etapa del climaterio frente a los cambios hormonales y sus implicancias.

En realidad la salud reproductiva constituye el eje principal de la promoción y de la protección de la salud.

La tarea es permanente si consideramos que generación tras generación siempre habrá gente que necesite planificación familiar.

La Planificación Familiar se compone de tres momentos:

El primer momento identifica a las y los usuarias/os que buscan un embarazo y que planifican su familia para la consecución de este objetivo entendido como Control Pre concepcional.

El segundo momento comprende a las y los usuarias/os que ejercen su derecho a la sexualidad y no quieren un embarazo por lo que planifican su familia para la consecución de este objetivo entendido como Asesoramiento y uso de métodos de Anticoncepción.

El tercer momento está dirigido hacia las y los usuarios/as que buscan un embarazo, mas no lo consiguen con facilidad por lo que planifican su familia para la consecución de este objetivo entendido como Asesoramiento y Manejo de la Infertilidad

Partimos de la base de que la salud en general y la salud sexual y salud reproductiva en particular es probablemente el bien social más importante de la familia actual por tanto planificar la misma constituye el eje sustancial del bienestar social y económico de la familia, la comunidad y la nación.

La planificación familiar permite a la pareja definir el momento apropiado para tener hijos, tomando en cuenta la salud de la mujer y los diferentes factores de riesgo reproductivo.

El Buen Vivir en el ámbito de la vida sexual y reproductiva significa tener una vida sexual placentera, segura, que la maternidad sea una opción y no una obligación, que cada embarazo sea deseado, que todos los partos sean seguros y que las mujeres no pierdan la vida al dar la vida.

CAPITULO I

1.- CAMPO CONTEXTUAL PROBLEMÁTICO

1.1 Contexto Nacional, Regional, Local y/o Institucional

La investigación se desarrolló en el ámbito local, es decir la ciudad de Baba, pero su estudio y tema de análisis entra en el contexto de la medicina general. Siendo el área específica de estudio la gineco- obstetricia, la institución es un centro de salud donde se brinda atención primaria en salud.

En el cual existe la accesibilidad a los Servicios de Salud sexual y Reproductiva sin ningún tipo de nivel socioeconómico.

1.1.1 Contexto Nacional

Ecuador es un país andino de América del Sur que limita al Norte con Colombia, al Sur y al Este con Perú, y al Oeste con el océano Pacífico.

Ecuador, situado en el Nor-Occidente de América del Sur, cuenta con una superficie de 256.370 kilómetros cuadrados. Su población es de **14'483.499** habitantes, con una tasa de crecimiento anual del 2,1 %. El país se encuentra en una transición demográfica por cuanto existe una natalidad moderada, urbanización acelerada y fenómenos de migración interna y externa. La población es relativamente joven, el 51% de la misma se ubica

en los grupos de edad de 15-49 años. Este grupo engrosa el 78% de la población económicamente activa.

Su capital es Quito. Ecuador es surcado de norte a sur por una sección volcánica de la Cordillera de los Andes, con más de 80 volcanes, siendo el más alto el Chimborazo con 6310 msnm.⁶ Al oeste de los Andes se presentan el Golfo de Guayaquil y una llanura boscosa; y al este, la Amazonia. Es el país con la más alta concentración de ríos por kilómetro cuadrado en el mundo. El territorio ecuatoriano incluye las oceánicas Islas Galápagos 1000 km al oeste de la costa. Ecuador es la octava economía Latinoamericana, la séptima suramericana y la décima americana, es el país más densamente poblado de Sudamérica y el quinto del continente, Ecuador es la tercera economía con más rápido crecimiento en Latinoamérica, sus casi 15 millones de habitantes promedian una calidad de vida, crecimiento económico, desarrollo humano y PIB nominal que se hallan entre los más altos de Suramérica, además es uno de los países que más ha envejecido de Latinoamérica.

Los primeros asentamientos humanos en el territorio ecuatoriano se remontan a 12 000 a. C. (El Inga, Chobshi, Cubilán, Las Vegas), posteriormente se desarrollaron varios pueblos precolombinos. El Imperio incaico conquistó parcialmente la región a mediados del siglo XV, y la conquista española en este territorio se inició un siglo después, en 1534. Fue colonia española durante casi trescientos años. La época independentista tuvo sus orígenes en 1809, e inició el proceso emancipador comprendido desde 1820 hasta el 1822. Después de la definitiva independencia del dominio español, parte del territorio se integró rápidamente a la Gran Colombia, mientras el territorio del litoral permaneció independiente hasta la anexión vía *manu militari* por parte de Simón Bolívar. En 1830 los territorios colombianos del sur se separaron y se creó la nación ecuatoriana. Desde los inicios de la república existió una inestabilidad política lo que condujo al

origen de varias revoluciones a lo largo del siglo XIX. El siglo XX estuvo marcado por la poca o nula participación del país en las guerras mundiales, varios conflictos limítrofes con el Perú, y la conformación de gobiernos militares. En 1979, el Ecuador volvió al sistema democrático, aunque la inestabilidad política entre 1996 a 2006 llevó al país a una crisis económica y social, dando como resultado la dolarización del país y tres presidentes derrocados antes de terminar su mandato.

Ecuador es un importante exportador de petróleo en la región además consta como el principal exportador de banano a nivel mundial⁸ y uno de los principales exportadores de flores, camarones y cacao.

Políticamente, el Ecuador es un Estado constitucional republicano y descentralizado, dividido político-administrativamente en 7 regiones, 24 provincias, 226 cantones y 1.500 parroquias.

El actual Estado Ecuatoriano está conformado por cinco funciones estatales: la Función Ejecutiva, la Función Legislativa, la Función Judicial, la Función Electoral y la Función de Transparencia y Control Social.

División administrativa

El territorio del Ecuador se divide en: Parroquias, Cantones, Provincias, y Regiones. Cada Región, Provincia, Cantón, Parroquia Rural y Distrito Metropolitano tiene un Gobierno Autónomo Descentralizado encargado de ejecutar políticas dentro de su ámbito.

Idioma

El idioma oficial y de relación intercultural es el español, con sus peculiaridades y modismos propios de cada zona o región. El quichua, el

shuar, el tsáfiqui y «demás idiomas ancestrales son de uso oficial para los pueblos indígenas, en los términos que fija la ley».

Según el censo de 2001, el 94% de la población habla español y el 4,8% habla alguna lengua nativa (3,7% hablan una lengua nativa y español; 1,1% hablan sólo una lengua nativa). De las 13 lenguas nativas que fueron contabilizadas por el mencionado Censo, el quichua, hablado por el 4.1% de la población, es la más difundida. La segunda lengua nativa es el shuar, hablado por el 0,55% de la población.

Es un Estado laico, sin embargo su población es mayoritariamente católica y la influencia de esta y otras Iglesias determina un contexto conservador, que en el último tiempo ha tenido embates fuertes de corrientes totalitarias no respetuosas con los derechos sexuales y reproductivos. La Incidencia Política y la presión de los movimientos y organizaciones sociales lograron incorporar en la Constitución del 2008, distintos artículos que promueven en las personas, comunidades, pueblos, nacionalidades y colectivos son titulares y gozarán de los derechos garantizados en la Constitución y en los instrumentos internacionales.

Respecto a la planificación familiar con base en el Programa de Acción de la CIPD de 1994, el enfoque del programa se basa en brindar a las parejas y a los individuos los recursos necesarios para que puedan lograr sus aspiraciones reproductivas y ejercer su derecho a tener el número de hijos que desean.

Los programas de planificación familiar en la región están siendo víctimas de su propio éxito. Al ser efectivos y mostrar grandes logros, cada vez reciben menos apoyo político y financiero por ya no considerarse prioritarios. Por su parte, las organizaciones no gubernamentales (ONG)

están disminuyendo su actividad como proveedoras de anticonceptivos probablemente porque ellas también están recibiendo menos recursos aun cuando son quienes pueden tener un mejor acercamiento a las poblaciones antes mencionadas. Así, la mayor parte de la demanda de planificación familiar está siendo atendida por los servicios públicos, pero la actual crisis económica y el retiro de algunos donantes bilaterales y agencias de cooperación ponen en riesgo su futura sustentabilidad.

La asistencia brindada por UNFPA se centra en la necesidad urgente de repositionar los programas de planificación familiar como componente integral de los servicios de salud sexual y reproductiva, así como en garantizar el abastecimiento constante de los insumos requeridos en estos servicios.

En los últimos 20 años las cifras de mortalidad materna han descendido, no obstante, siguen siendo altas en muchos países de la región. Bahamas, Chile y Uruguay ya han logrado superar la meta de reducir en tres cuartas partes la tasa de mortalidad. Sin embargo, en el otro extremo, países como Haití, Guyana, Bolivia, Guatemala, Honduras, Perú y nuestro país viven situaciones preocupantes.

La morbilidad y mortalidad materna afectan particularmente a las mujeres más pobres, rurales, indígenas, afro descendientes y a las que tienen menor acceso a servicios de salud. Reducir su incidencia es un asunto de derechos humanos y una prioridad crucial para el desarrollo internacional.

En este 2012 se invirtieron 29 millones de dólares y 28 más en el 2013 en jornadas de asesoramiento de planificación familiar para crear conciencia en la sociedad. Con estos antecedentes se busca reducir en el 35% la mortalidad materna y neonatal para el 2013.

1.1.2 Contexto Regional

Los Ríos, oficialmente Provincia de Los Ríos, es una de las 24 provincias de la República del Ecuador, localizada en la región litoral del país. Su capital es la ciudad de Babahoyo y su localidad más poblada es la ciudad de Quevedo. Es uno de los más importantes centros agrícolas del Ecuador. Con sus 778 115 habitantes, Los Ríos es la cuarta provincia más poblada del país, debido principalmente al reciente desarrollo de la industria.

Su territorio está ubicado en la parte central del litoral del país y limita con las provincias de Guayas, Santo Domingo de los Tsáchilas, Manabí, Cotopaxi y Bolívar.

Según el último ordenamiento territorial, la provincia de Los Ríos pertenece a la región comprendida también por las provincias de Bolívar, Guayas y Santa Elena.

División Política

Los Ríos se dividen en 13 cantones:

- Baba
- Babahoyo
- Buena Fe
- Mocache
- Palenque
- Pueblo viejo
- Quinsaloma
- Urdaneta
- Valencia
- Vinces
- Ventanas
- Montalvo

Hidrografía

La red fluvial de esta provincia es extensa; los ríos nacen en la cordillera occidental de los Andes, el principal es el Babahoyo con sus afluentes el San Pablo y el Caracol; también recibe las aguas de los ríos Pueblo viejo, Vinces, Zapotal, Yaguachi, y amazonas con los que se une al Daule y forman el Guayas. Los ríos son afluentes de otros ríos como el Narcea del Nalón y el Júcar del cabri

Atractivos Turísticos

- Las playas de la hacienda El Salto y las del río Seco
- El Cerro Cacharí y su curiosa estructura
- El estero de Dimas
- La Ruta del Río en Quevedo
- Río San Pablo de la Parroquia La Esperanza
- La playita de Quevedo
- Malecón de Quevedo
- Río Gallina - Buena Fe

1.1.3 Contexto Local

El cantón Baba perteneciente a la provincia de Los Ríos está considerado como uno de los cantones más antiguos y productivos. Se considera que la zona fue el asiento del Cacique de la imponente Tribu de los Baba, y justamente en ese territorio que se convirtió en el asiento que erigió la población española luego de la conquista

Baba “La Noble y Torera” como la llamaba el gran historiador don Modesto Chávez Franco, estancó su progreso con la pérdida de su río cuyo cauce fue desviado.

En 1858, el Congreso otorgo a Baba la categoría de cantón que mantiene hoy en día. Para 1863 Baba se encontraba formado de las Parroquias Baba, Guare y Juana de Oro, pero en el año de 1882 la Ley de División Política, le hizo una nueva asignación de las Parroquias Baba, Guare e Isla de Bejucal.

Con esta división política, el cantón Baba está a 20 metros sobre el nivel del mar y ocupa una extensión territorial de 509.73 km² (76 km² en la cabecera cantonal y 433.73 km² en la parroquias rurales).

El clima en Baba es de tipo Tropical Mega Térmico Semi Húmedo; en los meses de abril a julio la temperatura es de 24°C a 26°C; mientras que entre agosto a marzo las temperaturas alcanzan los 32°C y 36°C.

El período de lluvias comprende de diciembre a mayo, separado por una estación seca también marcada de junio a noviembre, con lluvias en forma de garúas que caen en período seco.

La zona montañosa y la vegetación permiten una condensación de las masas de aire con alto contenido de agua y por tanto fertilidad en la vegetación espontánea. El bs-T presenta en el cantón y en la provincia las mejores condiciones para la ganadería y, con riego suplementario, para la agricultura. La vegetación arbórea va desapareciendo poco a poco para dar paso a los potreros y zonas de cultivo.

Baba está integrado por varios ríos que sirven de sustento para las actividades agrícolas y pecuarias que se desarrollan en el cantón, entre los principales están: El Arenal, Baba Viejo; Colorado; Río de La Isla; Río Seco de Baba y Junquillo

Población

En el cantón suman 34.356 habitantes, de los cuales el 53.37% son hombres y el 46.63% mujeres, siendo el 11.16% correspondiente a la zona urbana y el 88.84% a la zona rural.

En este territorio se asientan alrededor de 147 recintos. El cantón representa el 5.4% del total de la Provincia de Los Ríos; su crecimiento en el último período intercensal fue del 1,6% promedio anual.

La población de Baba, ha crecido notablemente especialmente en población joven radicada en la zona rural (88,9%), siendo el 54.4% menores de 20 años de edad.

La Población Económicamente Activa del Cantón Baba es de 12.156 que representa el 35.38% del mientras que la Población Inactiva es de 18.754 y representaba el 54.58% del total; los no declarados sumaban 3.446 y representaban el 10.04%.

En el censo de 2010 tiene la población de 39.681 habitantes, divididos en 18,916 hombres y 20,765 mujeres

Medios de vida

La agricultura es la principal actividad de la población que permite en la mayoría de familias mantener una economía de subsistencia.

Sin embargo, dentro de la distribución de la tenencia de tierras, persiste una gran inequidad en el acceso a la misma por parte de los pequeños productores, lo cual refleja que tal solo alrededor del 15% del total de hectáreas de tierra de la provincia, se allá ocupado por un 65% del total de los productores agropecuarios.

Dentro de los cultivos transitorios, el arroz es el producto de mayor importancia dentro del cantón con 13.133 hectáreas, sembradas en 3.098 UPAs, el segundo cultivo de mayor importancia dentro del cultivo transitorio es el maíz duro con 2.274 hectáreas, sembradas en 875 Upas. El tercer cultivo importante es la soya con 1.148 hectáreas sembradas en 201 Upas el fréjol seco 130 hectáreas sembradas en 80 Upas.

En relación a los cultivos permanentes, el banano es el principal con 7.562 hectáreas sembradas en 207 Upas, el segundo cultivo de mayor importancia es el cacao con 3.012 hectáreas en sembradas en 1.577 Upas.

1.1.4 Contexto Institucional

El Centro de salud Hospital de Baba, fue obra del Señor Dr. Francisco Huerta; el mismo que hizo las gestiones para que el Cantón Baba tenga su Hospital, el terreno fue donado por el Ilustre Municipio, comenzó a laborar en noviembre de 1982 con la consulta externa y el 17 de mayo de 1983 fue inaugurado como hospital, comenzó a laborar con todos los departamentos que en ese entonces se crearon de acuerdo a la realidad y a las necesidades de ese tiempo, contaba con 15 camas.

El Hospital tuvo como Director al Dr. Manuel Gómez Coello León, el cual llamo a reunión a todos los moradores del Cantón Baba para darles a conocer sobre qué nombre llevaría el Hospital en ese tiempo, se propuso que se llame "XAVIER MARTINEZ AGUIRRE", pero los moradores del Cantón Baba manifestaron que lleve el nombre de BABA en honor al Cantón y es el que se mantiene actualmente. El Dr. Manuel Gómez Coello León ceso en sus funciones en el año 1989, para ser reiterado a sus funciones como médico tratante.

El Centro de Salud Hospital Baba, contaba con un Centro de Salud Hospital, tres Subcentros de Salud rurales y un Puesto de Salud

La Constitución Política como el Plan de Desarrollo para el Buen Vivir, establecen que la estrategia de Atención Primaria de Salud, debe ser la base de la organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud y de la Red Pública Integral de Salud; es por esto que se creó la Unidad Anidada del hospital Baba el 13 de febrero del 2012

Este mandato implica reorientar el modelo de atención hacia un modelo que fortalezca la promoción y la prevención; implementar estrategias que permitan el acceso equitativo y continuo a servicios integrales de salud, que se adecuen a las necesidades y demandas de la población, reconociendo y dando respuesta a las especificidades que devienen de la diversidad étnica y cultural, del momento del ciclo vital, de género y territorial. Implica también la articulación intersectorial y la participación ciudadana en torno a procesos de desarrollo y mejoramiento de la calidad de vida. La Atención Primaria no significa exclusivamente servicios en el I nivel de atención, sino que considera que el I nivel de atención es la puerta de entrada a los otros dos niveles más complejos de atención, con la finalidad de dar atención integral y específica a las demandas individuales.

Un sistema de salud debe estar organizado para satisfacer las necesidades de salud de una población, y se ha comprobado que con una buena APS se puede satisfacer entre un 80 a 90 % de todos los problemas. Este porcentaje evidencia la importancia de tener, en cualquier sistema de salud, una APS bien establecida, y fuerte, donde se resuelven los problemas con costos más bajos, con menos recursos y sobre todo en concordancia a la realidad de las personas, particularmente a sus aspiraciones personales y sociales.

En la actualidad la Unidad Anidada cuenta con nueva infraestructura entregada el 19 de octubre del presente año adecuada por la demanda de pacientes garantizando el buen vivir

Cuenta con 8 consultorios, un área de preparación de pacientes y el área de estadística

Donde laboran cada día

- 5 Médicos generales
- 4 Odontólogos
- 2 Obstetras
- 1 Lcdo. de enfermería
- 1 Auxiliar de enfermería
- 4 Personas encargadas del área de estadística

Y atienden alrededor de 150 pacientes diarios, de estos 64 corresponden a la consulta obstétrica, recalcando que aproximadamente cada día se forman 30 historias clínicas nuevas

Contando así con 7744 pacientes que reciben atención en las distintas áreas que ofrece esta Unidad

Ambito Geográfico

El Centro de salud Hospital de Baba, está ubicado en la Calle Quito y Luís Urdaneta, diagonal al Parque Central de la Ciudad y al frente de la Iglesia San Francisco de Asís en la Ciudad de Baba perteneciente al Cantón Baba en la Provincia de Los Ríos.

Directores Del Hospital De Baba

- Dr. Manuel Gómez Coello
- Dr. Freddy Zambrano Díaz
- Dr. Adelmo Guerrero
- Dr. Emilio Dueñas
- Dr. Cesar Morán
- Dr. José Yagual
- Dr. Fernando Manzo
- Dra. Elida Sánchez Mayorga
- Dr. Enrique Icaza desde el 15 octubre del 2012 hasta la actualidad.

1.2 Situación actual del objeto de investigación

En el Ecuador la planificación Familiar constituye una de las estrategias más importantes para asegurar una salud sexual y reproductiva plena, actualmente el trabajo de promoción en salud reproductiva es permanente buscando la reducción de embarazos no deseados y los casos de multiparidad en mujeres jóvenes.

A pesar de los esfuerzos emprendidos en los últimos años todavía existe una brecha en relación al acceso, al conocimiento de las opciones anticonceptivas y su utilización, muchas usuarias utilizan anticonceptivos para prevenir el embarazo pero fracasan por múltiples razones: falta de instrucciones claras acerca del uso, el no conseguir el método más adecuado de acuerdo a sus necesidades, el desconocimiento de efectos colaterales, etc.

Destacando así que gracias a los servicios de salud y el personal sanitario capacitado que brinda información clara y veraz ha aumentado el número de usuarios/as que acceden a la consulta externa en busca de Planificación familiar de acuerdo a sus necesidades.

Siendo así que en la Unidad Anidada del Centro de Salud Hospital Baba reportan en seis meses aproximadamente 1010 usuarias entre 20 a 30 que acuden por Planificación Familiar, de estas el 99% corresponde a quienes buscan consejería en Anticoncepción.

1.3 Formulación del Problema

1.3.1 Problema General

De qué manera afecta el rechazo a los métodos de Planificación Familiar en las pacientes entre 20 a 30 años de edad que acuden al área de consulta externa de la Unidad Anidada del Hospital Baba?

1.3.2 Problemas Derivados

- La falta de conocimiento de los servicios de planificación familiar influye en la salud sexual y reproductiva de las mujeres de 20 a 30 años que acuden al área de consulta externa?
- Qué factores influyen en que las pacientes de 20- 30 años de edad rechacen o abandonen el tratamiento de Planificación Familiar?
- Cuál es el tipo de métodos anticonceptivos que utilizan las usuarias de 20-30 años que está causando embarazos no deseados?

1.4 Delimitación de la investigación

1.4.1 Temporal

Febrero- Agosto 2012

1..4.2 Espacial.

Institución: Unidad Anidada del Hospital Baba

Ubicación: Calle Quito y Luis Urdaneta, diagonal al parque Central
Cantón Baba
Provincia de Los Ríos
País Ecuador

1.4.3. Unidades de observación:

Pacientes de 20 a 30 años de edad que acuden a la consulta por planificación Familiar

Personal de salud de Consulta Externa de la Unidad Anidada

1.5 Justificación

El estudio de la Planificación Familiar es muy importante ya que en la actualidad existe un número elevado de mujeres adultas jóvenes que se ven inmersos en casos de multiparidad, que pueden traer serios problemas durante el embarazo o en la etapa del post-parto; como también embarazos no deseados donde la primera elección es el aborto pudiendo desencadenar graves complicaciones. Y así estas situaciones aumentan la tasa de mortalidad materna e infantil. En el mundo la mortalidad materna es inaceptablemente alta. Cada día mueren unas 800 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto.

