

**Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua  
Facultad de Ciencias Médicas – León**



**Tesis para optar al título de:  
Doctora en Medicina y Cirugía**

**Razones para la preferencia de Depoprovera entre las usuarias del servicio de planificación familiar del centro de salud de Nagarote. Año 2005.**

**Autora:**

**Bra. María Isabel Pérez García**

**Tutores:**

**Dra. Dolores Benavides**

(Doctora en Ginecología y Obstetricia. Docente de la facultad de ciencias médicas.)

**Dr. Juan Almendárez**

(Medicina General y Cirugía. Maestría en Salud Pública.)

**León, Marzo de 2006.**

## **Agradecimiento**

Agradezco a Dios, María Santísima y al Divino Niño Jesús por su sabiduría.

A mis padres por los esfuerzos realizados, para formarme.

Mi esposo por su apoyo incondicional en todo momento.

Al personal del centro de salud de Nagarote, especialmente a Martha de estadística, a doña Noa de la farmacia, a la Lic. Socorro encargada del programa de planificación familiar y a la dirección del centro de salud.

Especialmente a las usuarias que amablemente contestaron mi entrevista.

Gracias al Dr. Almendaréz por su paciencia y correcciones realizadas.

Muchísimo agradecimiento a Dra. Benavides por su atención cuando necesitaba su ayuda.

## Resumen

La depoprovera es un método planificación familiar que abastece el Ministerio de la Salud a todos sus centros y puestos de salud entre otros métodos. De aplicación intramuscular, en el glúteo, cada tres meses, su principio activo es la progesterona y para su uso es necesario tener en cuenta los criterios médicos de elegibilidad, conocer sus indicaciones, contraindicaciones, reacciones adversas e interacciones.

Para realizar este estudio se efectuaron entrevistas a 217 usuarias en el centro de salud "Raúl Vargas Pérez" de Nagarote entre los meses de Mayo y Junio en el año 2005; encontrándose que las usuarias en su mayoría son jóvenes, en unión libre, con 2-3 hijos, con paridad temporalmente satisfecha pero con deseos de tener más hijos en un futuro, y su información fue dada por un trabajador de la salud. Con respecto a las razones de preferencias la predominante es la cita cada tres meses, les agrada que sea aplicada por profesional de la salud, y entre las reacciones adversas la mayoría refieren que no presentan, seguido de las que presentan amenorrea; además confían en el hecho que es inyectada, sobre cualquier presentación en tabletas de un método similar.

Lo más importante es que la usuaria esté bien informada y tome la decisión que más se ajuste a sus necesidades.

# Índice

Introducción .....	1
Marco Teórico.....	4
Ciclo menstrual .....	4
La Progesterona .....	8
Descripción. ....	10
Farmacocinética.....	11
Mecanismo de acción .....	12
Efectos secundarios de la Depoprovera .....	13
Indicaciones .....	14
Contraindicaciones .....	16
Criterios de elegibilidad médica .....	17
Sistema simplificado en 2 categorías.....	18
Ventajas .....	24
Interacción en las pruebas de laboratorio. ....	25
Reacciones adversas.....	26
Diseño Metodológico .....	27
Resultados .....	32
Discusión .....	35
Conclusiones .....	37
Recomendaciones.....	38
Bibliografía .....	39
Anexos .....	41
Entrevista.....	42
Gráficos y cuadros .....	44

## Introducción

El presente estudio, trata de un método de planificación familiar: acetato de depósito de medroxiprogesterona (DMPA) o bien Depoprovera. La planificación familiar permite a las parejas decidir, por sí mismas, el número de hijos que van a tener, en que momento tenerlos y reflexionar sobre el significado de ser padres y la responsabilidad que ello implica. En otras palabras es un indicador del grado de bienestar familiar, que le da a la pareja la posibilidad de vivir la sexualidad y la relación de una forma plena, y la oportunidad de atender mejor a los hijos en su desarrollo social, psicológico, cultural y educativo. Además, facilita el desarrollo socioeconómico ya que ordena el crecimiento poblacional, facilitando la corresponsabilidad del desarrollo entre las familias, las instituciones del estado y la sociedad civil (12). Por otro lado se considera un componente fundamental de la medicina preventiva.