Según la OMS de los 210 millones de embarazos anuales, 80 millones son no planeados, es decir 2 de cada 5 embarazos. De los embarazos no planeados, 46 millones (58%) terminan interrumpiéndose, 19 millones de estos en países donde la intervención voluntaria del embarazo es ilegal.

En el Ecuador Según el INEC cada dos días muere una mujer por causas del embarazo, parto y puerperio (90.2 x 100 mil nacidos vivos) y 10 niños menores de un año cada día (18.1 x mil nacidos vivos).

Siendo la segunda causa de muerte materna el aborto con un 6.1%; es decir que mueren 40 mujeres por cada 100.000 nacimientos vivos de las cuales el 70% corresponde a mujeres menores de 30 años.

La falta de acceso de las mujeres a la información y servicios oportunos y de buena calidad en salud sexual y reproductiva continúa siendo un problema endémico ya que la gran mayoría de estas muertes podrían haberse evitado.

Esto es lo que motivó al desarrollo de este estudio que permitirá conocer y evaluar la efectividad de los programas en Planificación Familiar desarrollados hacia nuestras mujeres e identificar si se brinda a las usuarias el adecuado conocimiento y uso de los métodos anticonceptivos empleados, la prevalencia del uso de estos métodos, la adherencia a este tipo de programas, identificar cuáles son los grupos con escaso acceso a estos servicios y los servicios de orientación en relación a salud reproductiva.

En la provincia de Los Ríos, principalmente en las zonas rurales, la presencia de mujeres jóvenes y adultas que han pasado por más de un embarazo o un aborto, en cortos periodos de tiempo es común. Existen familias muy grandes con escasos recursos económicos como para vivir dignamente, lo cual representa un problema aún más grave ya que aquí el escaso acceso a la información sobre Planificación Familiar afecta directamente a la madre y al hijo e indirectamente a toda la familia, reduciendo espacios, recursos, tiempo y esfuerzo por embarazos que muchas veces no son planificados.

1.6 Objetivos

1.6.1 Objetivo General

- Determinar los factores que inciden a que las pacientes rechacen el servicio de Planificación Familiar.

1.6.2 Objetivos Específicos

- Establecer el nivel de conocimiento que poseen las pacientes de 20 - 30 años de edad de los métodos anticonceptivos.
- Identificar los factores influyentes para que las pacientes rechacen o abandonen el tratamiento de Planificación Familiar.
- Capacitar a las pacientes de 20 -30 años de edad en los diferentes métodos anticonceptivos y especialmente, haciendo énfasis en las técnicas y procedimientos para su respectivo uso.

CAPITULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Alternativas teóricas asumidas

Dentro de la alternativa teórica asumida, se ha escogido el Modelo Socio crítico, que es un paradigma que surge como el planteamiento del pro desde una visión global, cómo la Evaluación de la intervención del personal de Gineco-Obstetricia en pacientes que acuden por planificación Familiar a fin de determinar sus componentes y factores sociales, económicos, considerando las condiciones ideológicas, políticas institucionales que configuran la práctica profesional.

Con esto se utiliza la búsqueda de la información y el análisis de la misma, se realizará con lo sugerido en los elementos del modelo socio crítico. Pero se considera que este modelo facilita el desarrollo de la investigación de acuerdo a este punto de vista nos sustentaremos en el modelo cualitativo y cuantitativo ambos enfoques deben ir estrechamente relacionados para posibilitar el análisis y la interpretación de las variables de estudio consideradas, por ser una metodología que apunta hacia el uso del método hipotético deductivo que va en orden secuencia y desarrollo.

El abordaje de los conceptos, el análisis cuantitativo y cualitativo de los resultados, debe realizarse desde el punto de vista objetivo y con el propósito de proporcionar información real, veraz, oportuna la misma que aportará significativamente.

2.2 Categorías de análisis teórico conceptual

2.2.1.1 La familia

Es un conjunto de personas que conviven bajo el mismo techo, organizadas en roles fijos (padre, madre, hermanos, etc.) con vínculos consanguíneos o no, con un modo de existencia económico y social comunes, con sentimientos afectivos que los unen y aglutinan.

Naturalmente pasa por el nacimiento, luego crecimiento, multiplicación, decadencia y trascendencia. A este proceso se le denomina ciclo vital de vida familiar. Tiene además una finalidad: generar nuevos individuos a la sociedad.

2.2.1.2 Salud sexual y Reproductiva

La salud sexual y reproductiva está íntimamente ligada y son interdependientes. Con esta perspectiva, la salud reproductiva se define como el estado general de bienestar físico, mental y social de las personas y no la mera ausencia de enfermedades o dolencias, en la esfera sexual y reproductiva. La Salud Reproductiva incluye la capacidad de las personas para tener una vida sexual segura y satisfactoria para reproducirse con la libertad de decidir cuándo, cómo y con qué frecuencia hacerlo. Este concepto implica el ejercicio de una sexualidad responsable, basada en relaciones de igualdad y equidad entre los sexos, el pleno respeto de la integridad física del cuerpo humano y la voluntad de asumir responsabilidad por las consecuencias de la conducta sexual.

La sexualidad y la reproducción son parte intrínseca de la salud sexual y reproductiva. La sexualidad forma parte de la vida de las personas durante toda su existencia y se desarrolla a través de los años, sobre la base del

conocimiento, valores, creencias y costumbres de su entorno social. La sexualidad es una realidad con la que viven a diario todas las personas, trasciende lo físico (relaciones sexuales); se traduce en las diferentes formas (conductas) que tienen las personas para expresarse y relacionarse con su entorno social y constituye una fuente importante de bienestar y placer tanto físico como mental, pero también constituye uno de los ejes fundamentales sobre los que se construyen las desigualdades e inequidades. Mientras que la sexualidad está presente y forma parte de toda la vida, la reproducción es la capacidad temporal de procrear que tienen hombres y mujeres

Libertad sexual

La libertad sexual es el derecho a la libertad de elección sexual del individuo. Según la OMS, supone el respeto hacia la sexualidad y las relaciones sexuales, el reconocimiento a la posibilidad de obtener placer y tener experiencias sexuales seguras, libres de coerción, discriminación y violencia. Para que la salud sexual se logre y se mantenga los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y cumplidos.

Derechos sexuales y reproductivos

- 1- Derecho a la vida, derecho fundamental que permite el disfrute de los demás derechos.
- 2- Derecho a la integridad física, psíquica y social.
- 3- Libertad a la finalidad del ejercicio de la sexualidad: recreativa, comunicativa, reproductiva.
- 4- Respeto a las decisiones personales en torno a la preferencia sexual.
- 5- Respeto a la opción de la reproducción.
- 6- Elección del estado civil.
- 7- Libertad de fundar una familia.
- 8- Libertad de decidir sobre el número de hijos, el espaciamiento entre ellos y la elección de los métodos anticonceptivos

- 9- Al reconocimiento y aceptación de sí mismo, como hombre, como mujer y como ser sexuado.
- 10- A la igualdad de sexo y género.
- 11- Al fortalecimiento de la autoestima, la autovaloración, y la autonomía para lograr la toma de decisiones adecuadas en torno a la sexualidad.
- 12- Expresión y libre ejercicio de la orientación sexual.
- 13- Libertad de elegir compañero/a sexual.
- 14- Elegir si se tienen o no relaciones sexuales.
- 15- A elegir las actividades sexuales según sus preferencias.
- 16- Derecho a recibir información clara, oportuna y científica acerca de la sexualidad.
- 17- A espacios de comunicación familiar para tratar el tema de la sexualidad.
- 18- A la intimidad personal, la vida privada y al buen nombre.

2.2.1.3 Fecundidad

Es la realización efectiva de la fertilidad, es decir, la abundancia de la reproducción biológica en cualquier especie biológica o incluso en la tierra misma.

En biología, fecundidad es el potencial reproductivo de un organismo o población, medido por el número de gametos, semillas o asexuales. La fecundidad es controlada tanto por la genética como por el ambiente, y es el principal indicador de la adaptación en el evolucionismo.

Como concepto demográfico, se mide por el número medio de hijos por mujer (índice de fecundidad o tasa de fecundidad), o mediante la tasa de fecundidad general (número de nacimientos por cada mil mujeres en edad fértil en un año).

2.2.1.4 Eje Hipotálamo-Hipófisis-Gonadal

El eje hipotálamo-hipófisis-gonadal controla la síntesis hormonal ovárica a través de factores liberadores (GnRH) y hormonas gonadotropicas

(LH, FSH); los esteroides ováricos ejercen una retroalimentación negativa sobre el hipotálamo y la hipófisis.

Hormonas del Aparato Reproductor Femenino

- **Hipotálamo:** Sintetiza la hormona liberadora de gonadotropinas o GnRH. Es una hormona producida por las neuronas hipotalámicas. Estimula la síntesis de LH y FSH en las células gonadotrópicas de la adenohipófisis. Llegan a esta por los vasos de la circulación porta.
- **La Gn-RH** es un decapeptido sintetizado por las células peptidérgicas hipotalámicas de la eminencia media, se halla bajo un fuerte control, y ejerce su acción en la adenohipófisis.
La secreción del a Gn-RH no es constante sino pulsátil. Donde estos pulsos son infrecuentes e irregulares. Y están altamente controlados por la retroalimentación que puedan efectuar las gonadotropinas.
- **Hipófisis:** Secreta dos hormonas llamadas Gonadotropinas que son la hormona Luteinizante y la hormona Folículo Estimulante (LH y FSH).

La secreción de la LH y FSH están controladas por la concentración de la Gn-RH que mantiene los niveles y regula la variación que controla el ciclo sexual femenino.

Ambas hormonas son sintetizadas y secretadas por las células gonadotropas de la adenohipófisis y actúan sobre el ovario.

Acciones de la FSH sobre el ovario: Estimula el crecimiento del folículo ovárico conduciéndolo hasta los diversos grados de maduración. Sólo uno llegará a la maduración completa.

Favorece la mitosis de las células de la granulosa y la formación de la teca, se encuentran receptores específicos en las células de la granulosa de los folículos preantrales. Estimula la formación de nuevos receptores a la propia FSH y luego de receptores para la LH a nivel del ovario.

Acción de la LH sobre el ovario: En la fase folicular estimula con la FSH el desarrollo de los folículos y es responsable de la secreción estrogénica en dichas células.

Sus receptores específicos se hallan en las células de la teca, siendo éstos inducidos por la FSH y los estrógenos.

Su incremento brusco en sangre provoca la ruptura folicular y la ovulación.

Induce la formación del cuerpo amarillo y su mantenimiento, y es responsable de la secreción de estrógenos y progesterona por el mismo.

- Ovarios: El ovario sintetiza y secreta distintas hormonas esteroideas que son:
 - Estrógenos: Estrona, Estradiol, y Estriol.
 - Progesterona: Producida durante la fase lútea del ciclo sexual femenino.
 - Inhibina: Actúa sobre las gonadotropinas hipofisaria, suprimiendo la producción de FSH.
 - Activina: Tiene la función inversa que la inhibina ya que ésta hormona estimula la producción de FSH.
- Estrógenos: Se denomina estrógenos a todas las sustancias capaces de reproducir en la mujer las modificaciones uterinas propias de la fase de la proliferación.

La fuente productora de los estrógenos son el ovario y la corteza suprarrenal.

La acción de los estrógenos es impulsar en la adolescencia el desarrollo del miometrio. En el endometrio aumentan el contenido de agua, electrolitos, enzimas y proteínas. Promueven la regeneración del epitelio después de la menstruación y producen la fase de la proliferación que incluye glándulas, estroma y vasos.

Las modificaciones somáticas y psíquicas producidas en la adolescencia se deben en gran parte a esta hormona. También la distribución del bello pubiano depende de esta.

- Progesterona: Son sustancias que al actuar sobre el aparato genital previamente preparado por los estrógenos producen cambios de carácter progestacional. Son sintetizadas mayormente por el cuerpo lúteo.

La acción de la progesterona es de preparar el útero para la anidación ovular. Cuando la progesterona comienza a actuar, el crecimiento del endometrio cesa y se inicia la fase secretora. El estroma acumula agua, las glándulas y las arteriolas espiraladas sufren modificaciones.

A nivel del ovario impide el desarrollo de un nuevo folículo.

Inhibe la producción de LH y estimula la liberación de FSH.

Actúa sobre los centros termorreguladores del hipotálamo provocando un ligero aumento térmico (en la segunda fase del ciclo).

Anatómica y Fisiológicamente se puede considerar el sistema reproductor femenino constituido por tres elementos básicos. El Hipotálamo la hipófisis y los ovarios.

Estos órganos se interrelacionan y producen diversos cambios en el ciclo sexual femenino. Este sistema (H-H-G) está dividido en cinco niveles de integración:

- Primer Nivel: Radica en el hipotálamo, donde están las neuronas esteroide sensibles, que registran la variación en los niveles de esteroides sexuales ováricos (Estrógeno y Progesterona).
- Segundo Nivel: Es la región del hipotálamo denominada área hipofisotrópica, cuyas neuronas (peptidérgicas) producen péptidos de acción hormonal, entre ellos la hormona Gn-RH. La integración entre ambos niveles se efectúa mediante sinapsis entre sus respectivas neuronas.
- Tercer Nivel: Se sitúa en la adenohipófisis, cuyas células (gonadotropas) son estimuladas por la Gn-RH para producir las hormonas gonadotrópicas LH y FSH. La Gn-RH llega a la adenohipófisis por medio de los vasos de la circulación portal.

- Cuarto Nivel: Se encuentra en el ovario, donde las gonadotropinas promoverán el desarrollo folicular. Las hormonas ováricas cierran el círculo al actuar sobre el primer nivel. Las mismas también actúan sobre el quinto nivel de integración.
- Quinto Nivel: Situado en los efectores periféricos (órganos y tejidos). Este es el nivel de integración.

Dentro de los cinco niveles, en los dos primeros la integración se hace por transmisión neuronal, y en los tres restantes por transmisión hormonal.

2.2.1.5 Ciclo sexual femenino

La interrelación dinámica existente entre el hipotálamo, la hipófisis y los ovarios. Posibilita la característica periódica del ciclo sexual femenino normal.

Las modificaciones morfológicas y endocrinas que acontecen en cada ciclo femenino constituyen así la consecuencia natural de la capacidad reproductora de la especie.

Cualquier anomalía que altere el normal funcionamiento entre el hipotálamo la hipófisis y los ovarios, determinará una alteración en la secreción endocrina y paralelamente un trastorno en la fertilidad.

El ciclo sexual femenino es una serie de acontecimientos durante los cuales un óvulo maduro sale del ovario hacia el interior del aparato reproductor cada 28-32 días. En el aparato reproductor se produce una serie de cambios destinados a preparar la fertilización

Divisiones del Ciclo Sexual Femenino.

El ciclo sexual femenino también es llamado ciclo bifásico, debido a que está compuesto por dos importantes fases. La Ovárica y la Uterina.
Fase Ovárica: Tiene como elemento fundamental al folículo. Su desarrollo y maduración en la mujer presenta tres características generales básicas.

Selectividad:

El folículo destinado a ovular, precede de un pool de folículos en crecimiento, que a su vez, proceden de una masa de folículos primordiales en reposo, formadas durante el desarrollo embrionario y fetal.

Continuidad: La puesta en marcha del desarrollo folicular es un proceso continuo, hasta que las reservas estén exhaustas.

Regularidad: El desarrollo folicular es un proceso regular y ordenado, con un índice constante de folículos que abandonan el pool en una unidad de tiempo. Esto significa que el ovario es un sistema regulado y coordinado de manera que el inicio del crecimiento folicular se realiza en intervalos de tiempo regulares y con un índice de depleción de pool constante.

Fase Uterina: (ciclo endometrial). Las distintas estructuras que forman el útero se hallan sometidas a la influencia de las hormonas ováricas. Las modificaciones más importantes se producen en el endometrio, también se observan en el moco cervical, expresión de la actividad de las glándulas del endocervix, y en forma menor en el miometrio.

- Bajo la acción sucesiva de estrógenos y progesterona producidos en el ovario, la mucosa endometrial experimenta cambios cíclicos en su estrato funcional que se diferencian en tres partes.
- Proliferativa o Estrogenica (Días del 5 al 13 del ciclo).
- Secretora o Progestacional (Días del 14 al 28 del ciclo).
- Menstrual o de Disgregación (Días del 1 al 4 del ciclo).
- No hay que olvidar que estas dos fases del ciclo sexual femenino (ciclo Ovárico y ciclo Endometrial) son sincrónicas. Ambas avanzan en el mismo tiempo, a pesar que uno se lleve a cabo en el ovario y el otro en el útero.

En la mujer, las células germinales se encuentran en la corteza externa del ovario en meiosis suspendida. Al alcanzar la pubertad quedan aproximadamente 400.000 óvulos, aunque solo lleguen a desarrollarse por completo y a ovularse menos de 400 óvulos.

Al ciclo ovárico se lo divide en tres etapas. 1). La fase folicular (pre-ovulatoria de ciclo sexual femenino) 2). La ovulación y 3). La fase lútea (pos-ovulatoria del ciclo sexual femenino).

Ciclo Ovárico.

La fase folicular va desde el folículo primordial (inmaduro) hasta el folículo de Graff (maduro), capas de ovular.

El folículo primordial debe pasar primero por el folículo pre-antral, luego por el folículo antral, y finalmente llegar a su madurez en el folículo de Graff.

- Folículo Primordial: Esta es una fase en reposo. Es un óvulo detenido en la primera profase meiotica. Estos folículos están constituidos por un ovocito rodeado de una sola capa de células de la granulosa, por fuera de ella se halla una membrana basal que separa ambas estructuras del líquido intersticial.
- Folículo Pre-Antral: Una vez iniciado su crecimiento el folículo primordial, progresa hasta el estadio del folículo pre-antral.

El ovocito aumenta de tamaño y queda rodeado por la zona pelúcida tras la cual las células de la granulosa están en mitosis, formando varias capas de células.

Pasando el período de crecimiento autónomo, la continuidad del desarrollo folicular depende de las gonadotropinas (LH y FSH).

Modificación celular en el folículo: formación de la teca interna y aparición de receptores de la FSH y estradiol. Una vez ocurridos estos cambios y el aumento del tamaño del folículo, este deja la corteza ovárica para pasar a la medula, que tiene mejor vascularización.

Las células tecales son productoras de esteroides y tienen una alta vascularización. Esto significa que el folículo está expuesto por primera vez a las hormonas plasmáticas, y así, bajo el flujo de las gonadotropinas

hipofisarias. Este folículo experimenta modificaciones estructurales y químicas que llevarán a la formación del folículo antral.

Las únicas células orgánicas que contienen receptores para la FSH son las de la granulosa. La presencia de estos receptores y los del estradiol en las células de la granulosa son fundamentales, dado el importante papel que desempeñan ambas hormonas en el desarrollo y maduración del folículo.

Las células de la granulosa pueden sintetizar los tres tipos de esteroides ováricos. Estrógenos, andrógenos, progesterona. Las células de la teca interna tienen receptores para la LH y responde al estímulo de estas sintetizando andrógenos que son aromatizados a estrógenos por las células de la granulosa.

Así, la presencia de la FSH y de estradiol resulta esencial para la proliferación de la capa de la granulosa, el crecimiento del folículo y la supervivencia del ovocito.

- Folículo Antral: Bajo el influjo de los estrógenos y la FSH, se produce un aumento de líquido folicular. La cavidad central llena de líquido se llama Antro Folicular.

Con la formación del antro el líquido folicular proporciona un medio en el que el ovocito y las células de la granulosa pueden nutrirse. Con la formación de este líquido el folículo también experimenta un aumento de tamaño llegando a 2 cm de diámetro. Este aumento de tamaño genera la capa tecal externa.

En esta fase del folículo aparecen receptores de LH en las células de la granulosa. La FSH es la responsable de este aumento de receptores para la LH, lo cual está relacionado con el proceso ovulatorio (pico de LH).

Entre los días 5 y 7 del ciclo, los niveles de estradiol se elevan, lo que indica que se está produciendo la selección del folículo dominante. El estradiol actúa con una retroalimentación negativa a nivel hipofisario

para la síntesis de FSH. Al bajar los niveles de FSH, frenaría el estímulo para los otros folículos menos desarrollados.

Al folículo dominante no le afecta esta disminución de los niveles de FSH por varios motivos, uno de ellos es la alta cantidad de receptores que tiene para esta hormona.

Este proceso de selección folicular, implica las siguientes fases:

- Reclutamiento Folicular: una serie de folículos primordiales inician su desarrollo.
- Selección del Folículo Dominante: Un único folículo está destinado a ovular.
- Dominancia Folicular: Mientras el folículo dominante se desarrolla los demás se atrofian.
- Ovulación.
- Dominancia Lútea.
- Luteolisis.
- Folículo de Graff: El folículo alcanza un diámetro de 2,5 cm, y su madurez total. Las células granulosas aumentan su volumen y presentan inclusiones de lípidos. La teca se presenta con una enorme vascularización. El folículo está maduro para ovular.

Ovulación:

Una vez alcanzada la maduración definitiva, el folículo de Graff se acerca a la superficie del ovario. El estradiol ejerce un papel fundamental en el desencadenamiento de la ovulación. Se puede afirmar que es el mismo folículo, el que desencadena su propio estímulo ovulatorio, por medio de la síntesis estrogénica. La FSH induce la formación de receptores para la LH, en las células de la granulosa del folículo antral. De esta manera la producción estrogénica acelerada, actúa desencadenando el pico de LH.

Para desencadenar el pico de LH, los niveles de estradiol deben sobrepasar un umbral mínimo, y mantenerse por encima de ese valor mínimo de tres días. La ovulación se produce a las 24-36 horas después del pico de estradiol.