La necesidad de programas de Planificación Familiar se ha reconocido en diferentes foros de las Naciones Unidas, y es considerada un derecho humano al cual deben tener acceso todas las personas y parejas independientemente de su nacionalidad, credo religioso, condiciones económicas y de salud. (3)

En Nicaragua, en junio de 1993, el ministerio de salud inicia a nivel central la implementación de un nuevo método anticonceptivo en el programa de control de fertilidad humana (C.F.H.), que es la Depoprovera, y no es hasta 1995 que se establece de manera masiva su uso en las diferentes instituciones del MINSA. (8)

El ministerio de salud ha garantizado unidades de salud en todas las localidades de Nicaragua como centros y puestos de salud los cuales desarrollan varios programas. Los servicios prestados tienen orientación hacia la calidad, en la que se respeta la dignidad de las personas, es accesible, con un rango amplio de opciones seguras y efectivas.

Existe un servicio de consejería y seguimiento que ofrece información confiable y aclara dudas a fin de facilitar la libre elección de un método o su cambio cuando no se está a gusto con el actual, proporcionándole así múltiples beneficios a los

individuos, familias y sociedad en general como evitar muertes maternas, embarazo en adolescentes, en mayores de edad, no deseados o periodos ínter genésicos cortos y mejorar la supervivencia infantil, ya que éstos últimos están propensos a nacer con bajo peso, vulnerables a enfermedades y al abandono.(2) El personal de la salud debe de conocer muy bien cada método, su mecanismo de acción, sus ventajas y sus desventajas y/o reacciones adversas a fin de brindar información veraz y oportuna.(1 y 2)

El área administrativa del MINSA vela por que se mantengan los equipos necesarios para la prestación adecuada y continua de los servicios, por lo que consta de las siguientes características: la planificación familiar se desarrolla en la mayoría de las unidades de salud, las actividades de planificación familiar deben ser parte de la programación integral materno infantil, ser realizada por miembros del equipo de salud, consta de materiales clínicos y educativos lo cual ayuda a una mejor atención.(2)

En el centro de salud de Nagarote la Depoprovera es el que tiene mayor demanda, puede ser efecto de los beneficios que le proporciona como: es una sola inyección cada tres meses y pocas reacciones adversas. También se puede deber al desconocimiento que tienen de los otros métodos y a la extendida creencia errónea que las medicinas administradas por medio de una inyección son más poderosas y más efectivas, entonces este estudio se orienta a identificar razones que dan las usuarias para la preferencia y así ayudar a confirmar, orientar, informar y ofertar los otros métodos que proporciona el MINSA.

La razón de este estudio es conocer el ¿Por qué? las mujeres en edad fértil que asisten al programa de planificación familiar, del centro de salud “Dr. Raúl Vargas Pérez”, del municipio de Nagarote, en los meses de Mayo y Junio del año 2005, prefieren la Depoprovera (DMPA) como método anticonceptivo.

## **Objetivos**

### **Objetivo General**

Determinar las razones que exponen las usuarias para seleccionar la Depoprovera en el centro de salud Raúl Vargas Pérez del municipio de Nagarote en el mes Mayo y Junio del 2005.

### **Objetivos Específicos:**

1. Describir las características socioculturales de las mujeres en edad fértil que usan la Depoprovera.
2. Mencionar los aspectos de la vida reproductiva de estas usuarias.
3. Exponer las razones que da la usuaria del por que prefiere la Depoprovera.
4. Notificar si se presentan en estas usuarias algunas reacciones adversas por el uso de la Depoprovera.

## Marco Teórico

Para comprender los múltiples efectos de la anticoncepción hormonal en el funcionamiento del organismo es preciso conocer a fondo el ciclo menstrual.