El pico de LH es el responsable directo de la ovulación, aunque existan variaciones considerables de una mujer a otra, o incluso de un ciclo a otro. La ovulación se produce 10 y 12 horas después del pico de LH.

El aumento del AMPc y de progesterona activarían enzimas proteolíticas responsables de la digestión de la pared folicular, con lo que se libera el óvulo, y las células granulosas que lo rodean, en el peritoneo adyacente al orificio de las trompas de Falopio. El óvulo es entonces capturado en el interior de las trompas por la acción ciliar de las fimbrias.

Fase Lútea:

El cuerpo lúteo, es una glándula endocrina que se forma luego de la ruptura folicular, cuando la porción remanente del folículo es invadida por elementos vasculares.

Tras la expulsión del óvulo, las células de la granulosa interna y de la teca se convierten rápidamente en células luteínicas. Aumenta su diámetro y se llenan de inclusiones lipídicas. Este proceso se denomina Luteinización, y el conjunto de la masa de células se denomina Cuerpo Lúteo.

Las células de la granulosa del cuerpo lúteo, desarrollan un extenso retículo endoplasmico liso, que forman las hormonas sexuales femeninas, progesterona y estrógenos, mayormente progesterona. El cuerpo lúteo crece hasta 1,5 cm de diámetro, alcanzando este tamaño unos 7 u 8 días después de la ovulación. Luego comienza a involucionar, y finalmente pierde su función excretora y su aspecto amarillo, convirtiéndose en el llamado Corpus Albicans.

- Función Luteinizante de la Hormona LH: la transformación de las células de la granulosa y de la teca interna, en células luteínicas, depende de la

LH secretada por la adenohipófisis. Una hormona en el líquido folicular denominada Factor Inhibidor de la Luteinización, mantiene frenado el proceso de la luteinización hasta después de la ovulación. Por esta razón no se desarrolla un cuerpo lúteo en un folículo que no ovula.

- Secreción del Cuerpo Lúteo: el cuerpo lúteo secreta grandes cantidades de progesterona y un poco de estrógenos. Una vez que la LH (pico de LH) ha actuado sobre las células de la granulosa y de la teca para causar la luteinización, las células luteínicas siguen una secuencia preestablecida: 1) Proliferación, 2) Aumento de Tamaño, 3) Secreción, 4) Degeneración.

Si se produce la implantación, la placenta secreta una hormona llamada Gonadotropina Cariónica (GCH). Esta hormona mantiene al cuerpo lúteo, y los niveles de progesterona continúan elevándose, manteniendo al endometrio e impidiendo el crecimiento folicular.

- Involución del Cuerpo Lúteo: La progesterona y el estrógeno, secretados por el cuerpo lúteo, ejercen un poderoso efecto de retroalimentación negativa, sobre la adenohipófisis, para mantener bajos niveles de LH y FSH. Las células luteínicas secretan una pequeña cantidad de hormonas inhibina, ésta inhibe la secreción de FSH. Como consecuencia descienden a niveles muy bajos la concentración de FSH y LH, esto hace que el cuerpo lúteo degenere completamente, proceso denominado Involución del Cuerpo Lúteo.

La involución final se produce aproximadamente el día 26 del ciclo, dos días antes del comienzo de la menstruación. En ese momento, la falta de estrógenos, progesterona e inhibina, elimina la inhibición por retroalimentación de la adenohipófisis (y produce la menstruación uterina). Permitiendo que comience de nuevo la secreción de FSH, y unos días más tarde, la de LH. La FSH y la LH inician el crecimiento de nuevos folículos para comenzar un nuevo ciclo ovárico.

Ciclo Endometrial.

Regulado por la producción mensual de estrógenos y progesterona por los ovarios, existe un ciclo endometrial. Dividido en las siguientes fases: 1) Proliferación del Endometrio Uterino 2) Desarrollo de cambios Secretores en el Endometrio, y 3) Descamación del Endometrio (Menstruación).

El endometrio consta de dos capas distintas:

- Capa Basal: No se descama durante la menstruación, y sufre pocos cambios cíclicos.
 - Capa Funcional: Se origina todos los meses, a partir de la capa basal y se desprende con la menstruación.
- I. Fase Proliferativa:
 - II. Es la fase estrogénica del ciclo sexual femenino, que ocurre antes de la ovulación.

Al comienzo de cada ciclo mensual, parte del endometrio se descama por la menstruación. Tras la menstruación, solo permanece en la base del endometrio la capa basal. Bajo la influencia de los estrógenos, secretados por los ovarios, las células del estroma y las células epiteliales proliferan rápidamente. La superficie endometrial se revitaliza en 4 a 7 días, del comienzo de la menstruación. En la semana siguiente, antes de la ovulación, el endometrio aumenta de espesor, debido a la actividad mitótica de las células de la capa funcional, y al crecimiento de las glándulas y de los vasos sanguíneos.

En el momento de la ovulación el endometrio tiene de 3 a 4 cm de espesor. Algunas glándulas secretan un moco poco denso. Este moco se ubica a lo largo del conducto cervical, para guiar a los espermatozoides al interior del útero.

Fase Secretora:

Fase progestacional del ciclo mensual, que ocurre tras la ovulación. Después de producida la ovulación son secretadas grandes cantidades de

progesterona y de estrógenos, por el cuerpo lúteo. Los estrógenos producen una ligera proliferación adicional del endometrio. Mientras la progesterona provoca un notable desarrollo secretor del endometrio.

Las glándulas se vuelven más tortuosas. También aumentan el citoplasma de las células del estroma, los depósitos de lípidos y proteínas aumentan mucho en las células de la capa funcional, y el aporte sanguíneo del endometrio sigue incrementándose.

En el momento culminante de la fase secretora (aprox. Una semana después de la ovulación), el endometrio tiene un espesor de 5 a 6 mm.

El propósito de todas estas alteraciones, es producir un endometrio muy secretor que contiene grandes cantidades de nutrientes almacenados, y puede ofrecer las condiciones adecuadas para la implantación de un óvulo fecundado.

Menstruación:

Dos días antes que termine el ciclo mensual, el cuerpo lúteo involuciona repentinamente, y la secreción de las hormonas ováricas disminuyen drásticamente y se produce la menstruación.

La menstruación se debe a la reducción repentina de estrógenos y progesterona, al final del ciclo ovárico mensual.

Esto produce la disminución de la estimulación de las células endometriales y luego la involución del endometrio, disminuyendo su espesor.

El primer día antes del comienzo de la menstruación, los vasos sanguíneos de la capa funcional, experimentan vaso-espasmos. El vaso-espasmo y la pérdida de la estimulación hormonal, provocan una necrosis del endometrio. Debido a esto escapa sangre al estrato vascular y las áreas hemorrágicas aumentan rápidamente a lo largo de 24 a 36 hs.

Las capas externas necróticas del endometrio se separan del útero en las zonas hemorrágicas y 48 hs. Después del comienzo de la menstruación toda la capa funcional del endometrio se a descamado.

Durante la menstruación se pierden 40 ml. De sangre y unos 35 ml. mas de líquido. El líquido menstrual es in-coagulable por que junto con el material necrótico endometrial se libera fibrinolisisina (enzima que impide la coagulación).

En el plazo de 4 a 7 días desde el comienzo de la menstruación la pérdida de sangre se detiene, debido a que el endometrio se ha reepitalizado nuevamente.

2.2.1.6 Riesgo Reproductivo

Es la probabilidad que tiene una mujer no gestante de sufrir daño (ella o su producto) durante el proceso de la reproducción.

Esto está condicionado por una serie de factores, enfermedades o circunstancias únicas o asociadas que pueden repercutir desfavorablemente en el binomio, durante el embarazo, parto o puerperio.

Por lo antes expuesto, el riesgo puede ser de carácter biológico, psicológico y social, y no es valorado por igual en cada caso; es decir, que la misma condición de riesgo no repercute de forma igual en cada mujer o pareja, por lo que debemos hacer un enfoque y análisis individualizado en cada caso.

2.2.1.7 Planificación Familiar

Planificación familiar es una acción prioritaria de la salud reproductiva, que asegura a hombres y mujeres la posibilidad de decidir en forma libre y responsable, el número de hijos que deseen así como cuando y con qué frecuencia tenerlos

Una manera de pensar y de vivir adoptada voluntariamente por individuos y parejas que se basa en conocimientos, actitudes y decisiones,

tomadas con sentido de responsabilidad, para promover la salud y el bienestar de la familia y, secundariamente de la comunidad

Actualmente el concepto de planificación familiar ha tomado gran relevancia, pues cada vez más se intenta tener un mayor control en la demografía dentro de un país determinado.

La Planificación Familiar se compone de tres momentos:

El primer momento identifica a las y los usuarios que buscan un embarazo y que planifican su familia para la consecución de este objetivo entendido como control preconcepcional

El segundo momento comprende a los y las usuarias que ejercen su derecho a la sexualidad y no quieren un embarazo por lo que planifican su familia para la consecución de este objetivo entendido como Asesoramiento y uso de métodos anticonceptivos

El tercer momento está dirigido hacia las y los usuarios que buscan un embarazo, mas no lo consiguen con facilidad por lo que planifican su familia para la consecución de este objetivo entendido como Asesoramiento y manejo en infertilidad.

2.2.1.8 Asesoramiento Preconcepcional

Permite identificar y modificar los riesgos de tipo conductual, social y biomédico para precautelar la salud de la usuaria o usuario y del desarrollo normal del futuro embarazo, mediante su prevención y manejo

Antecedentes y condiciones generales

➤ Edad (menos de 18 y más de 35 años)

En las mujeres muy jóvenes es más frecuente que el embarazo termine antes de tiempo (aborto, parto inmaduro o prematuro), así como que ocurran malformaciones congénitas y complicaciones como: inserción baja placentaria, toxemia, distocia del parto, muerte fetal, etc.

En las mujeres mayores de 35 años también son frecuentes las complicaciones antes señaladas, sobre todo si se añaden otros factores de riesgo como la multiparidad, hábito de fumar y enfermedades crónicas.

➤ **Peso**

Las malnutridas por defecto deberían aumentar de peso antes de la concepción, ya que con frecuencia se le asocian partos pretérmino y toxemia. En el caso de las obesas, las complicaciones principales van a estar asociadas con la toxemia y la hipertensión arterial, pero también pueden verse la prematuridad y el bajo peso.

Condiciones sociales desfavorables o conductas

Éstas también constituyen un factor de riesgo para el embarazo y el producto. Entre ellas se encuentran: exposición a tóxicos: tabaco, alcohol y drogas promiscuidad, pareja inestable, madre soltera, hacinamiento, intento suicida, no solvencia económica, maltrato, etc.

Antecedentes obstétricos y reproductivos

1. Paridad: es más riesgosa la primera gestación (sobre todo si concomitan otros factores), así como cuando ha habido más de 3 partos.
2. Intervalo intergenésicos: lo consideramos corto cuando es menor que 1 año, no así para la cesárea anterior, que consideramos hasta 2 años. Esta condición se asocia, con más frecuencia, con nacimientos pretérmino y anemias durante el embarazo.
3. Abortos espontáneos, malformaciones congénitas y muertes perinatales: pudieran estar relacionados con factores orgánicos y genéticos que debenser estudiados antes del embarazo.
4. Recién nacidos de bajo peso y pretérminos: pueden repetirse en próximas gestaciones alguna causa previa que lo favorezca: enfermedades crónicas, hábito de fumar, malformaciones uterinas, miomas, etc.

5. Toxemia anterior: puede repetirse debido al mal control de los hábitos higiénico-dietéticos, así como si han aparecido otros factores.
6. Cesárea anterior: como toda intervención sobre el útero debe considerarse hasta los 2 años, ya que es un factor que no podemos modificar.
7. Rh negativo sensibilizado: constituye un importante riesgo aunque no es frecuente. También debe estudiarse cuando han existido múltiples gestaciones.

Antecedentes personales

Entre éstas se encuentran:

- hipertensión arterial
- diabetes mellitus
- cardiopatías
- nefropatías
- hepatopatías
- tumoraciones mamarias y genitales o extragenitales benignas o malignas
- hipotiroidismo
- ITS/VIH y SIDA
- Medicamentos: anticonvulsivantes o anticoagulantes

Es importante destacar que cuando se asocian los factores, el riesgo se incrementa.

Una vez detectado el problema y su magnitud, debemos actuar para, en lo posible, erradicar, disminuir o controlar el riesgo, y, de esta manera, posibilitar el embarazo en el caso que se desee, o tomar una conducta sobre anticoncepción temporal o definitiva.

2.2.1.9 Riesgo Obstétrico

El embarazo es considerado tradicionalmente como un evento fisiológico. Sin embargo, debe ser considerado como de excepción, ya que es capaz de producir la muerte o daño permanente, tanto a la madre como al recién nacido.

Las gestantes de riesgo constituyen de 20 a 30 % del total de embarazadas, y son responsables de 70 a 80 % de la mortalidad perinatal.

El éxito de la atención prenatal reside en la identificación temprana de las gestantes con factores de riesgo. Se les dará su valor clínico, y planificará la adecuada atención de éstas, con la finalidad de evitar o disminuir en lo posible el daño materno y perinatal.

Se define como un embarazo de riesgo aquél que presenta un riesgo estadísticamente elevado de accidente perinatal, por sus condiciones generales, antecedentes o anomalías que aparecen durante el embarazo.

El enfoque de riesgo se basa en la medición de esa probabilidad. El enfoque de riesgo encierra el supuesto de que según se avance en el conocimiento sobre los factores de riesgo que permitan acciones preventivas eficaces, los daños a la salud ocurrirán en menor número y consecuencia.

La relación de un factor de riesgo determinado con un daño concreto puede ser de 3 tipos:

1. Relación causal: el factor de riesgo desencadena el proceso morboso. Ejemplos: la placenta previa origina la muerte fetal por anoxia; la rubéola durante el primer trimestre del embarazo causa malformaciones congénitas.

2. Relación favorecedora: en ella existe una franca relación entre el factor de riesgo y la evolución del proceso (pero no es la causa directa). Ejemplo: la multiparidad favorece la situación transversa y el prolapso del cordón umbilical.

3. Relación predictiva o asociativa: se expresa en sentido estadístico, pero no se conoce la naturaleza de esa relación. Ejemplo: la mujer que ha perdido ya un feto o un recién nacido corre más riesgo de perder su próximo hijo.

Exámenes complementarios a realizarse durante el control preconcepcional.

- Biometría hemática completa
- Tipificación y factor Rh
- Pruebas de coagulación
- Glucosa
- VDRL
- Prueba de VIH (Elisa o prueba rápida con consentimiento informado a todas las mujeres y sus parejas)
- Pruebas serológicas para: TORCH (IgG-M para toxoplasmosis, rubeola, herpes y citomegalovirus.)

Asesoría según el riesgo detectado

Si no existe riesgo preconcepcional y la pareja se encuentra lista para planificar un futuro embarazo en un momento oportuno y saludable la asesoría se basa en:

- Orientar la toma de ácido fólico
- Orientar sobre el esquema dietético nutricional
- Orientar sobre la actividad física a realizar
- Orientar Sobre hábitos saludables
-

Si se sospecha o existe algún riesgo que pueda perjudicar los resultados perinatales se establece un plan de manejo multi e interdisciplinario según el caso:

- Referir de manera oportuna al nivel de resolución superior.
- Asesorarse de que la mujer use un método anticonceptivo temporal y seguro mientras se estabiliza o superan los riesgos preconceptionales
- Determinar el riesgo preconcepcional y promocionar acciones educativas y saludables

Tabla de patologías de riesgo preconcepcional y conducta a seguir

Patología o sospecha	Riesgo potencial o real	Conducta general a seguir
Edad >35 o <19 años	Anomalías cromosómicas Riesgo de tipo bio-psico-social	Anticoncepción. Posibilidades de diagnóstico prenatal
Exceso o déficit de peso IMC <20 o > 30	Alteraciones del tubo neural, parto pretérmino, diabetes, parto por cesárea, trastornos hipertensivos, enfermedades tromboembolicas	Consejo nutricional. Diferir embarazo hasta alcanzar metas nutricionales
Enfermedad cardiovascular, HTA, antecedentes de accidente cerebrovascular, dislipidemia.	Deterioro o complicaciones maternas, restricción del crecimiento fetal.	Evitar o diferir el embarazo hasta estabilización de la patología detectada y aplicar el tratamiento de especialidad
Diabetes Mellitus	Malformaciones fetales, macrosomia	Estabilizar la diabetes previo a un embarazo. Determinar la necesidad de insulina
Hepatitis B. Ictericia o enfermedad hepática grave	Transmisión vertical madre e hijo en mujeres con parejas sexuales múltiples, VIH positivo,	Vacunación de hombres y mujeres, especialmente aquellos que podrían estar en

	hemodiálisis o transfusión de hemoderivados, drogas IV.	mayor riesgo. Esto conlleva a eliminar el riesgo de la transmisión al feto y de las secuelas posteriores
Hipotiroidismo	Desarrollo neurológico fetal anormal	Levotiroxina. Regular la dosis durante el embarazo
Tumoraciones mamarias. Genitales o extra genitales benignas o malignas.	Deterioro materno, restricción del crecimiento fetal, teratogenia farmacológica	Evitar o diferir el embarazo hasta estabilización y asesoría
ITS/VIH SIDA	Transmisión vertical madre e hijo. Embarazo ectópico, infertilidad, dolor pélvico crónico. Complicaciones obstétricas: muerte fetal, discapacidades mentales y físicas como retardo mental y ceguera	Detección y tratamiento oportunos. Estabilizar la enfermedad con tratamiento antirretroviral y evitar la transmisión vertical
Medicamentos: anticonvulsionantes, anticoagulantes orales	Teratogenia. Restricción del crecimiento fetal, síndromes asociados.	Cambio obligatorio de terapéutica previo a un embarazo acorde con manejo de especialidad

Exposición a tóxicos: tabaco, alcohol y drogas	Efectos teratogenicos, restricción del crecimiento intrauterino y síndromes asociados.	Suspensión del toxico acorde con manejo multidisciplinario de especialidad. Diferir embarazo si no es posible cese de exposición.
Fenilcetonuria	Baja prevalencia en Ecuador. Desarrollo neurológico fetal anormal	Dieta baja en fenilalanina que contenga: carne, pescado, huevos, productos lácteos, dulces, aspartato.

2.2.2 Asesoramiento en Infertilidad

La asesoría en infertilidad debe ser ofertada con el objetivo de identificar riesgos existentes o potenciales de tipo conductual, social biomédico que pueden ser corregidos o modificados y que sean las causas de subfertilidad o infertilidad.

Pareja infértil

Se la considera infértil si después de 12 meses de relaciones sexuales sin protección anticonceptivas no ha conseguido tener un embarazo. Habitualmente la gran mayoría de parejas consiguen en embarazo antes del año de relaciones sexuales. Las pérdidas gestacionales también son consideradas como una forma de infertilidad.

Infertilidad primaria.- se considera infertilidad primaria cuando no existen antecedentes de embarazo.

Infertilidad secundaria.- se llama infertilidad secundaria a la incapacidad de concepción luego de haber tenido ya un antecedente gestacional.

Tabla de factores de riesgo de la pareja infértil

Riesgo	Patología asociada
Edad	Disfunción ovárica Disfunción espermática Patologías sistémicas, endocrinas o genitales asociadas
Factor masculino	Anormalidades congénitas Varicocele Disfunción sexual y eyaculatoria Causas endócrinas Causas sistémicas Causas inmunológicas Causas yatrogenicas Azoospermia obstructiva y no obstructiva Daño testicular adquirido Criptorquideauuni o bilateral hasta la pubertad Oligozoospermia y teratozoospermia idiopáticas Anormalidades aisladas del plasma seminal
Factor tubo peritoneal	ITS/VIH y SIDA Adherencias tubo peritoneales Endometritis Distorsión/ bloque de las trompas uterinas por cicatrices de origen infeccioso

Factor endocrino-ovárico	Disfunción hipotalámica Disfunción hipofisaria Disfunción tiroidea Síndrome de ovarios poliquísticos Deficiencia de fase lútea Falla ovárica prematura Hiperandrogenismo
Factor uterino	Alteración primaria o secundaria del endometrio Problemas anatómicos (pólipos, fibromas, malformaciones uterinas) Adherencias o sinequias intrauterinas post infección o post intervención obstétrica
Factor cervical	Estenosis o alteraciones del canal cervical Moco cervical inadecuado Infecciones del cérvix (chlamydia, gonorrea, tricomonas, mycoplasma, HPV)
Idiopáticas	Causa no demostrable.

Investigadores plantean determinantes directos, indirectos e intermedios de la fecundidad, que intentan explicar las posibles causas de la aparición de la infertilidad

INDIRECTOS	INTERMEDIOS	DIRECTOS
Servicios de salud sexual y reproductiva poco accesibles a la población joven.	Descuido de la salud sexual y reproductiva.	Factores femeninos: <ul style="list-style-type: none"> • Disfunción ovulatoria • Problemas anatómicos • Endometriosis • Defectos congénitos • Problemas Inmunológicos.
Estrés.	Factores del estilo de vida.	Factores masculinos: <ul style="list-style-type: none"> • Falta de producción de esperma o producción deficiente, función anormal del esperma, desórdenes hormonales, defectos congénitos.
Maternidad postergada	Comportamientos sexuales de riesgo.	
Libertad sexual.	Falta de conocimiento de la edad adecuada para gestar	
Cáncer.	El aborto.	
Contaminación ambiental	Falta de información de las secuelas del cáncer u otras enfermedades	

Si la paciente tiene factores de riesgo o enfermedades concomitantes o crónicas se debe comunicar la necesidad de realizar exámenes de imagen, laboratorio, hormonales y marcadores bioquímicos acorde con la patología asociada.

Acorde al nivel operativo, se informa a la usuaria, a su pareja la sospecha de la causa de infertilidad y se dispone la referencia a otra unidad de mayor resolución para atención por personal de especialidad.

2.2.3 Asesoramiento y uso de métodos anticonceptivos

Asesoría en anticoncepción

Consiste en brindar con calidad y respeto todas las herramientas necesarias para que la usuaria pueda elegir el método anticonceptivo más apropiado.

Representa una estrategia fundamental que requiere del proveedor una adecuada capacitación para lograr una anticoncepción eficaz y duradera.

Momentos de la asesoría en anticoncepción

- Es mandatorio asesorar a la usuaria y a su pareja y acompañante en planificación familiar en las siguientes circunstancias:
- Durante la consulta ginecológica
- Durante la hospitalización por un aborto, embarazo ectópico, pérdida gestacional y parto o cesárea.
- Durante la consulta preconcepcional.
- Durante el control prenatal.
- Durante una consulta no relacionada a la consulta y a la obstetricia (pediatría, odontología, trabajo social y psicología, etc.)

2.2.4 Anticonceptivo

Es todo agente o acción tendiente a evitar el inicio de un embarazo, generalmente impidiendo la fecundación y excepcionalmente impidiendo la implantación

Clasificación

Métodos tradicionales: son recursos utilizados por las parejas consistentes en prácticas folclóricas, como lavados vaginales, coito interrumpido y una gama importante de acciones transmitidas por las generaciones.

Métodos biológicos: basados en el entretenimiento de la fertilidad de la mujer como el del ritmo o calendario, temperatura basal, moco cervical.

Tecnologías y procedimientos: son aquellos que utilizan algún agente externo para evitar la fecundidad o inicio del embarazo.

Pueden subdividirse en anticonceptivos reversibles e irreversibles:

Tabla de Clasificación de métodos anticonceptivos

REVERSIBLES			IRREVERSIBLES
De barrera	Hormonales	Intrauterinos	Quirúrgicos
Mecánica: condón masculino y femenino diafragma	Combinados	Primera generación: inertes	Ligadura tubàrica
Química: Espermicidas	Solo de progesterona	Segunda generación: medicados con cobre y plata	vasectomía
	Inyectable mensual	Tercera generación: medicados con hormonas	
Mixta: Esponja vaginal	De emergencia		
	Gestàgeno de deposito		
	Implantes subdèrmicos		
	Parche transdèrmico		
	Anillo vaginal		

Características

Los métodos anticonceptivos difieren mucho de acuerdo a características propias ofreciendo una variedad de opciones para cada caso.

Eficacia: un buen método, bien utilizado, debe proporcionar el máximo de seguridad para la prevención del embarazo.

Reversibilidad: posibilidad de que al suspender el método se recuperen las condiciones normales de fertilidad.

Accesibilidad: disponibilidad de manera lo más simple posible.

Costo: debe ser nulo o mínimo para el usuario.

Tolerabilidad: referida al mayor o menor grado de producir efectos secundarios indeseables.

Aceptabilidad: conformidad del usuario.

Comodidad: su uso debe evitar situaciones incómodas para la pareja

2.2.4.1 Métodos Tradicionales

Coitus interruptus

Consiste en evitar la eyaculación dentro de la vagina. Posiblemente ha sido el método más utilizado históricamente aunque su eficacia es baja, con tasas de embarazo que oscilan entre el 15-25%. Debe desaconsejarse si el varón tiene eyaculación precoz o dificultad para su control. Además, no ofrece protección frente a las ITS.

2.2.4.2 Métodos Biológicos

Métodos de abstinencia periódica

Se basan en determinar, en cada caso individual, el período de posible fertilidad evitando el coito en dichos períodos. El éxito del método se basará, por tanto, en un perfecto conocimiento del ciclo reproductor. Como ventajas de los métodos naturales destaca que son inocuos, no requieren supervisión médica una vez que se conocen correctamente y no tienen objeciones religiosas ni morales. Dentro de los inconvenientes hay que remarcar el alto

porcentaje de fallos (un 20% de embarazos) si no se utilizan correctamente, además de que requieren una abstinencia periódica durante la fase fértil.

a) Método del cálculo calendario

Llamado también método del ritmo. Estimando 72 horas para la supervivencia del esperma y de 12 a 24 horas para la supervivencia del ovulo se puede determinar un método para detectar el comienzo y el final de la fase fértil.

Como la duración del ciclo no es siempre la misma, se puede calcular con razonable exactitud un tiempo fértil de 7 días

La fase se calcula:

- 1) Definiendo el ciclo menstrual menor y el mayor a lo largo de 12 ciclos previos
- 2) Restando 18 al ciclo menor para obtener el primer día fértil.
- 3) Restando 11 al ciclo mayor para obtener el último día fértil

Aunque se respeten los períodos de abstinencia, el porcentaje de fallos de este método se sitúa alrededor del 14%.

b) Cambios en la temperatura basal del cuerpo

La temperatura basal es la temperatura del cuerpo en descanso completo o después de un periodo de sueño y antes que comience la actividad normal. De ser posible se cree conveniente usar un termómetro de mercurio de escala extendida para detectar el pequeño ascenso de la temperatura que está normalmente entre 0.2 ° y 0.6°C. la temperatura puede tomarse oralmente(5 minutos), rectalmente(3 minutos) o vaginalmente (3 minutos) y se inscribe diariamente en un gráfico especial que está pensado para relacionar para relacionar ese pequeño cambio desde el nivel mayor al menor y facilitar su interpretación con posterioridad.

Aplicado correctamente la tasa de embarazos es del 1 al 4%, aunque para algunos autores llegaría al 6-9%. Un inconveniente consiste en la dificultad

de interpretación de algunas gráficas de temperatura. Además, no es aplicable en casos de anovulación, amenorrea o fiebre.

c) Cambios cíclicos del cérvix

Independientemente de los cambios que ocurren en el moco cervical, está bien establecido que el cérvix sufre también cambios a lo largo del ciclo que son hormono dependientes.

Estos cambios pueden ser observados por medio de la autopalpación del cérvix, introduciendo dos dedos en el interior de la vagina hasta llegar al cérvix.

Durante los primeros días del ciclo, cuando los niveles de estrógenos y progesterona están bajos, el cérvix se encuentra en una ubicación baja dentro de la cavidad pélvica, cercano a la abertura vaginal y fácil de encontrar con los dedos, los labios del cérvix se encuentran firmes a la palpación, la abertura cervical está cerrada.

Bajo la influencia de los estrógenos, a partir del folículo en crecimiento, el cérvix se mueve hacia arriba en la pelvis hacia el lado contrario de la apertura vaginal, y es a menudo muy difícil de alcanzar, se siente entonces más blando a la palpación y existe una pequeña apertura en la hendidura cervical externa. Estos cambios se hacen más pronunciados cuanto más cerca están los síntomas del máximo.

Con la progesterona en aumento y después de la ovulación, se produce un cambio brusco en la posición, consistencia y abertura del cérvix, que se aproxima a las condiciones descritas para el principio del ciclo. Se recomienda la autopalpación diaria del cérvix o la palpación realizada por la pareja sexual de la mujer

Antes de la ovulación, cualquier cambio del cérvix (apertura, reblandecimiento o cambio en la posición) indica el comienzo de la fase fértil, dejando como margen 3 días después de que los hallazgos cervicales hayan retornado a su estado pre fértil, se puede detectar el final de la fase fértil.

d) Métodos basados en los cambios en el moco cervical

- 1) Humedad (Billings)
- 2) Filancia (Spinnbarkeit)
- 3) Cristalización (Rydberg)

La primera fase fértil o de fertilidad relativa

Después de la menstruación, los niveles de estrógeno y progesterona en el torrente sanguíneo de la mujer están muy bajos y se produce poco moco, si es que se produce algo.

Si se puede encontrar moco suficiente en la vulva de la mujer, se observará que es fino, de naturaleza pegajosa y de color opaco.

La fase fértil

Cuando los folículos comienzan a madurar, el aumento de estrógenos conduce a la producción de moco por las glándulas del cérvix, conforme continúa el desarrollo del folículo, el moco se hace más abundante y más fino, claro y aguado (en el momento de la ovulación el moco tiene un 80% de agua). Se libera a menudo en oleadas y tiene propiedades elásticas por el gran contenido de sales minerales, propiedad conocida también como filancia: el moco es capaz de formar un hilo entre dos dedos o dos superficies sin romperse. Habitualmente las mujeres asocian este moco con la clara de huevo cruda.

El máximo de fertilidad, se sitúa en el último día de moco de tipo fértil, conocido como el día de moco máximo o culminante y que se corresponde estrechamente con el pico máximo de secreción de estrógenos en la sangre. Fisiológicamente, podemos concluir que el día de moco máximo precede a la ovulación en no más de tres días. Si dejamos 24 horas de margen para la fertilización del óvulo, entonces la tarde del cuarto día después del día de moco máximo indica el final de la fase fértil. Ese día

muchas mujeres refieren una sensación de plenitud y blandura en los tejidos de la vulva.

La fase de infertilidad absoluta

Después de la ovulación, la caída brusca de estrógenos produce un rápido cambio en las cantidades y características del moco. La cantidad del moco cae bruscamente y algunas veces llega a desaparecer, mientras que su textura se vuelve espesa, pegajosa y opaca, como el moco tipo infértil de los primeros estadios del ciclo.

Cuando este moco de tipo infértil o una sensación de sequedad permanecen durante tres días después del día de moco máximo, se asume que ya se ha producido la ovulación y ha concluido el período fértil. La apariencia del moco, cuando éste existe, se observa en la vulva, frecuentemente en la toalla higiénica o en el momento de la micción. Se deberá observar las características del moco a lo largo del día, incluyéndolo en un gráfico a la noche. Se recogen de este modo en dicho gráfico las características del moco a lo largo de un día completo.

1) Método de la Humedad (Billings)

Luego de la menstruación, la escasa presencia de moco, da a la mujer una sensación de sequedad en la entrada de la vagina, se considera éste un período infértil. Se deberá tener relaciones como máximo en días alternos (un día sí un día no), ya que la presencia de semen en la vagina imposibilita la apreciación de moco.

En el inicio de la fase fértil la mujer comienza a sentir la sensación de humedad, con lo que se debe evitar el acto sexual o realizarlo con protección. La aparición de esta sensación de humedad hace necesaria la abstinencia sexual, que deberá prolongarse hasta cuatro días posteriores al pico de humedad vulvar. En la tercera fase (días secos luego de la ovulación) se pueden mantener relaciones en días consecutivos hasta el inicio de la siguiente menstruación.

2) Método de la Filancia (Spinnbarkeit)

Consiste en investigar diariamente la elasticidad o filancia del moco cervical para determinar la fase fértil, se observará el moco a diario desde que concluye la menstruación.

En la primera fase de infertilidad relativa, el moco será escaso y no filante, en esta fase del ciclo desde la menstruación hasta la aparición del moco fértil, se deberá tener relaciones como máximo en días alternos (un día sí, un día no), ya que la presencia de semen en la vagina imposibilita la apreciación del moco.

Del mismo modo, el uso de medicación vaginal, lubricantes, o la presencia de flujo vaginal anormal impide la aplicación del método. La fase fértil se caracteriza por un moco filante, es decir, que no se rompe al separar los dedos, sino que queda como un hilo, tendido entre el pulgar y el índice. Se deberá guardar abstinencia entre la aparición del moco filante hasta el cuarto día en el que el moco retorne a su estado anterior (es decir, escaso y no elástico).

3) Método de la cristalización

El moco cervical, al secarse, cristaliza de modo diferente según el tenor de estrógenos circulantes, esta característica puede ser utilizada para valorar la fertilidad, sabiendo que el moco fértil cristaliza en forma de helechito y el moco no fértil lo hace en forma amorfa (pequeños grumos dispersos).

La cristalización en forma de helechito del moco cervical o de muestras de saliva al secarse, se relacionan con el aumento del cloruro de sodio y son debidos a los cambios orgánicos producidos por los estrógenos.

Colocada una muestra de moco cervical o saliva en un portaobjeto se visualizará, con un débil aumento, la cristalización en forma de helechito que indica que se está en un día fértil. Si la visión es amorfa se trata de un día infértil y no hay posibilidad de embarazo.

Se procederá a la determinación diaria manteniéndose abstinencia desde el primer día de la cristalización en forma de hehecho hasta el cuarto día de la cristalización amorfa, se deberá tener relaciones como máximo en días alternos (un día si, un día no) hasta el inicio de la abstinencia, ya que la presencia de semen en la vagina imposibilita la apreciación del moco.

Del mismo modo, el uso de medicación vaginal, lubricantes, o la presencia de flujo vaginal anormal no permite la aplicación del método. En la tercera fase infértil (luego de que el moco pasa a cristalizar nuevamente en forma amorfa) se pueden tener relaciones cotidianamente.

El método del moco nos permite identificar la fase fértil e infértil del ciclo. Por esta causa es útil, tanto como para evitar un embarazo o como método para alcanzar la concepción. Se recomienda el uso de un doble o triple método, en los cuales se deben observar los indicadores de fertilidad. El uso de medicación vaginal, lubricantes, o la presencia del flujo vaginal anormal no permite la aplicación del método de Billings.

e) Método de la lactancia (MELA)

El método de amenorrea de la lactancia (MELA) es un método de planificación familiar natural que puede ser usado por las mujeres que amamantan. El control del embarazo a través de la lactancia materna se ha practicado a lo largo de la historia. Además, los beneficios que trae la lactancia para la salud de la madre y del niño han sido bien documentados. No obstante, sólo recientemente se han elaborado documentos que avalan el uso de la lactancia materna como método temporal de planificación familiar, y se han desarrollado pautas para su uso eficaz. La MELA puede ser un método muy eficaz siempre y cuando los siguientes criterios:

- 1.- que la mujer esté amenorreica,
- 2.- que la mujer esté practicando un régimen de lactancia exclusiva (sin dar suplementos al niño),
- 3.- que el niño tenga menos de seis meses de edad.

Tabla de características del método de amenorrea de la lactancia (MELA)

Eficacia	98-99% durante los primeros 6 meses después del parto en mujeres que practican un régimen de lactancia exclusiva.
Restricciones de edad	No hay restricciones.
Restricciones de paridad	No hay restricciones.
Mecanismo de acción	Inhibe la ovulación.
Efectos sobre el riesgo de ITS	No protege de las ITS.
Interacción con otros medicamentos	Ninguna.
Duración de uso	Se usa comúnmente durante los seis primeros meses posteriores al parto; algunas mujeres continúan su uso por un año o más, no obstante, la eficacia varía.
Retorno de la fertilidad	Inmediatamente; si alguno de los criterios que rigen la MELA no se cumple, la mujer debe usar un método anticonceptivo adicional, ya que puede estar en riesgo de quedar embarazada.

f) Método del collar

Es un collar de perlas de colores que representan el ciclo menstrual de la mujer, el collar del ciclo le ayuda a saber qué días del ciclo hay mayor riesgo de embarazo.

Las perlas blancas marcan los días de mayor riesgo de embarazo, las perlas marrones marcan los días de muy bajo riesgo de embarazo el collar del ciclo es apropiado para mujeres que desean una forma natural y eficaz de planificar la familia. Algunas de sus ventajas son que:

- ✓ Le ayuda a saber cómo funciona su fertilidad.
- ✓ Le ayude que su pareja participe activamente en la planificación familiar
- ✓ Le ayuda a observar cómo es su ciclo a través del tiempo.

El collar del ciclo se basa en el método de días fijos para planificación familiar, este es un método natural, efectivo para mujeres con ciclo entre 26 y 32 días de duración, los colores de las perlas le ayudan a saber en qué día del ciclo se encuentra.

Cada perla es un día del ciclo, el ciclo negro con la flecha indica la dirección en que debe mover el anillo, este cilindro no cuenta como un día del ciclo.

El primer día de la menstruación se mueve el anillo a la perla roja, este anillo se mueve todos los días a la perla siguiente en la dirección que indica la flecha.

2.2.4.3 Métodos Reversibles

De barrera

Preservativo masculino

Es una funda de látex muy delgada que se coloca sobre el pene erecto antes de la penetración y se utiliza durante toda la relación sexual

Indicaciones.

El preservativo es uno de los métodos contraceptivos de elección en cualquier caso, y es especialmente recomendable en las siguientes situaciones:

- ✓ Prevención de enfermedades de transmisión sexual.
- ✓ Durante el posparto y la lactancia.

- ✓ Alternancia con los anticonceptivos orales (olvidos, etc.) u otros métodos.
- ✓ En caso de eyaculación precoz con buena erección.

Eficacia.

La tasa de fallos accidentales es del 2 al 12%, disminuyendo cuando se asocia un espermicida local. En general los fallos se deben a un defecto en la técnica de colocación, o más raramente a la rotura del preservativo. Si se quiere optimizar su eficacia, es conveniente ofrecer a las parejas instrucciones por escrito sobre cómo utilizar este método y advertir de que el uso de lubricantes oleosos puede disminuir su eficacia pues deterioran el látex.

La eficacia de este método puede verse modificada por las características propias de cada pareja: la edad, paridad, el deseo de impedir los embarazos, el nivel inconveniente.

Los efectos no deseados son escasos. Puede aparecer alergia al látex o más frecuentemente problemas de carácter psicológico (disminución de la sensibilidad o de la libido, impotencia, etc.) que pueden obligar a suspender el método.

Ventajas.

Una ventaja del preservativo, en relación con otros métodos, es que proporciona protección frente a las ITS, al impedir el paso de microorganismos como el VIH, herpes virus, Chlamydia, gonococo. Otra ventaja añadida es la protección del cérvix frente a determinados agentes que se han mostrado implicados en la génesis del cáncer cervical (herpes virus, virus del papiloma humano, Chlamydia, etc.). No requiere controles ni seguimiento, es fácil de adquirir en farmacias y es de bajo costo.

Preservativo femenino.

Se trata de una vaina flexible de poliuretano auto lubricado que se ajusta a las paredes de la vagina. Posee dos anillos flexibles: uno interno usado para su inserción y retención semejando un diafragma y que mantiene el preservativo femenino en posición adecuada y otro anillo externo que se ubica sobre los labios y permanece fuera de la vagina protegiendo los genitales externos durante el coito.

Requiere adiestramiento para su uso.

Eficacia. Del 71 al 95%, aumentando con la continuidad del uso. No se ha comprobado fallas de tipo rotura.

Diafragma.

Se trata de un dispositivo de goma fina, semiesférico, provisto de un aro de metal flexible, cuya función consiste en impedir que el semen alcance el cuello uterino. Requiere para su uso de, al menos, una primera valoración médica, pues es preciso determinar su medida (desde 55 a 95 mm) en función de las características anatómicas de la mujer. El médico debe valorar mediante tacto vaginal, la distancia que va desde el pubis hasta el fondo de saco de Douglas. Para ello se introducen lo más profundamente posible los dedos índice y medio en el fondo de saco posterior, a la vez que se comprueba la competencia de los músculos del introito vaginal, pidiendo a la mujer que contraiga la vagina.

Recomendable disponer de un diafragma de prueba para que la mujer efectúe algún intento de colocación y extracción en la consulta, y así comprobar su correcto uso. Si en una visita efectuada a los tres meses el cumplimiento y la técnica son correctas, se pueden espaciar las siguientes visitas bianualmente. Es preciso volver a verificar el tamaño del diafragma en las siguientes situaciones: cuando se produzca un cambio de peso superior a 5 kg, después de un parto o aborto de más de 8 semanas, cada 5 años en la mujer adulta y tras cirugía vaginal o uterina. Conviene facilitar las

instrucciones para el uso correcto por escrito, insistiendo en que el diafragma debe ser colocado inmediatamente antes del coito o un máximo de 2 h antes, debiendo permanecer colocado hasta pasadas 6 h de la relación sexual. Sociocultural, la experiencia previa obtenida con este método y el tiempo de convivencia.

Indicaciones.

Actualmente es uno de los métodos de elección en mujeres que presenten alguna contraindicación o intolerancia a la anticoncepción hormonal. Otras candidatas son las mujeres que mantienen relaciones sexuales esporádicas, fundamentalmente las menores de 18 años.

Contraindicaciones.

No debe utilizarse en mujeres que padecen prolapso uterino grave, recto cele o cistocele acusados. Tampoco si existe laxitud en los músculos del introito, ni en el posparto inmediato. Un aspecto también a tener en cuenta es la incertidumbre que puede generarse en la mujer si ésta duda sobre su correcta colocación. Por ello, no es un método aconsejable en parejas con problemas sexuales, para quienes el diafragma puede constituir una dificultad añadida.

Ventajas.

A pesar de ser un método en general bien aceptado por su inocuidad, pueden aparecer efectos adversos como alergia a alguno de sus componentes (látex), molestias vaginales por la presión del anillo, infecciones urinarias de repetición (debido a la presión sobre las vías urinarias inferiores), infecciones vaginales (en caso de permanecer más de 24 h sin ser retirado), o problemas psicológicos (derivados de sus condiciones especiales de colocación y de la necesidad de mantenerse durante varias horas después del coito)

Espermicidas.

Son sustancias surfactantes que actúan por contacto sobre la superficie del espermatozoide. Se presentan en varias formas farmacéuticas: cremas, jaleas, espumas, tabletas, óvulo.

Actúan en la vagina por un doble mecanismo: bloqueando en el cérvix la llegada de espermatozoides y destruyendo la pared de los mismos. Actualmente los espermicidas comercializados contienen monoxinol-9 como principal componente activo, en combinación con diferentes excipientes.

Indicaciones.

Hoy día, ante la diversidad de métodos eficaces de anticoncepción, los espermicidas han quedado relegados como un método alternativo ante determinadas situaciones, como mujeres que no desean o no toleran otros métodos, como complemento unos días en caso de olvido de la píldora y durante los primeros meses que siguen a una vasectomía. Nunca debe aconsejarse su uso de forma aislada, sino como refuerzo de otros métodos.

Eficacia.

Si se utilizan aisladamente tienen una tasa de fallos de 10 a 30 por 100 años/mujer. La máxima eficacia se obtiene cuando se utiliza conjuntamente con un sistema mecánico.

Ventajas.

Carecen de efectos tóxicos sistémicos y las reacciones alérgicas locales son raras. Además, existe evidencia suficiente para afirmar que, en caso de embarazo, carecen de teratogenicidad.

Algunos autores sostienen que su uso continuo disminuiría el riesgo de neoplasia cervical.

Esponja vaginal.

Son esponjas de poliuretano impregnadas en monoxinol que libera el espermicida en el medio de la vagina.

Se coloca como un tapón pudiendo ser retirados con facilidad. Son desechables después del coito. Ofrecen una protección continua por 24 horas y deben ser removidas después de 6 a 8 horas de la última relación sexual

Eficacia. Oscila entre el 6 a 26%

Ventajas. Son de uso temporario y no presentan efectos secundarios sistémicos.

2.2.4.4 Métodos Temporales Hormonales

Anticonceptivos combinados

Son distintos preparados que contienen hormonas femeninas que pueden administrarse por diferentes vías.

Anticoncepción oral combinada

Se componen de dos hormonas, un estrógeno y un progestágeno.

ESTROGENO	PROGESTAGENO
Etinil estradiol< 35mcg	Levonorgestrel
	Gestodeno
	Desogestrel
	Ciproterona
	Drospirenona
	Acetato de clormadinona

Se clasifica en:

a) Combinados monofásicos

Todas las grageas tienen igual dosis de estrógenos y progestágenos de allí la denominación de monofásicos.

Su principal mecanismo de acción es la inhibición de la ovulación a través de la inhibición de FSH y LH por parte de la hipófisis. Es por este mecanismo de acción ovulostático que los ACO son el método anticonceptivo reversible más eficaz.

b) Combinados trifásicos

La dosis de estrógeno y progestágeno no es la misma en todas las grageas, tienen tres combinaciones diferentes que se identifican por los distintos colores de los comprimidos. La dosis de etinilestradiol es similar en todos los comprimidos o aumenta levemente en la mitad del ciclo, mientras que la del gestágeno aumenta en forma progresiva siendo sensiblemente más elevada en los últimos 7 comprimidos. Por ello es importante que la toma sea ordenada. Estos preparados surgieron con la ambición de asemejarse al ciclo normal de la mujer, reproduciendo la variación de las cantidades de hormonas secretadas por el ovario en las distintas fases del ciclo.

Eficacia.

De 6 a 8 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso.

Ventajas.

Bajo riesgo de complicaciones. Muy efectivos cuando se usan correctamente. Regularizan los periodos menstruales y disminuyen su volumen y duración. Pueden usarse desde la adolescencia a la menopausia. Puede interrumpirse su uso en cualquier momento recuperándose inmediatamente la fertilidad. Tienen efecto protector en embarazo ectópico, cáncer de endometrio, cáncer de ovario, quiste de ovario, enfermedad inflamatoria pélvica, enfermedad benigna de la mama.

Desventajas.

Pueden presentarse efectos secundarios leves como sangrado intermenstrual, cefaleas, náuseas, vómitos, aumento de peso.

Mecanismo de acción:

- Evitan la ovulación
- Aumentan la consistencia del moco cervical
- Producen cambios en el endometrio
- Reduce el transporte de los espermatozoides a nivel de las trompas de Falopio

Contraindicaciones en el uso de anticonceptivos combinados:

- Embarazo
- Mujeres con lactancia parcial y menos de 6 semanas posparto
- Mujeres con lactancia exclusiva y menos de 6 meses posparto
- Mujeres sin lactancia y menos de 3 semanas posparto
- Sangrado vaginal de etiología desconocida
- Mujeres fumadoras mayores de 35 años
- Mujeres con antecedentes de trombosis venosa profunda, embolia pulmonar o enfermedad actual cardiovascular
- Hiperlipidemias graves o con otros factores de riesgo asociados
- Cáncer mamario, genital o hepático
- Hepatitis viral activa, cirrosis hepática, tumores hepáticos.
- Tratamiento con rifampicina, fenitoina, carbamazepina, barbitúricos, primidona o topiramato
- Cefalea migrañosa sin aura en mayores de 35 años y con aura a cualquier edad.
- Usuarías con cirugía mayor con inmovilización prolongada.

Inicio del anticonceptivo oral combinado

Se inicia la toma dentro de los 5 días de haber iniciado la menstruación, idealmente el primer día.

- También Lo puede hacer :
- Después de los 5 primeros días de haber iniciado la menstruación luego de descartar embarazo actual. Adicionar condón durante 7 días
- Inmediatamente del posaborto
- Inmediatamente del retiro de un DIU
- Inmediatamente de la administración de Anticoncepción de emergencia(a las 24 horas)
- A los 21 días luego del posparto, si no está dando de lactar
- A las seis semanas luego del posparto si la lactancia es parcial
- A los seis meses luego del posparto, si la lactancia es exclusiva

Tabla de forma de uso del anticonceptivo oral combinado

PAQUETE DE 21 TABLETAS	PAQUETE DE 28 TABLETAS
Tomar una tableta diaria por 21 días	Tomar una tableta diaria por 28 días
A la misma hora	A la misma hora
Sin olvidos	Sin olvidos
Sin interrupciones ni descansos	Sin interrupciones ni descansos
Terminadas las tabletas, esperar 7 días y reiniciar un nuevo paquete al día siguiente	Terminadas las tabletas, reinicie un nuevo paquete al día siguiente

Anticoncepción Inyectable Combinada

Se los clasifica como:

1) Mensuales de primera generación

Están formados por la combinación de un estrógeno de acción prolongada con un gestágeno de acción corta

2) Mensuales de segunda generación

Compuestos por un estrógeno de acción breve y un gestágeno de acción prolongada.

ESTROGENO	PROGESTÁGENO
Valerato de estradiol 5mg	Enantato de Noretisterona 50 mg
Enantato de estradiol 10 mg	Acetofenido de dihidroxiprogesterona 150 mg

Tabla forma de uso del anticonceptivo inyectable combinado

VALERATO DE ESTRADIOL 5MG+ENANTATO DE NORETISTERONA 50MG	ENANTATO DE ESTRADIOL 10 MG+ ACETOFENIDO DE DIHIDROXIPROGESTERONA 150MG
Inyecte solo la primera ocasión el primer día de la menstruación	Inyecte dentro de los 7 primeros días de menstruación la primera ocasión y las subsecuentes
Las inyecciones subsecuentes deben ser colocadas el mismo día del mes de la inyección inicial +/- 3 días	Sin olvidos
Sin olvidos	Sin interrupciones
Sin interrupciones, ni descansos	

Eficacia. 0.3 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso

Ventajas. Una sola aplicación mensual

Desventajas. Son frecuentes las alteraciones del ciclo menstrual

Parche Transdérmico

Es un método anticonceptivo hormonal que contiene 2 tipos de hormonas (estrógenos y progestinas) sintéticas y se usa colocando un parche semanal sobre la piel durante tres semanas y luego una semana sin parche. Siendo un método cómodo, seguro y eficaz, que se adapta plenamente al ritmo de vida de la mujeres actuales.

Es pequeño, flexible y muy fino. Se aplica directamente sobre la piel seca y se adhiere perfectamente siendo eficaz incluso cuando se realizan actividades físicas que implican gran sudoración o el contacto permanente con el agua, como en situaciones de ejercicio físico, natación, etc.

Mecanismo de acción

El principal mecanismo de acción es la inhibición de la ovulación. También produce cambios en el moco cervical, dificultado la entrada de los espermatozoides en el útero.

Efectividad:

Si se usa correctamente este parche es como 99% efectivo, excepto para las mujeres que pesan más de 198 libras en cuyo caso la efectividad es de solo un 92%. El parche no protege de infecciones de transmisión sexual o VIH-SIDA.

Inicio del parche transdèrmico:

Se inicia la colocación del anticonceptivo transdèrmico el primer día de la menstruación. Si se perdió esta oportunidad de inicio, lo puede hacer:

- ✓ Después de los 7 primeros días de haber iniciado la menstruación, luego de descartar embarazo actual, se debe adicionar condón durante 7 días.
- ✓ Inmediatamente del posaborto.
- ✓ Inmediatamente del retiro de un DIU.
- ✓ Inmediatamente de la toma de anticoncepción de emergencia.
- ✓ A los 21 días luego del posparto, si la lactancia no está recomendada.
- ✓ A las seis semanas luego del posparto, si la lactancia es parcial.
- ✓ A los seis meses luego del posparto, si la lactancia es exclusiva

Forma de uso del parche:

1. Retire el parche de su empaque y despegue la capa posterior sin tocar la superficie adhesiva.
2. Coloque el parche en un lugar limpio y seco en cualquier de los siguientes lugares: parte superior externa del brazo, espalda, estomago, abdomen o nalgas.
3. Evitar la colocación en las mamas o su cercanía. Aplique la parte adhesiva del parche contra la piel durante 10 segundos.
4. Deslice el borde a lo largo del borde para asegurar que el parche este bien adherido.

Cambio del parche.

Debe aplicarse un nuevo parche cada semana por tres semanas seguidas, hágalo el mismo día siempre. No se coloque el nuevo parche en el mismo lugar donde estaba el parche anterior. Durante la cuarta semana no se coloque el parche y probablemente la menstruación se presente esa semana. No debe de pasar más de 7 días sin que use el parche.

Efectos secundarios:

Las mujeres podrán presentar algunos de los siguientes síntomas: dolor de cabeza, náusea, síntomas mamarios, sangrado irregular, irritación o sarpullido a nivel del área del parche.

Ventajas.

Las principales ventajas del parche son la eficacia, seguridad y comodidad.

Además su modo de administración (vía transdérmica) evita cambios en la eficacia derivados de molestias gastrointestinales o alteración de la absorción, especialmente en casos de vómitos o diarreas.

Anillo Vaginal

El anillo vaginal es un anillo que se presenta con la forma de una goma de látex delgada, flexible, suave y circular. Mide aproximadamente 2 pulgadas (5,4 cm) de diámetro y unos 1/8" (4 mm) de espesor, que la mujer se coloca dentro de la vagina. Libera estrógeno y progesterona de manera continua. Se usa durante 21 días, comenzando el primer día de la regla, se deja fuera por 7 días y luego se inserta un anillo nuevo y lo puede usar todos los meses.

Durante la semana que se deja fuera, ocurre sangrado como el de un periodo menstrual. También se puede comenzar los días 2 al 5, pero durante el primer ciclo se recomienda el uso adicional de un método de barrera durante los primeros 7 días de uso.

Anticonceptivos que solo contienen progestina**Indicaciones:**

- Mujeres de cualquier edad, incluyendo adolescentes y mujeres de más de 40 años.

- Contraindicaciones para el uso de estrógenos.
- Mujeres en periodo de lactancia en puerperio de más de seis semanas (no afecta ni la calidad ni cantidad de la leche materna)
- Mujeres que hayan tenido hijos o no
- Mujeres si pareja estable.
- Mujeres que hayan tenido recientemente un aborto o un embarazo ectópico
- Mujeres que fuman independientemente de la edad y cantidad.
- Mujeres que hayan tenido anemia en el pasado
- Mujeres que padezcan de depresión.
- Mujeres que tengan varices.
- Mujeres VIH positivas, con o sin terapia antiretroviral.
- Mujeres con ITS y EPI
- Enfermedad benigna de la mama.
- Mujeres con hiper e hipotiroidismo.
- Mujeres con cefalea incluso migraña.

Contraindicaciones:

- ✓ Embarazo.
- ✓ Menos de seis semanas posparto
- ✓ Sangrado vaginal de etiología desconocida.
- ✓ Pacientes con antecedentes de trombosis venosa profunda, embolia pulmonar, enfermedad cardiovascular actual.
- ✓ Cáncer mamario, genital, o hepático.
- ✓ Hepatitis viral activa, cirrosis hepática, tumores hepáticos.
- ✓ Tumoraciones dependientes de progestágenos.
- ✓ Tratamiento con rifampicina, barbitúricos, primidona.
- ✓ Usar con precaución en los primeros años posmenarquia. Puede disminuir la densidad mineral ósea a largo plazo en adolescentes.

Mecanismo de acción.

1. Evita la ovulación
2. Aumenta la consistencia del moco cervical.
3. Reduce el transporte de espermatozoides.
4. No tiene efecto sobre la implantación. No es abortiva.

Ventajas.

Puede suministrarse en cualquier momento que la mujer lo solicite siempre y cuando no exista contraindicación temporal o definitivas.

- Previene el embarazo no planificado muy eficaz.
- Es un método muy seguro y conveniente.
- Cómodo puede usarse a largo plazo.
- No interfiere con las relaciones sexuales.
- No es abortiva. No interfiere en la implantación o en la evolución de un embarazo ya implantado.
- Muy efectivo en mujeres en periodo de lactancia.
- No afecta la calidad ni la cantidad de la leche materna, en mujeres que estén dando de lactar luego de las 6 semanas posparto.
- No tiene los efectos secundarios de los estrógenos.
- Su modo de uso es muy sencillo, una tableta diaria sin interrupción y sin olvidos, o una inyección trimestral o la inserción del implante subdèrmicos cada 3 o 5 años.
- Brinda protección contra: cáncer de endometrio, cáncer de ovario, enfermedad benigna de mama, enfermedad pélvica inflamatoria.
- No está relacionado con mitos como infertilidad, acumulación de hormonas.

Desventajas.

- No previene de las ITS incluyendo VIH y SIDA
- Puede ocasionar cambios en el patrón del sangrado menstrual.
- Depende de la toma oral o la administración incorrecta disminuye la eficacia.
- El olvido en la toma o la administración incorrecta disminuye la eficacia.

Anticonceptivo oral que solo contiene progestágeno.

Método anticonceptivo que consiste en la toma de una tableta diaria que contiene una sola hormona:

- Levonorgestrel 0.030 mg
- Linnestrenol 0.5 mg
- Norgestrel 0.075 mg

No inhiben la ovulación su mecanismo de acción consiste en modificar el moco cervical haciéndolo denso y hostil a los espermatozoides, no permitiendo se ascenso hacia la cavidad uterina.

Forma de uso.

- Tomar una tableta diaria.
- A la misma hora.
- Sin olvidos.
- Sin interrupciones ni descansos.
- Terminadas las tabletas, se reinicia un nuevo paquete al día siguiente.

En caso de olvido en la toma de 1 píldora se debe tomar la píldora olvidada lo antes posible. En caso de que tenga ciclos menstruales indique preservativo por dos días como respaldo.

Si la paciente olvida la toma de más de una píldora; indique la toma de una tableta olvidada lo antes posible. Uso de condón los próximos 7 días si la menstruación no se ha presentado. Sugiera el uso de Anticoncepción de Emergencia si ha tenido coito en los últimos 5 días.

Anticonceptivo inyectable a base de progesterona sola.

Es un método anticonceptivo que consiste en la inyección intramuscular glútea o deltoidea de una ampolla trimestral que contiene un progestágeno de depósito: Acetato de Medroxiprogesterona 150 mg.

Forma de uso: se inicia el método luego de las 6 semanas pos parto o dentro de los 7 primeros días de haber iniciado la menstruación. Se inyecta en forma IM profunda, no se debe dar masajes en el área aplicada. Administrando una nueva dosis de Acetato de Medroxiprogesterona cada 3 meses, sin olvidos en la administración.

Ventajas:

- Es conveniente, provee anticoncepción por 3 meses.
- Es discreta, nadie se da cuenta de la utilización del método.
- No interfiere en las relaciones sexuales
- No hay sangrado menstrual.
- Puede utilizarse en las mujeres en tratamiento con drogas anticonvulsivantes.

Efectos secundarios:

Son leves y pueden o no incluir, Náusea, cefalea, sensibilidad anormal de los senos, sangrado intermenstrual o amenorrea efectos que son pasajeros y desaparecen en los primeros 3 meses de uso del método.

En caso de olvido de la administración del anticonceptivo inyectable se puede administrar el método 2 semanas antes o 2 después de la fecha acordada.

Implantes Subdérmicos

Son métodos anticonceptivos que consisten en la colocación subdérmicos de 1 o 2 cartuchos o capsulas cilíndricas plásticas no biodegradables que contienen un progestágeno de depósito: etonorgestrel o

levonorgestrel que se libera progresivamente durante 3 a 5 años respectivamente.

Ventajas

- Alta efectividad anticonceptiva (Muy alta efectividad) - 99%
- Excelente opción cuando hay contraindicación para el uso de estrógenos
- Excelente elección durante la lactancia
- Bajo costo del método a mediano plazo
- Sin efecto acumulativo del medicamento: al retirar los implantes se elimina toda medicación en cuestión de pocos días (unas 100 horas, dependiendo de la vida media del componente hormonal)
- Rápido retorno a la fertilidad
- Amenorrea (cesación de la menstruación): previene o ayuda a corregir la anemia
- Efectividad continua
- Regularizan los ciclos menstruales y sirven para tratar las menstruaciones dolorosas.

Desventajas.

- Alteración del patrón regular de sangrado menstrual 35%
- Sangrado genital abundante y prolongado 18%
- Aumento de peso, acné, retención de líquido (edema), depresión: menos del 10%
- Alto costo inicial
- Complicaciones locales en el sitio de la inserción (incisiones cutáneas, anestésicos locales, hematomas, infección), dificultad para retirar los implantes, pérdida ocasional o imposibilidad de retiro de algún implante (casi exclusivamente con el Norplant)
- Efectividad disminuida en pacientes obesas (Índice de masa corporal mayor de 30)
- Quistes ováricos

- No protegen contra enfermedades de transmisión sexual
- Dependencia médica para colocación y retiro del dispositivo
- Algunos de estos dispositivos no se ven con los rayos X así que si se pierden es difícil ubicarlos

Jadelle.

Es la evolución de implante Norplant (retirado del mercado). Mantiene el mismo agente activo, el levonorgestrel, pero esta versión mejorada y simplificada solo consta de 2 tubitos que se insertan mediante una cánula especial que acompaña a los dispositivos. La duración de uso es de 5 años

Implanon.

Se compone de un pequeño tubo que se inserta con un dispositivo especial en la cara interna del brazo no dominante; cosa que hace de su inserción y eventual retiro algo muy sencillo, poco doloroso y sin mayores complicaciones. Este dispositivo libera diariamente pequeñas cantidades de un progestágeno llamado etonogestrel, su duración de uso se limita a 3 años.

Anticoncepción de Emergencia

Es un método anticonceptivo de emergencia que puede utilizar la mujer en los 5 días siguientes a una relación sexual sin protección anticonceptiva con el fin de evitar un embarazo no planificado.

Solamente se utiliza en situaciones especiales, como:

- La mujer ha tenido un coito contra su voluntad.
- El condón se ha roto
- El DIU se ha salido de su lugar.
- La mujer se ha quedado sin anticonceptivos orales, ha olvidado tomar 2 o más anticonceptivos orales solo de progestágeno, o se ha retrasado más de algunas semanas en recibir su inyección anticonceptiva mensual y además ha tenido un coito sin usar ningún otro método de prevención de embarazo.

Mecanismo de acción.

- ✓ Inhibe o retrasa la ovulación
- ✓ No tiene efectos sobre la implantación
- ✓ Básicamente hay dos tipos de anticoncepción de emergencia:

Tabletas de anticonceptivos orales:

- Combinados(etinilestradiol y levonorgestrel)
 - Levonorgestrel solo
 - acetato de ulipristal
 - mifepristona
- Dispositivo intrauterino liberador de cobre (DIU)

El Método de Yuzpe

hoy en desuso consiste en administrar 2 pastillas o tabletas de anticonceptivo oral de macrodosis que incluya 50 ug de Etinilestradiol y 250 ug de Levonorgestrel durante las primeras 72 horas después del coito sin protección y repetir la ingesta 12 horas más tarde. En caso de no estar disponibles las pastillas o tabletas de macro dosis se administran 4 tabletas de micro dosis que incluyan 30 ug de Etinil-Estradiol y 150 ug de Levonorgestrel (Microgynon) en las primeras 72 horas después del coito sin protección y tomar otras 4 píldoras 12 horas más tarde.

Se considera un método seguro, económico, accesible y con efectos secundarios que implican en muy pocos casos náuseas.

Levonorgestrel solo

La anticoncepción de emergencia está aprobada por la OMS, la Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF), y las agencias reguladoras de la mayoría de los países incluyendo los EEUU (Administración de Alimentos y Drogas –FDA-).

Solo es efectiva dentro de los cinco días que siguen a la relación sexual no protegida.

Régimen de levonorgestrel: Se emplea de dos maneras:

a. La mujer puede tomar una dosis de 1,50 mg de levonorgestrel, más efectiva que la dosis tradicional.

b. La forma tradicional es utilizar dos píldoras de 0,75 mg de levonorgestrel cada una separada por un lapso de 12 horas.

El mecanismo de acción de estos anticonceptivos es complejo, porque el efecto de las píldoras administradas depende de:

- ✓ El día en que se usan
- ✓ La fertilidad de la mujer en la etapa del ciclo menstrual en que se encuentre.

Por lo tanto, la gran mayoría de casos en riesgo (relaciones sexuales no protegidas), los espermatozoides tienen que esperar entre uno y cinco días en el tracto genital femenino hasta que se produzca la ovulación. Este intervalo ofrece una posibilidad real de que la AE interfiera en:

- ✓ El transporte y la vitalidad de los espermatozoides, producido por la alteración del moco cervical (se torna espeso)
- ✓ El proceso ovulatorio (retrasando o impidiendo la liberación del ovulo)

Por estos mecanismos evita el encuentro del óvulo con el espermatozoide en la trompa de Falopio, por ende estos no se unen, y no hay probabilidad de que ocurra un embarazo.

Otros mecanismos son alteraciones en el endometrio, en la penetración de los espermatozoides y en la motilidad tubàrica.

Discusión sobre el mecanismo de acción de levonorgestrel

La anticoncepción consiste en impedir la concepción por medio de la obstrucción de cualquiera de las fases anteriores a la fecundación. Así, alterar la movilidad de los espermatozoides e impedir la ovulación serían mecanismos anticonceptivos, no así impedir la nidación o implantación. Se considera que, para que una píldora usada para anticoncepción de emergencia sea efectiva, debe actuar no solamente antes de la fecundación, sino también impidiendo la nidación, ya que las mujeres las usan en

diferentes tiempos dentro de su ciclo menstrual. Dado que la anticoncepción de emergencia se puede dar en todos los estados del ciclo menstrual, en los primeros días del ciclo puede que impida el desarrollo del folículo impidiendo la ovulación, pero a medida que se acerca el día de la ovulación, la probabilidad de que impida la ovulación es menor. Los espermatozoides alcanzan el sitio de la fecundación en menos de 1 hora, y aunque la mujer tomara la píldora inmediatamente, es casi imposible que la droga alcance una efectiva concentración a tiempo en el lugar donde la fecundación tiene lugar. Por tanto, se puede considerar como irrelevante el efecto que la píldora pueda tener sobre el transporte de gametos. El hecho de que el levonorgestrel sea efectivo en el tiempo de la ovulación indica que debe tener un efecto impidiendo la implantación. en el período fértil el levonorgestrel no actuaría a tiempo para prevenir la ovulación.

Indirectamente, hay, por tanto, suficiente evidencia de que uno de los efectos del levonorgestrel sea actuar impidiendo la implantación, pero no hay prueba directa de que los cambios inducidos en el endometrio por el levonorgestrel impidan la nidación

Acetato de Ulipristal.

Es un modulador selectivo de los receptores de la progesterona (SPRM) utilizado como anticonceptivo femenino de emergencia¹ eficaz durante cinco días (120 horas) después de haber mantenido relaciones sexuales sin protección o haberse producido un fallo del anticonceptivo utilizado.

Es considerado el anticonceptivo de urgencia no hormonal más eficaz para la mujer, es cinco veces más potente que el levonorgestrel en la inhibición o retraso de la ovulación. Además, y en comparación con el levonorgestrel es el triple de eficaz si se administra en las primeras 24 horas, y el doble si se suministra en las primeras 72 horas después de la relación sexual sin protección.

Mifepristona.

Se utiliza como "pastilla abortiva". El término "pastilla anticonceptiva de emergencia" no hace referencia a la mifepristona, que es comúnmente usada en dosis de 200 o 600 mg como un abortivo. Sin embargo, en China y Rusia solamente, la mifepristona está disponible ya sea como anticonceptivo de emergencia o como un abortivo, dependiendo de si se utiliza antes o después de la implantación, siendo efectiva hasta por 17 días después del coito

El uso de mifepristona como anticonceptivo de emergencia viene avalado por estudios clínicos que consideran a la mifepristona más efectiva que el levonorgestrel e incluso que el DIU, estando asociados a menos efectos secundarios. Si se usa como anticonceptivo de emergencia, una dosis baja de mifepristona es ligeramente menos efectiva que una dosis más alta, pero tiene menos efectos secundarios. Una revisión de estudios en humanos concluyó que los efectos anticonceptivos de una dosis de 10-mg son debido a sus efectos sobre la ovulación, pero la comprensión de su mecanismo de acción sigue siendo incompleta. Dosis más altas de mifepristona pueden interrumpir la implantación y, a diferencia del levonorgestrel a mifepristona puede ser efectiva en terminar un embarazo en curso.

2.2.4.5 Métodos Temporales Intrauterinos

Dispositivo intrauterino de cobre

Es un anticonceptivo fabricado de polietileno en forma de T, con dos brazos horizontales flexibles. Posee alrededor suyo alambre de cobre con una superficie de 380 mm. Se lo inserta por vía vaginal a través del cérvix y se lo coloca al nivel del fondo del útero. Posee dos hilos guías también de polietileno que quedan a nivel de la vagina para su control y extracción. Su uso puede ser por diez años.

Indicaciones:

- Anticoncepción a largo plazo, duradera, muy efectiva
- Mujeres que han tenido hijos.
- En mujeres que no han tenido hijos
- Mujeres en puerperio, posparto mayor a 4 semanas, con lactancia exclusiva o parcial
- Mujeres posaborto inmediato sin infección
- Mujeres en cualquier edad incluyendo adolescentes y mujeres mayores de 35 años
- Mujeres que fuman
- Mujeres que padezcan de cualquier enfermedad sistémica que no afecten la coagulación
- Anticoncepción intrauterina de emergencia

Contraindicaciones:

- Embarazo
- Sepsis puerperal pos evento obstétrico
- SIDA
- Enfermedad pélvica inflamatoria actual
- Sangrado genital de etiología desconocida
- Cáncer cervical o cáncer de endometrio en espera de tratamiento
- Anomalías uterinas y tumoraciones uterinas que distorsionan la cavidad uterina.
- Enfermedad trofoblástica maligna o benigna

Mecanismo de acción:

- a) Produce una reacción inflamatoria local estéril;
- b) Altera los fluidos endometriales;
- c) Intercede en el transporte de gametos;
- d) Destruye los gametos en forma indirecta.

Ventajas:

- Tiene una eficacia alta: 98%.
- Es de larga duración.
- Puede ser removido en cualquier momento.
- No es costoso.
- Funciona de inmediato.
- Es de uso cómodo.
- Pueden usarlo con seguridad las madres lactantes.
- El riesgo de efectos secundarios es bajo.
- Es cómodo para las relaciones sexuales.

Desventajas:

- No previene las ITS, incluyendo VIH y SIDA
- No es sugerido en mujeres con múltiples parejas sexuales
- Una ITS no tratada en usuaria de DIU puede llevar a mayor riesgo de embarazo ectópico o una EPI y potenciales cuadros de dolor pélvico crónico e infertilidad
- Puede tener efectos secundarios como dismenorrea y menorragias
- Tiene riesgos bajos de infección como expulsión y perforación uterina.

Dispositivo intrauterino de levonorgestrel.**Indicaciones particulares para el DIU hormonal**

- Menorragia idiopática
- Hiperplasia endometrial sin atipias
- Miomatosis uterina

Contraindicaciones:

- Embarazo o sospecha del mismo
- Cáncer de mama actual o pasado
- Tumores dependientes e progestágenos
- Cáncer cervical y cáncer de endometrio

- Cáncer de ovario
- EPI actual o recurrente
- Cervicitis purulenta o infección actual por clamidia o gonorrea
- SIDA
- Enfermedad hepática activa o tumor hepático
- Anomalías uterinas congénitas o adquiridas

Mecanismo de acción:

Los DIU con levonorgestrel asocian los efectos del DIU de cobre, con el efecto hormonal, provocando atrofia endometrial y alteraciones del moco cervical.

2.2.4.6 Métodos Definitivos Quirúrgicos

Anticoncepción Quirúrgica

Es la intervención quirúrgica a través de la cual se realiza un procedimiento de esterilización que impide de manera definitiva el encuentro del ovulo y el espermatozoide

Ligadura de trompas salpingoclasia o salpingoligadura

Es una intervención quirúrgica en la cual se realiza anticoncepción quirúrgica femenina mediante la sección, corte y ligadura bilateral de las trompas de Falopio. Puede realizarse posparto trans cesárea o en el intervalo intergenésico

Mecanismo de acción:

Impide por tanto el acceso del óvulo al interior del útero, y el de los espermatozoides al óvulo.

Ventajas:

Entre las ventajas que tiene este método mencionamos que es permanente, pero vale la pena mencionar que en algunos casos se puede revertir con éxito (50% a 80%). Elimina el miedo a quedar embarazada y no hay riesgos o efectos secundarios en la salud.

Indicaciones:

Esta cirugía puede ser efectuada a:

- Mujeres que acceda voluntariamente, sin sufrir ningún tipo de presión,
- Mujeres que tengan la seguridad de que no quieren tener más hijos o hijas,
- Mujeres con riesgo reproductivo, con embarazo en curso o aborto reciente.

Riesgo:

Los riesgos propios de la cirugía de ligadura de trompas son:

- El fallo en el cierre completo de las trompas y la posible continuación de la fertilidad.
- La tasa de embarazo después de la ligadura de trompas es de 1 de cada 200 mujeres.
- Posibilidad de embarazos ectópicos
- Los daños que se puedan producir por el laparoscopio en los órganos o estructuras adyacentes.

Vasectomía.

Intervención quirúrgica en la cual se realiza anticoncepción quirúrgica masculina mediante la sección, corte y ligadura bilateral de los conductos deferentes. La vasectomía es un procedimiento muy efectivo para evitar la concepción. La tasa de fallos no supera el 0.5 por ciento. Después de la operación todavía hay espermatozoides almacenados, de modo que se debe usar otro método de anticoncepción hasta que el espermiograma revele que el conteo espermático es igual a cero. Este procedimiento no tiene efecto alguno sobre la provisión de sangre y hormonas a los genitales, de modo que no afecta la erección ni la libido. No previene la propagación de infecciones de transmisión sexual (ETS). Una vasectomía NO incrementa el riesgo de cáncer de próstata o de enfermedad testicular.

Criterios para métodos definitivos

A (Aceptable): - no existe razón médica para negarse a la esterilización si lo solicita el/la paciente.

C (Cuidado):- el procedimiento puede realizarse, pero con una preparación y unos cuidados más precisos.

R (retrasar): - debemos esperar a que el caso reúna las características necesarias, utilizando otro método hasta ese momento.

S (especial):- el procedimiento debe realizarse por un equipo multidisciplinar con experiencia y con los medios técnicos adecuados, utilizando otro método hasta reevaluar las condiciones, esperando que sean mejores.

Categoría para métodos temporales

Las categorías son las siguientes:

- 1 No hay restricción; se puede usar en cualquier circunstancia.
- 2 Las ventajas de usar el método generalmente superan a los riesgos; habitualmente se puede usar.
- 3 Los riesgos normalmente superan las ventajas; no se recomienda su uso salvo si no hay disponibles otros métodos mejores, y por supuesto requiriendo un seguimiento más cuidadoso.
- 4 Su uso representa un riesgo inaceptable para la salud; no debe usarse bajo ningún concepto.

2.3 Planteamiento de Hipótesis

2.3.1 Hipótesis General

- Si se difundiera el uso de los Métodos de Planificación Familiar se disminuiría el número de embarazos no deseados..

2.3.2 Hipótesis Específicas

- Si conociéramos el nivel de conocimiento que poseen los pacientes de 20 – 30 años acerca de los métodos de Planificación Familiar se disminuiría el número de embarazos no deseados.
- Si se determinara los factores que influyen a las pacientes a abandonar el método anticonceptivo se reduciría el caso de multiparidad.
- Si diseñáramos una propuesta alternativa de Educación continua se mejoraría la calidad de vida familiar.

2.3.3 Variables

2.3.4 Variables Independientes

Variable Independiente General: Programas para mejorar el acceso a los servicios de Planificación Familiar.

Variable Independiente 1: Causas relacionadas con la falta de información

Variable Independiente 2: Programas actuales de Planificación Familiar.

Variable Independiente 3: Programas para la capacitación de las mujeres que buscan un servicio de planificación Familiar.

2.3.5 Variables Dependientes

Variable Dependiente General: Mejoraríamos el acceso a los servicios de Planificación Familiar haciéndolo equitativo y la Incidencia en el uso de métodos anticonceptivos.

Variable Dependiente 1: Estaríamos en capacidad de mejorar su comportamiento Socio-Cultural.

Variable Dependiente 2: Propondríamos pautas para su ejecución.

Variable Dependiente 3: lograríamos un mejor control.

Operacionalización de Variables

CATEGORIA	VARIABLE	INDICADOR	SUBINDICADOR
Acceso Anticonceptivos Pacientes Unidad Anidada	VDG: Mejoraríamos el acceso a los servicios de Planificación Familiar haciéndolo equitativo y la Incidencia en el uso de métodos anticonceptivos.	Disminución de embarazos no deseados	Mujeres que lo presentan
Mejorar comportamiento Sociocultural de las pacientes de la Unidad Anidada	VD1: Estaríamos en capacidad de mejorar el comportamiento socio-cultural.	Capacidad	Aptitud o suficiencia para hacer alguna cosa.

Programas. Proponer. Pautas. Ejecución.	VD2: Propondríamos establecer pautas para su ejecución.	Programas	Organizar acciones para la elaboración de un proyecto
Captación	VD3: Lograr un mejor control	Controles Seguimiento	Regulación de un sistema y análisis de resultados

2.4 Operacionalización de las Hipótesis específicas

HIPÓTESIS	OPERACIONALIZACIÓN	DEFINICIÓN	INDICADOR
<ul style="list-style-type: none"> ▪ . Si conociéramos el nivel de conocimiento que poseen los pacientes de 20 – 30 años acerca de los métodos de Planificación Familiar se disminuiría el número de embarazos no deseados. 	<p>Relacionar el nivel de conocimiento en el uso adecuado de métodos anticonceptivos con la disminución de embarazos no deseados</p>	<p>Los anticonceptivos previenen en un 99% los casos de embarazos no deseados</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Número de encuestadas que refieren poseer conocimiento de métodos anticonceptivos
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Si se determinara los factores que influyen a las pacientes abandonar el tratamiento de Planificación Familiar se reduciría los casos de multiparidad 	<p>Evidenciar como estos factores afectan a la Planificación Familiar</p>	<p>Mujeres con mayor número de hijos afectadas por muchos factores en la Planificación Familiar</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Número de encuestadas con mayor influencia de factores negativos.
<ul style="list-style-type: none"> • Si diseñáremos una propuesta alternativa de Educación continua se mejoraría la calidad de vida familiar. 	<p>Establecer como mejoraría la calidad de vida ejecutando una propuesta de educación continua.</p>	<p>Mujeres con mayor conocimiento utilizarían de forma correcta los métodos anticonceptivos</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Número de encuestadas que escaso acceso a la información

CAPITULO III

3. METODOLOGÍA

3.1 Tipo de Investigación

Los tipos de investigación que se utilizó son:

- **Investigación Documental**

Se busco la información en documentación proporcionada por la Unidad Anidada del Hospital Baba e investigación bibliográfica relevante.

- **Investigación de Campo**

Se evidencio mediante la observación y las encuestas realizadas, a las pacientes que acuden por servicios de Planificación Familiar a la Unidad Anidada del Hospital Baba.

3.2 Universo y Muestra

Población:

La población está comprendida por 1010 pacientes mujeres en edades comprendidas entre 20 a 30 años que acudieron a la consulta externa de la Unidad Anidada del hospital Baba durante el periodo de febrero a agosto del 2012

Muestra:

Para el cálculo de la muestra se hace uso de la siguiente fórmula estadística:

$$n = \frac{N}{(N-1) \times e^2 + 1}$$

Cuyas iniciales significan:

n = Tamaño de la muestra

N = Universo (número de pacientes)

e = Margen de error admisible (0.05 en nuestro caso)

Calculando se obtiene:

N = 1010 pacientes

e = 0.05

$$n = \frac{1010}{(1010 - 1) \times 0,05^2 + 1}$$

n= 287 pacientes a estudiar

3.3 Métodos y técnicas de recolección de información

3.3.1 Métodos de investigación

Método Deductivo.- Para la realización del trabajo es necesario basarse en que la Planificación Familiar constituye una de las estrategias para alcanzar una salud sexual y reproductiva plena.

Aplicada.- El objetivo de la investigación es evidenciar la prevalencia, continuidad, abandono, resultados para ampliar la cobertura

Descriptiva.- Con este método descriptivo se realizara detalladamente la descripción del problema, permitiéndonos de esta manera detallar los factores que influyen de que las mujeres rechacen o abandonen el tratamiento de Planificación Familiar.

Métodos retrospectivos

EL Método que utilizare es el retrospectivo porque a través de este método voy a analizar las causas de porque las mujeres abandonan el tratamiento de planificación familiar.

3.3.2 Técnicas

Para la recopilación de la información necesaria se utilizaron las siguientes técnicas:

- **Observación.-** Como técnica es fundamental para la recopilación de datos, es el registro sistemático, válido y confiable del comportamiento o conducta manifiesta.
- **La encuesta.-** Consiste en obtener información de los sujetos de estudios proporcionados por ellos mismo, sobre opiniones, conocimientos, actitudes o sugerencias. Hay dos maneras de obtener información: La entrevista y el Cuestionario. En la entrevista, las respuestas son formuladas verbalmente y se necesita del entrevistador; en el procedimiento denominado cuestionario, las respuestas son formuladas por escrito y no se requiere del entrevistador.
- **La entrevista.-** será estructurada (preguntas previamente elaboradas y ordenadas) la misma que nos conducirá a un acercamiento al personal objetos y sujetos de la investigación.

- **Tabulación estadística:** es el procesamiento de la información mediante la elaboración de cuadros y gráficos que demuestren datos claros y reales acerca del fenómeno que se investiga.

3.4 Procedimiento

El procedimiento para el desarrollo de este trabajo investigativo es el siguiente:

1. Definir claramente el tema a investigar y el alcance de la investigación
2. Definir del problema
3. Establecer objetivos
4. Establecer grupo de estudio
5. Establecer Supuestos o hipótesis
6. Elaborar Esquema de fundamento
7. Definir la metodología de la investigación
8. Establecer el método
9. Organizar Cronograma.
10. Elaborar y probar cuestionario
11. Ejecutar la lista de verificación en el Hospital
12. Recolectar la información
13. Tabular y analizar información
14. Elaborar informe final.

Recolección de la información

Se recolectó la información a través de las encuestas, bibliografía y las historias clínicas de las pacientes

Tratamiento de los resultados

Los datos obtenidos por los diferentes medios fueron tabulados, graficados y analizados.

CAPITULO IV

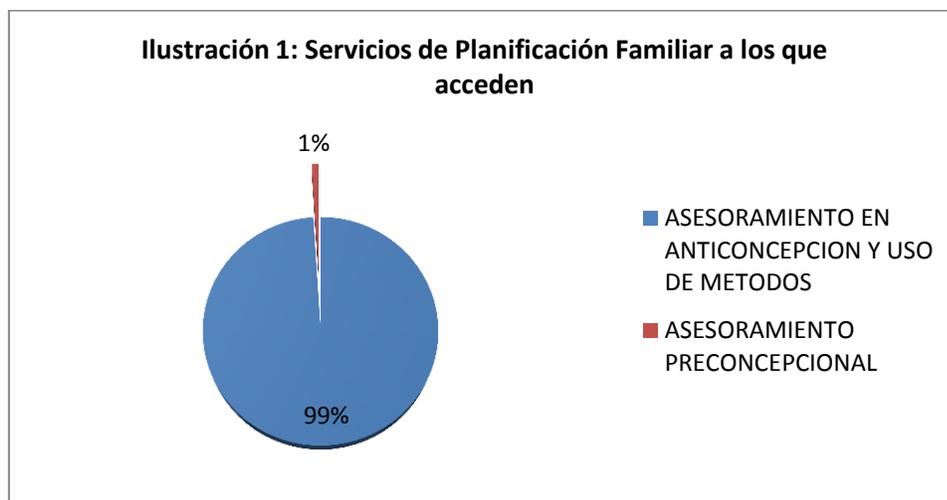
4. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

4.1 Tabulaciones e interpretación de datos.

4.1.1. Encuesta aplicada a las pacientes entre 20 – 30 años que asisten a la Unidad Anidad del Hospital de Baba en busca de Planificación familiar.

Tabla 1. Servicios de Planificación Familiar a los que acceden

ASESORAMIENTO EN ANTICONCEPCION Y USO DE METODOS	284	99%
ASESORAMIENTO PRECONCEPCIONAL	3	1%
TOTAL	287	100%

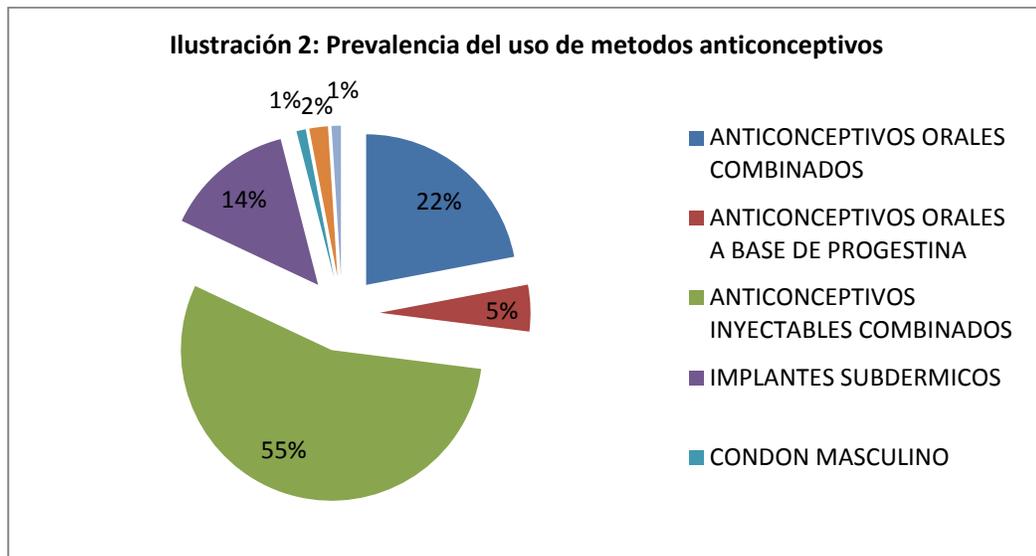


Elaboración: las autoras

El primer estudio de interés, que se realizó, fue determinar los servicios de Planificación Familiar a los que accedían las usuarias donde tenemos como resultado, que el 99% acceden a la asesoría de anticoncepción por lo que se establece que las mujeres presentan el deseo de ampliar el espacio intergenésico o esperar el momento indicado para la maternidad.

Tabla 2. Prevalencia del uso de métodos anticonceptivos

ANTICONCEPTIVOS ORALES COMBINADOS			62	22%
ANTICONCEPTIVOS ORALES A BASE DE PROGESTINA			14	5%
ANTICONCEPTIVOS INYECTABLES COMBINADOS			156	55%
IMPLANTES SUBDERMICOS			40	14%
IMPLANON	30	11%		
JADELLE	10	3%		
CONDON MASCULINO			3	1%
DISPOSITIVO INTRAUTERINO			7	2%
LIGADURA DE TROMPAS (ESTERILIZACION FEMENINA)			2	1%
TOTAL			284	100%

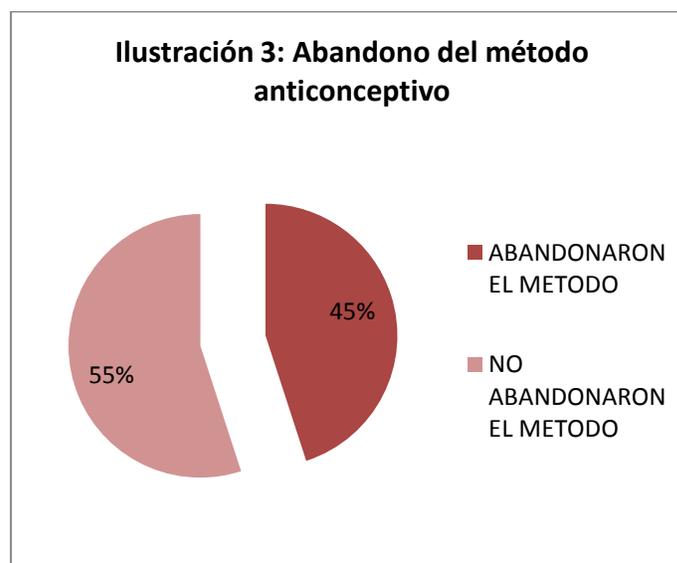


Elaboración: las autoras

Este análisis busco establecer la prevalencia del uso de los distintos métodos anticonceptivos en las mujeres entre 20 a 30 años de edad que acuden a la consulta externa Hospital Baba. Se pudo determinar que el 55% de las usuarias usan el anticonceptivo inyectable combinado, el 22% prefieren los anticonceptivos orales combinados, mientras que el 14% opta por uno de los Implantes subdèrmicos, el 5% utiliza los anticonceptivos orales a base de progesterona (la mayoría por lactancia), el 1% prefiere el condón masculino para sus parejas, el 2% se decide por el dispositivo Intrauterino y un 1% por la ligadura de trompas. Determinamos con este estudio que las mujeres prefieren un método discreto ya que más de la mitad de las 284 pacientes usan la ampolla como anticonceptivo, y a pesar del número de hijos que tienen solo pocas eligen la esterilización femenina.

Tabla 3. Abandono del método anticonceptivo

ABANDONARON EL METODO	129	45%
CONTINUAN CON EL METODO	155	55%
TOTAL	284	100%

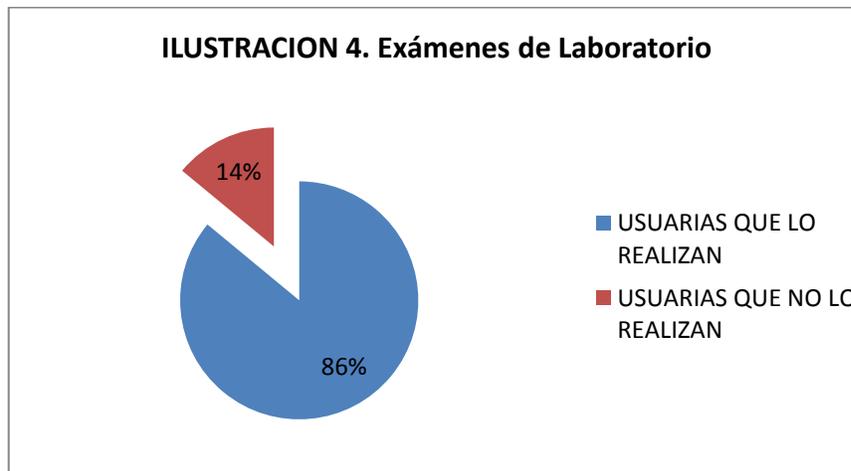


Elaboración: las autoras

Este estudio se realizó mediante la encuesta para determinar el abandono al método anticonceptivo y se determinó que el 45% de las mujeres que usan anticonceptivos lo dejan de usar por diferentes razones y el 55% continúan su uso.

Tabla 4. Exámenes de Laboratorio

USUARIAS QUE LO REALIZAN	248	86%
USUARIAS QUE NO LO REALIZAN	39	14%
TOTAL	287	100%

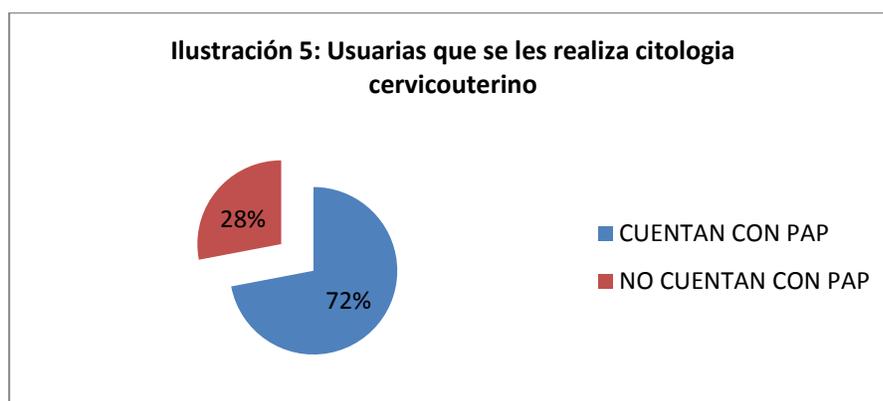


Elaboración: las autoras

Con este estudio se logró analizar el número de pacientes que cumplían con los exámenes de laboratorio sugeridos por el profesional donde el 86% de las mujeres se realizan los exámenes y el 14 % no lo hacen.

Tabla 5. Usuaris que se les realiza citología cervicouterino

CUELTAN CON PAF	206	72%
NO CUELTAN CON PAF	81	28%
TOTAL	287	100%

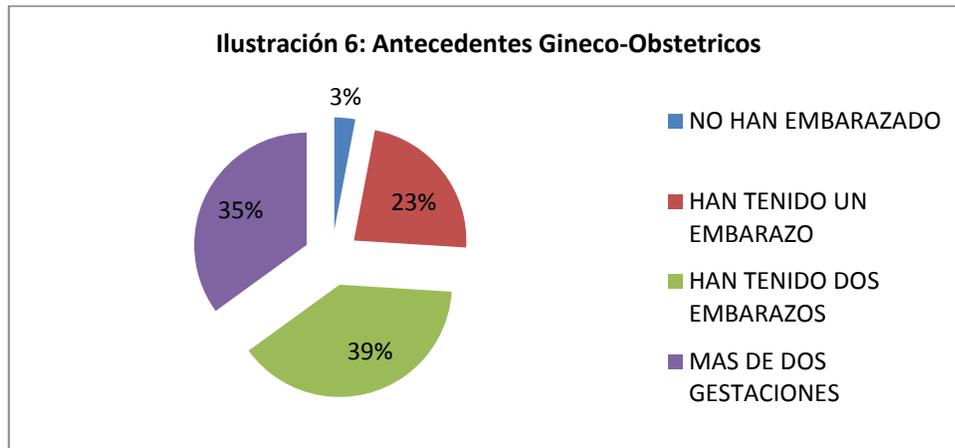


Elaboración: las autoras

En cuanto a las usuarias que permiten la toma de muestra para que se les realice la citología cervicouterina se pudo observar que el 72 % cuentan con un resultado mientras que el 28 % no se realizan este examen y la mayoría de ellas por temor al procedimiento por lo que se determina que es importante en la consulta obstétrica incentivar a las mujeres a la realización de esta prueba despejando sus dudas y ayudándolas en sus temores.

Tabla 6. Antecedentes Gineco-Obstétricos

NO HAN EMBARAZADO	9	3%
HAN TENIDO UN EMBARAZO	65	23%
HAN TENIDO DOS EMBARAZOS	112	39%
MAS DE DOS GESTACIONES	101	35%
TOTAL	287	100%

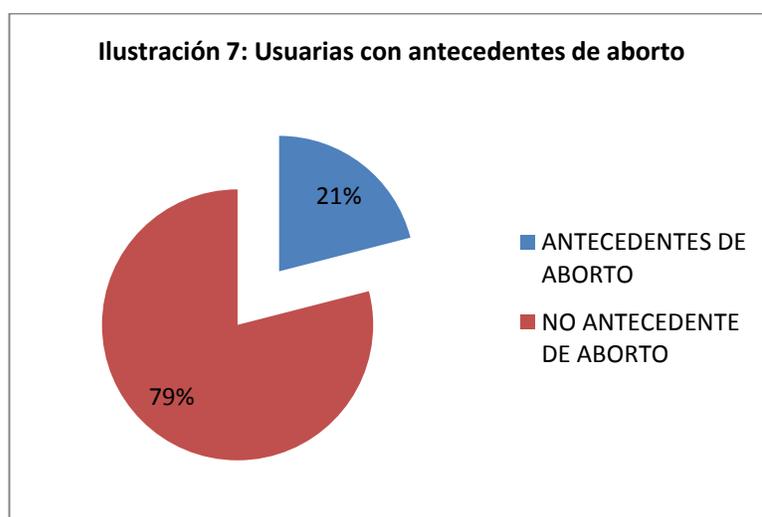


Elaboración: las autoras

Es este estudio se analizó los antecedentes gineco-obstétricos de las pacientes entre 20 a 30 años que acuden a la consulta de Planificación Familiar y dio como resultado que el 39% de las mujeres han tenido dos embarazos, el 35 % más de dos, muchas de ellas ya multíparas sobrepasando los tres embarazos, el 23% han tenido un embarazo y el 3% aun no embaraza. Considerando que es un porcentaje grande de mujeres jóvenes y con varias embarazos de allí la necesidad que tienen ellas de buscar un método anticonceptivo seguro y a largo plazo.

Tabla 7. Usuaris con antecedentes de aborto

ANTECEDENTES DE ABORTO	61	21%
NO ANTECEDENTE DE ABORTO	226	79%
TOTAL	287	100%



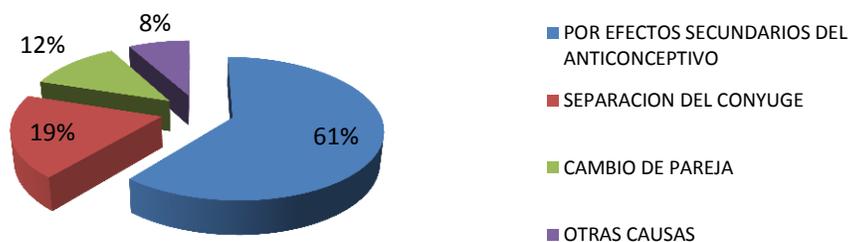
Elaboración: las autoras

En este estudio se buscó analizar si las usuarias presentaban antecedentes de aborto y el 21% de las mujeres lo han tenido mientras que el 79% no tienen antecedentes de interrupción de embarazo antes de las 20 semanas. Y de este 21% que presentan este antecedente un gran porcentaje han tenido más de dos abortos.

Tabla 8. Causas de rechazo o abandono de métodos

POR EFECTOS SECUNDARIOS DEL ANTICONCEPTIVO	78	61%
SEPARACION DEL CONYUGE	25	19%
CAMBIO DE PAREJA	16	12%
OTRAS CAUSAS	10	8%
TOTAL	129	100%

Ilustración 8: Causas de rechazo o abandono de metodos



Elaboración: las autoras

En la investigación se determinó las causas que mencionan las mujeres para abandonar el método anticonceptivo y dio como resultado que el 61% lo abandonan por efectos secundarios, es decir que si las mujeres presentaran mayor tolerabilidad ante el anticonceptivo la cantidad de abandono disminuiría notablemente; el 19% porque se separan de sus parejas, el 12% porque cambian de pareja y muestran el deseo de concebir un hijo en esa nueva relación y el otro 8% por distintas causas como deseos de cambiar de método anticonceptivo o influencia del propio esposo.

Tabla 9. Uso de métodos anticonceptivos por nivel de instrucción

NIVEL	CANT	%
PRIMARIA	189	67%
SECUNDARIA	61	21%
SUPERIOR	25	9%
ANALFABETAS	9	3%
TOTAL	284	100%



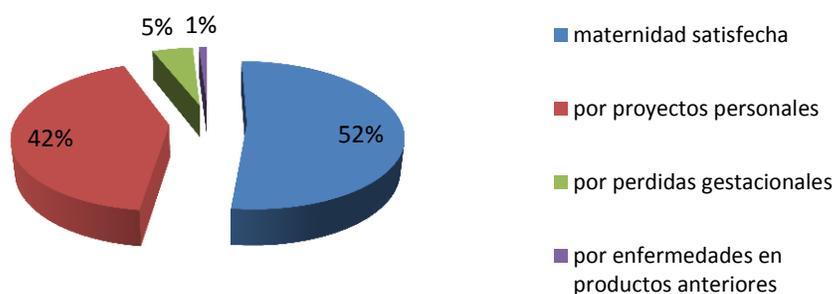
Elaboración: Las autoras

En este estudio se determinó el nivel de escolaridad que tienen las mujeres que acceden al servicio de asesoramiento en anticoncepción donde el 67% cuentan con estudios primarios, el 21% con instrucción secundaria, el 9% con estudios superior (muchas no lo culminan aun) y el 3% no han asistido a un centro educativo. El bajo nivel de educación no ha permitido que las mujeres accedan a los servicios de anticoncepción y el no contar con la información y atención adecuada las ha llevado a tener varios embarazos incluso no planificados y en muy poco tiempo obstaculizando así sus propósitos futuros.

Tabla 10. Razones para el uso de anticonceptivos

NO DESEAN MÁS HIJOS	148	52%
POR PROYECTOS PERSONALES	119	42%
POR PERDIDAS GESTACIONALES	14	5%
ENFERMEDADES EN PRODUCTOS ANTERIORES	3	1%
TOTAL	284	100%

Ilustración 10: Razones para el uso de anticonceptivos



Elaboración: las autoras

En esta ilustración se observa las principales razones por las cuales las mujeres buscan un método anticonceptivo el 52% de ellas están satisfechas con el número de hijos que tienen, el 42% muestran un deseo por culminar un proyecto personal como terminar sus estudios o por razones laborales, el 5% de las mujeres han tenido abortos recurrentes y han decidido planificar para intentarlo más adelante y el 1% tienen niños con malformaciones y otras enfermedades por lo que sienten el temor de que en sus embarazos futuros ocurra lo mismo.

Tabla 11. Usuaris que embarazaron utilizando anticonceptivos

EMBARAZARON	25	9%
NO EMBARAZÓ	259	91%
TOTAL	284	100%



Elaboración: las autoras

En esta encuesta observamos la eficacia de los métodos anticonceptivos, y el 91% de las usuarias tienen el resultado esperado mientras que el 9% han embarazado utilizando un método anticonceptivo.

Tabla 12. Anticonceptivos con los que embarazaron las usuarias

ANTICONCEPTIVO ORAL COMBINADO	18	6.4%
DIU	5	2%
LIGADURA DE TROMPAS	1	0.3%
CONDON MASCULINO	1	0.3%
TOTAL	25	9%



Elaboración: las autoras

En este estudio se determinaron los anticonceptivos con los que las usuarias embarazaron, el 6.4% corresponde a aquellas mujeres que utilizan anticonceptivos orales; el 2% utilizando el DIU; el 0.3% el condón masculino y el 0.3% después de una salpingectomía.

Es importante establecer algunas de las causas de estos embarazos como el olvido, utilización incorrecta y expulsión en el caso del DIU.

4.2 Comprobación y discusión de hipótesis

- Si conociéramos el nivel de conocimiento que poseen los pacientes de 20 – 30 años acerca de los métodos de Planificación Familiar se disminuiría el número de embarazos no deseados.

A pesar que el nivel de instrucción de las pacientes no las favorece ,se interesan en conocer las ventajas y desventajas que tienen los métodos anticonceptivos.

El deseo por mejorar la calidad de vida ocasiona un aumento en la utilización permanente de un método anticonceptivo

- Si se determinara los factores que influyen a las pacientes a abandonar el tratamiento de Planificación Familiar se reduciría el caso de multiparidad.

Hemos comprobado cuales son los factores que influyen a las pacientes a abandonar el tratamiento de Planificación Familiar , estos factores influyen directa e indirectamente en que ellas rechacen los métodos anticonceptivos que les ofrece la unidad operativa de Baba

- Si diseñaremos una propuesta alternativa de Educación continua se mejoraría la calidad de vida familiar.

Al diseñar una propuesta alternativa de Educación continua ha mejorado notablemente la calidad de vida familiar, porque hemos logrado que la pareja sea partícipe de la Planificación Familiar y que sean responsables los dos por el número de hijos que desean tener.

Se logró establecer que el acceso a la información de los servicios de planificación familiar ha llevado a que estos servicios sean proporcionados de manera equitativa.

4.3 Conclusiones

La investigación realizada en las mujeres que acudieron a la consulta externa de la Unidad Anidada del Hospital Baba permitió conocer las principales razones que las motivo a buscar asesoramiento en anticoncepción así como sus antecedentes gineco-obstetricos, su nivel de escolaridad y causas de rechazo o abandono de métodos anticonceptivos.

Entre las principales causas que llevan a las mujeres a buscar asesoría en anticoncepción se mencionan los deseos de mejorar su calidad de vida, culminar proyectos, ampliar el espacio intergenèsico y evitar embarazos no deseados.

Se pudo comprobar que a pesar de que el grupo estudiado se trataban de mujeres jóvenes el 35% han tenido más de tres embarazos y solo el 3% de las pacientes no han embarazado y del 100% de las usuarias el 21% tienen antecedentes de aborto debido a que no tuvieron el acceso a la información adecuada o que sus pareja las obligo a que abandonen el tratamiento de planificación familiar por creencias religiosas, pero a pesar de ello no se han embarazado.

Aunque también influye el nivel de escolaridad y los datos lo demuestran ya que el 67% de las mujeres solo concluyeron su instrucción primaria debido a que se casaron a temprana edad.

Sin embargo cabe recalcar que estas mujeres actualmente buscan uno de los diferentes métodos anticonceptivos porque cuentan con más información además de la gratuidad que se ofrece y por el número de hijos que ya tienen.

Entre los beneficios que ofrece el servicio de planificación familiar tenemos los exámenes complementarios entre ellos la citología cervico-vaginal siendo uno de los procedimientos para el diagnóstico precoz de cáncer cervico-uterino teniendo como resultado que el 28% de las mujeres no lo realizan.

Con el estudio realizado se concluye que entre las causas de rechazo o abandono de los métodos anticonceptivos el 52% lo hacen por sus efectos secundarios y el 28% porque se separan de su pareja o no les permiten que planifiquen su familia por creencias religiosas.

4.4 Recomendaciones

- Fortalecer la estructura familiar, propiciando una actitud responsable de los hombres y de las mujeres hacia la sexualidad y la reproducción.
- Ampliar la cobertura y calidad de la información, educación y comunicación de las acciones en planificación familiar, así como la prestación de los servicios, para cubrir las necesidades y demandas no satisfechas, con particular énfasis en las áreas rural, rural dispersa y urbano marginada.
- Capacitar a jóvenes y adolescentes para mantener un proceso de información que garantice el correcto uso de los métodos anticonceptivos.
- Fortalecer los programas de planificación familiar que permita disminuir los casos de embarazos no deseados abortos, multiparidad y mortalidad materna
- Ofrecer servicios para la prevención, diagnóstico, manejo y referencia a las parejas infértiles desde el primer nivel de la atención.

CAPITULO V

5. PROPUESTA ALTERNATIVA

TITULO: PROGRAMA DE ASESORAMIENTO SOBRE SALUD SEXUAL, SALUD REPRODUCTIVA Y ANTICONCEPCION CON ENFOQUE DE DERECHOS, EN MUJERES DE 20 A 30 AÑOS DE EDAD DE LA CIUDAD DE BABA

5.1 Presentación

El marco del modelo de atención integral de salud, la salud sexual y reproductiva abarca todo el ciclo de vida de las personas, desde la infancia y adolescencia, hasta la edad adulta y etapa del adulto mayor. Durante cada una de las etapas de vida de las personas se requiere de acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación específicas y diferenciadas.

El concepto de salud integral aplicado a la salud sexual y reproductiva, considera el derecho implícito de todas las personas a adoptar decisiones libres e informadas y a que estas decisiones sean respetadas sin ningún factor de discriminación.

La atención a la salud sexual y reproductiva considera el conjunto de métodos, técnicas y servicios promocionales, preventivos, recuperativos y rehabilitadores, que contribuyan a la salud y al bienestar sexual y reproductivo de las personas de acuerdo con las necesidades cambiantes en cada una de las etapas de la vida.

La calidad de vida y la salud de las personas están en gran medida influenciadas por sus conductas y comportamientos en la esfera de la sexualidad y la reproducción, por lo tanto la salud sexual y reproductiva constituye un elemento clave para mejorar la calidad de vida y garantizar la salud de las personas.

Reconociendo que para garantizar el derecho de las parejas a decidir libre y voluntariamente el número de hijos deseados, es imprescindible el rol activo del Estado en la obligación de realizar acciones de información y educación en salud, así como en asegurar el acceso a servicios de calidad, la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva hace explícito este propósito en uno de los objetivos de su plan general, al proponer la necesidad de “ayudar a las personas a lograr sus ideales reproductivos.”

En cumplimiento de este objetivo, el grupo investigador ha elaborado esta propuesta alternativa para aportar a que los servicios sean accesibles, aceptables y de calidad.

Por lo tanto, en concordancia con la necesidad de promover la salud, entendida esta como la construcción colectiva de una cultura que se oriente al desarrollo de prácticas del auto cuidado y estilos de vida saludable, esperamos contribuir en forma decisiva en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las personas, considerando la equidad de género y la interculturalidad en la diversidad social, cultural y étnica de nuestro país.

5.2Objetivos

5.2.1 Objetivo General

Reforzar la promoción de los derechos de las usuarias a la información científica, veraz y oportuna para disminuir comportamientos de riesgo en mujeres de 20 a 30 años de edad de la ciudad de Baba

5.2.2 Objetivos Específicos

- Extender la cobertura de los servicios de planificación familiar, de acuerdo con sus percepciones y preferencias.
- Contribuir en la disminución de morbi- mortalidad materna, embarazos no planificados, transmisión de VIH, ITS y violencia de género.
- Fomentar la participación activa del varón en la planificación de la familia y su corresponsabilidad en las decisiones sexuales y reproductivas.
- Establecer criterios para la atención integral en planificación familiar, respeto, promoción de derechos, prevención de violencia y el enfoque de género en los servicios de atención.

5.3 Contenidos

A partir de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD) en 1994 y, luego de la IV Conferencia Internacional sobre la Mujer en 1995, surgen en nuestro país una serie de instancias y compromisos, creándose marcos legales y normativos favorables a la mujer, a la salud y a los derechos reproductivos.

En el Programa de Acción de la CIPD se insta a todos los países a velar porque todas las personas, de acuerdo a su edad, tengan a su alcance, a través de los sistemas de atención primaria, servicios de salud reproductiva, incluyendo servicios de maternidad segura, salud sexual, planificación familiar y de prevención de Infecciones de Transmisión Sexual, incluyendo el VIH/SIDA, lo antes posible y no más tarde del año 2015.

La salud sexual y la salud reproductiva están íntimamente relacionadas y son interdependientes. La salud reproductiva incluye la capacidad de las personas para tener una vida sexual segura y satisfactoria para reproducirse, y la libertad para decidir cuándo, cómo y con qué frecuencia hacerlo. Este concepto implica el ejercicio de una sexualidad responsable, basada en relaciones de igualdad y equidad entre los sexos, el pleno respeto de la integridad física del cuerpo humano y la voluntad de asumir responsabilidad por las consecuencias de la conducta sexual.

En este marco, la presente propuesta contempla los enfoques de derechos humanos, sexuales reproductivos, así como el enfoque de género, la prevención de violencia familiar, interculturalidad e integralidad. Con esta propuesta se busca reforzar las competencias técnicas de los proveedores de salud a fin de que los mismos organicen y provean los servicios, para que estos sean accesibles y de calidad y contribuir a que las parejas ejerzan sus derechos sexuales y reproductivos.

Dentro de los contenidos aplicables en esta propuesta tenemos:

- Sexualidad y salud reproductiva, desde los puntos de vista biológico, psicológico y sociocultural.
- Factores de riesgo relacionados a la Salud Reproductiva en las diferentes etapas o periodos de la vida.
- Responsabilidad de las personas en el auto reconocimiento de los factores de riesgo así como del auto cuidado y acciones vida saludables.
- Protocolos para el uso de métodos anticonceptivos y sus mitos

5.3.1 Enfoques

1. DERECHOS CIUDADANOS DE LAS PERSONAS USUARIAS DE LOS SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Toda persona usuaria tiene derecho a:

- a) Privacidad
 - b) Información
 - c) Conocer la Identidad de las Personas Proveedoras de Servicios
 - d) Seguridad Personal
 - e) Comunicación
 - f) Toma de Decisiones
 - g) Rehusar a Recibir Tratamiento
 - h) Respeto y Dignidad
- Reclamo y resarcimiento

2. DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

- Disfrutar del más alto nivel posible de salud física, mental y social que le permitan disfrutar de su sexualidad.

- A decidir libre y responsablemente el número y el espaciamiento de sus hijos y disponer de la información, la educación y los medios necesarios para poder hacerlo.
- Tener acceso, en condiciones de igualdad, sin discriminación por edad, opción sexual, estado civil entre otros, a los servicios de atención que incluyan la Salud Reproductiva y Planificación Familiar.
- Tener acceso a una amplia gama de métodos anticonceptivos para poder realizar una elección libre y voluntaria.
- Tener acceso a servicios de calidad en salud sexual y reproductiva.
- A que las instituciones de salud, velen porque se cumplan estos principios en todas las fases de la atención.
- A ser atendidos en Salud Reproductiva sin ningún tipo de coacción.

3. RESPONSABILIDADES DE LAS PERSONAS USUARIAS/OS EN LOS SERVICIOS DE SALUD

- Brindar de acuerdo a sus posibilidades y conocimientos información sobre sus antecedentes y estado de salud, que contribuyan al diagnóstico y al plan de atención adecuados.
- Cumplir las recomendaciones e indicaciones que el profesional señale, así como los tratamientos y procedimientos que le indiquen para su recuperación y rehabilitación.

VIOLENCIA FAMILIAR

La violencia en la familia es una de las formas más insidiosas de violencia contra la mujer.

La violencia contra las mujeres definida como todo acto de violencia basada en el género que tienen como resultado posible o real un daño físico, sexual o psicológico, incluidas las amenazas, la coerción, a la privación arbitraria de la libertad, en la vida pública o privada está asociada a riesgos en la Salud Reproductiva porque: Es causa de embarazos no deseados,

incrementa el riesgo de aborto provocado, incrementa el riesgo de contraer Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y VIH-SIDA, disminuye el poder de decisión de las mujeres mediante la privación de la libertad de cuando y como utilizar métodos anticonceptivos, aumentando el riesgo de embarazos no deseados.

Comprende:

- Sensibilizar a la población y a los proveedores en el problema de la violencia familiar basada en género.
- Realizar el tamizaje y diagnóstico de violencia familiar a todas las usuarias que acuden a los servicios de salud sexual y reproductiva.
- Contribuir al diagnóstico de violencia familiar entre las usuarias de los servicios de planificación familiar.
- Fomentar la atención integral de las víctimas de violencia tanto en el ámbito institucional como multisectorial.

5.3.2 Base legal

La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos **El estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales y culturales, educativas y ambientales, y al acceso permanente y oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de la salud sexual y salud reproductiva.** La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

Basados en los siguientes acuerdos:

- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. ONU, 1966.
- Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo. El Cairo, 1994.

- Convención para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer. OEA, 1994.
- Constitución Política del Ecuador.
- Ley de Protección Frente a la Violencia Familiar
- Ley de Política Nacional de Población.
- Ley General de Salud.
- Ley del Ministerio de Salud.
- Resolución Ministerial que estableció la Gratuidad de la Atención de Planificación Familiar en los Establecimientos del Ministerio de Salud.
- Resolución Ministerial que aprobó las Guías Nacionales de Atención a la Salud Reproductiva.
- Resolución Ministerial que aprobó la Implementación de
- Anticoncepción Oral de Emergencia en los Establecimientos del Ministerio de Salud.
- Resolución Ministerial que aprobó el Manual de Consejería en Planificación Familiar.

En función a lo mencionado, podemos afirmar que uno de los principios a considerar es que hay mucho de positivo en todas las culturas y que el hecho de que sean diferentes a las nuestras, no necesariamente quiere decir que sean malas. Los proveedores de salud necesitan comprender bien las creencias de los demás, evaluarlas y llevar a cabo cambios significativos, cuando sea necesario.

5.4 Descripción de los aspectos operativos de la propuesta

Se han considerado las siguientes actividades para los aspectos operativos de esta propuesta:

I. PROMOCIÓN DE LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN LA COMUNIDAD:

Fortalecer la promoción permanente de los servicios de planificación familiar, que ofrezcan una gama de métodos de planificación familiar en el marco del ejercicio responsable e informado de los derechos de los hombres y mujeres sobre su sexualidad y su reproducción. Así como propiciar la participación activa de los hombres en las decisiones y prácticas relacionadas con la planificación familiar.

Para esto debemos el grupo investigador establecerá convenios con líderes políticos, técnicos y comunitarios relacionados con el sector salud para obtener apoyo económico, técnico y logístico.

Las actividades se brindarán a las personas y parejas en forma individual, grupal o a través de medios masivos.

Los mensajes tendrán el siguiente marco de referencia:

- Respeto de los derechos de las personas usuarias de los servicios, en sus Derechos sexuales y reproductivos.
- Enfoque de género, dirigido a enfrentar los estereotipos socioculturales entre mujeres y hombres que contribuyen a la inequidad, la violencia familiar y falta de comunicación y armonía en la vida de las personas.
- Valores culturales de la audiencia.

1.1 Crear estrategias para captar y motivar a la comunidad.

- Mediante convenios con centros de salud del sector.
- Organizar acuerdos con la comunidad asegurando su compromiso.

II. DESARROLLO DEL PROGRAMA DE ASESORAMIENTO EN SALUD SEXUAL, REPRODUCTIVA Y ANTICONCEPCION CON ENFOQUE DE DERECHOS

2.1 Establecer y Gestionar un ciclo de seminarios y talleres

Con el apoyo técnico, logístico y económico se iniciará un ciclo de seminarios y talleres dirigido a las mujeres y hombres del sector.

Estas actividades se realizarán de manera dinámica, interactiva con información veraz y concreta.

Las conferencias serán impartidas por destacados profesionales de la salud.

2.2 Seguimiento

El seguimiento a los/las usuarios/usuarioas de métodos de planificación familiar es determinante en el logro de los objetivos trazados, basados en los derechos, dignidad, equidad de género e interculturalidad que debe estar presente en todas las acciones que se realizan para el seguimiento.

Dicho seguimiento se realizará según la caracterización de las/los usuarias/os y se establecerá un cronograma de atenciones para su respectiva cita.

Con la aplicación de esta propuesta se espera aumentar la cobertura de métodos de planificación familiar, y mejorar el uso de los mismos; disminuyendo la proporción de embarazos no deseados y los riesgos que significan para la salud de las mujeres

5.5 Recursos

Recursos Humanos

- 2 Obstetrices
- Personal médico y auxiliar del centro de Salud
- Profesionales expositores

Recursos de apoyo o infraestructura

Equipo.

Nº	Nombre del equipo	Cantidad	Costo unitario	Costo total
1	CAMARA DIGITAL	1	220.00	220.00
2	PARLANTE	1	100.00	100.00
3	MICROFONO	1	45.00	45.00
4	PC	1	530.00	530.00
5	PROYECTOR	1	200.00	200.00
TOTAL				1,095.00

Materiales e insumos.

Nº	Nombre del material o insumo	Cantidad	Costo unitario	Costo total
1	MATERIAL DIDACTICO	750	0.50	375.00
2	CARPETAS	150	0.20	30.00
3	BOLIGRAFOS	150	0.20	30.00
4	RESMAS DE HOJAS A4	2	3.50	7.00
5	GIGANTOGRAFIA	5	12.00	60.00
6	REFRIGERIO	150	1.50	225.00
TOTAL				727.00

Infraestructura.

Nº	Nombre de la infraestructura
1	EXTERIORES DEL SUBCENTRO DE SALUD DE LA CIUDAD DE BABA

Presupuesto

Rubros	Monto
Equipo	1,095.00
Materiales o Insumos	727.00
Otros	650.00
TOTAL	2,472.00

5.6 Cronograma de ejecución de la propuesta

ACTIVIDAD \ TIEMPO	PRIMER MES	SEGUNDO MES	TERCER MES
Análisis, revisión y aprobación de la propuesta			
establecer convenios con centros de salud y líderes comunitarias			
Determinar el cronograma de Seminarios y talleres			
Seleccionar y elaborar material didáctico			
Ejecución			

CAPITULO VI

6. BIBLIOGRAFIA

- CRITERIOS MÉDICOS DE ELEGIBILIDAD PARA EL USO DE ANTICONCEPTIVOS. TERCERA EDICIÓN OMS 2005
- Escuela y la educación sexual, Escrito por CATALINA WAINERMAN, MERCEDES DI VIRGILIO, NATALIA CHAMI
- JEFFREYD.KLAUSNER-EDWARD W. HOOK III. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL 2007
- LÓPEZ A. Lazo P. Perspectiva hacia el siglo XXI. La nueva cultura de la salud sexual. Mexfam, 1995
- NORMA Y PROTOCOLO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR MSP 2010
- Organización Mundial de la Salud 2004 CRITERIOS MEDICOS DE ELEGIBILIDAD
- USANDIZAGA, J y DE LA FUENTE, P. Tratado de Obstetricia Y Ginecología. 2 ed. Madrid: Mc Graw Hill Interamericana, 2004. pp. 341-374
- ROJAS, Lino; ROJAS, Julio y CRUZ, Blanca. Fundamentos de Manejo del Embarazo de Alto Riesgo. Riobamba-Ecuador: Edipcentro, 1998. pp. 9- 20
- SCHWARCZ-SALA-DUVERGES. OBSTETRICIA SEXTA EDICIÓN 2005

Linografía

- http://www.clinicadator.com/clinicadator_web/documentos/otros/Reducir_la_mortalidad_por_aborto.pdf
- <http://www.sexualidadvital.com.ar/tag/cambios-ciclicos-del-cervix/>
- <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/1988/pdf/Vol56-4-1988-10.pdf>
- <http://www.observatoriobioetica.com/farma/cientifica/art14.pdf>
- <http://www.fhi360.org>
- <http://www.unfpa.org>

CAPITULO VII

7.ANEXOS

Tema: PLANIFICACION FAMILIAR.

7.1 ENCUESTA A REALIZAR EN PACIENTES ENTRE 20 A 30 AÑOS DE EDAD QUE ACUDEN AL AREA DE CONSULTA EXTERNA DE LA UNIDAD ANIDADA DEL HOSPITAL BABA EN LA CIUDAD DE BABA DESDE FEBRERO A AGOSTO DEL 2012”

Información General

Edad: _____

Nivel de Instrucción:

Analfabeta: ()

Primaria: ()

Secundaria: ()

Superior: ()

Antecedentes gineco-obstétricos

G:

P:

A:

C:

1.- Qué la motivó a usar un método anticonceptivo?

- a) No desea más hijos
- b) Por proyectos personales
- c) Pérdida de embarazo anterior
- d) Enfermedades en niños anteriores

2.- En la consulta de planificación familiar qué método anticonceptivo eligió?

.....

3.- Abandonó usted el método anticonceptivo escogido?

Si ()

No ()

4.- De las siguientes opciones señale cual fue la causa que la motivó a abandonar el método anticonceptivo elegido?

- a) Por efectos secundarios del anticonceptivo
- b) Separación del cónyuge
- c) Cambio de pareja
- d) otros

5.- Se realizó los exámenes de laboratorio que le sugirió el profesional que la atendió?

Si ()

No ()

6.- Se le realizó la toma de muestra para la citología cervico uterino?

Si ()

No ()

7.- En algún momento usted ha tenido abortos?

Si ()

No ()

8.- Ha embarazado usted usando un método anticonceptivo?

Si ()

No ()

9.- Qué método estaba usando?

.....

10.- Cree usted que está recibiendo la información necesaria sobre anticoncepción?

Si ()

No ()

11.- Conoce usted sus derechos reproductivos?

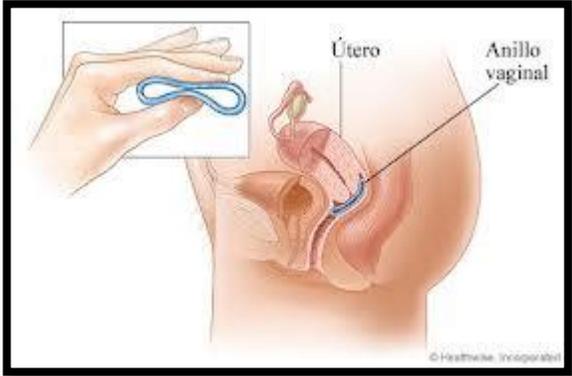
Si ()

No ()

Gracias por su colaboración

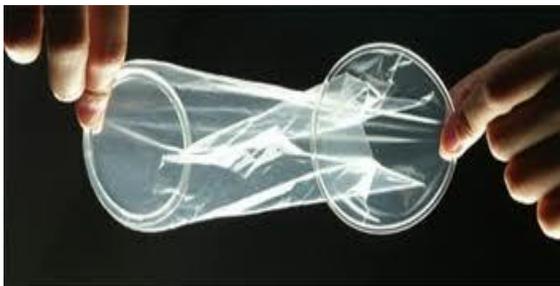
7.2 Imágenes de métodos anticonceptivos

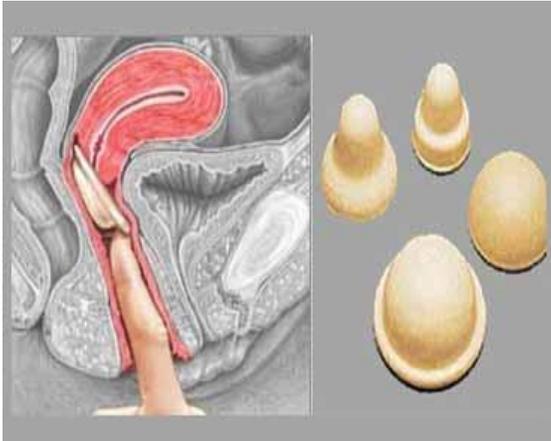
Hormonales:



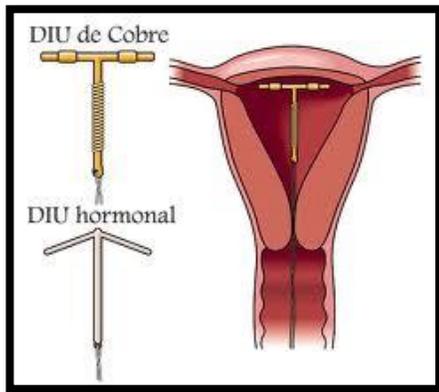


De barrera:

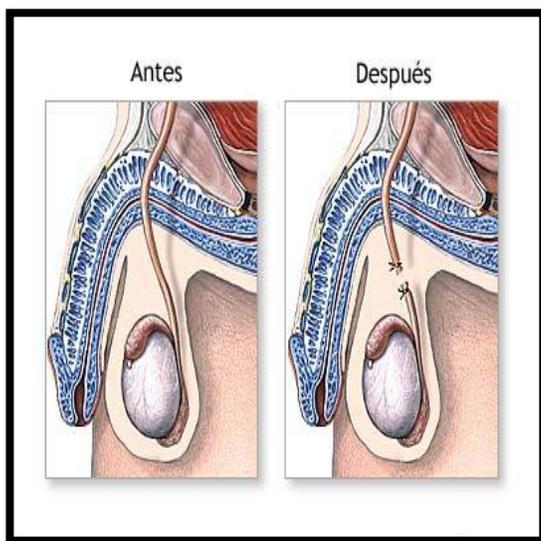


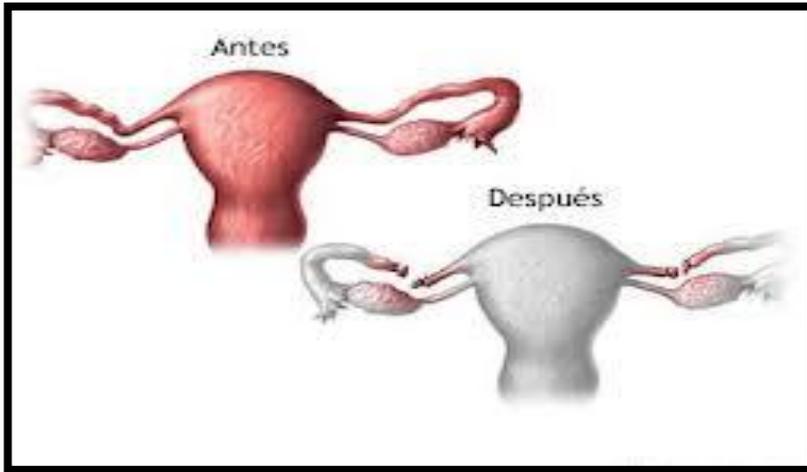


Dispositivo intrauterino



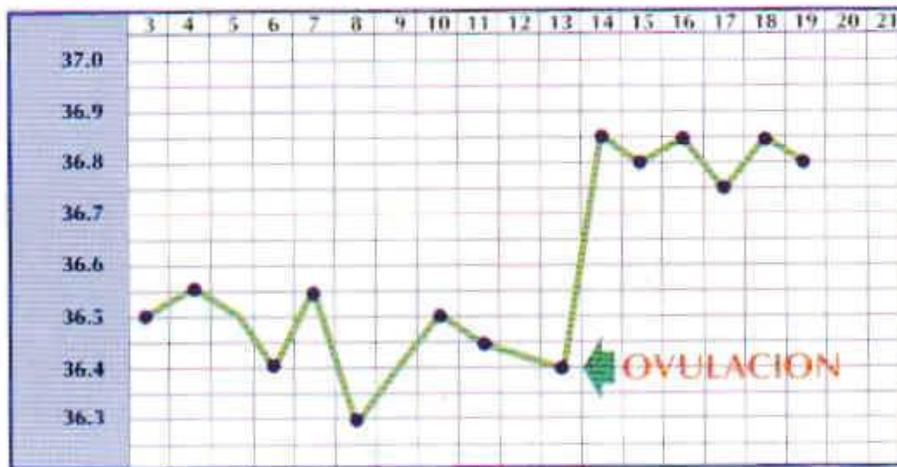
Métodos irreversibles





Naturales:





7.3 Durante el asesoramiento en anticoncepción