### **Ciclo menstrual** (17)

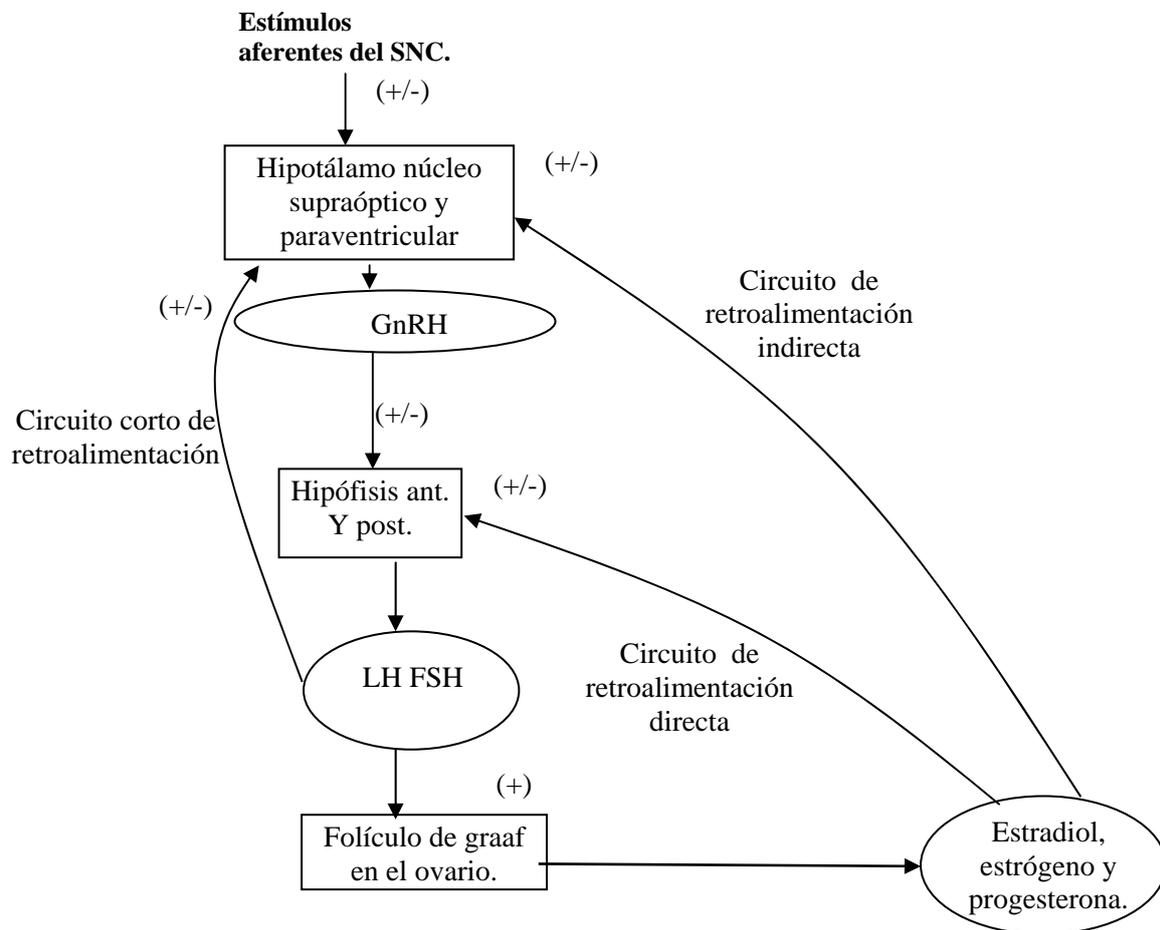
La menstruación, es la hemorragia causada por el desprendimiento de la capa interna del útero (el endometrio), se presenta de una forma mensual o bien en un periodo que varía de 21 y 40 días y sólo el 10-15% son exactamente de 28 días. Los intervalos entre los períodos son más prolongados en los años inmediatamente posteriores a la menarquía y anteriores a la menopausia. El ciclo menstrual se divide en tres fases.

#### Interrelación hipotálamo hipófisis-ovario.

El ciclo menstrual está regulado por la compleja interacción neurohormonal entre el hipotálamo hipófisis y ovarios, están ligados por múltiples regulaciones efectuadas por vía endocrina, consiste en un circuito funcional que mantiene en equilibrio la producción hormonal por medio de un sistema de retroalimentación, la cual se inicia con estímulos del mundo exterior que pueden ser excitatorio o bien inhibitorio, se transmiten a través de mediadores químicos o neurotransmisores catecolminérgico y serotoninérgico que causan variaciones de estrógeno y progesterona circulante los cuales son detectados en el área preóptica y la hipofisiotrópica del hipotálamo de donde parten fibras eferentes como el tracto hipotálamo/hipofisiario y hormonas como la GH-IF hormona hipotalámica inhibidora de la secreción de hormona de crecimiento TRH hormona liberadora de la tirotrófica, GnRH (hormona hipotalámica liberadora de gonadotropina) que por medio del plexo porta hipotálamo hipofisiario llegan a la adenohipófisis y se liberan hormonas como MSH (hormona melanocitoestimulante) ACTH (hormona adrenocorticotrofina) LTH (hormona lactogénica) TSH (hormona tiroestimulante) FSH (hormona foliculoestimulante) LH (hormona luteinizante).

Estas dos últimas son gonadotropas al llegar al ovario promueve el desarrollo folicular y la consiguiente esteroideogénesis (el estrógeno en la células de la teca

interna, cuerpo lúteo y células de la granulosa y la progesterona). Estas cierran el círculo al actuar de nuevo sobre el área preóptica del hipotálamo.



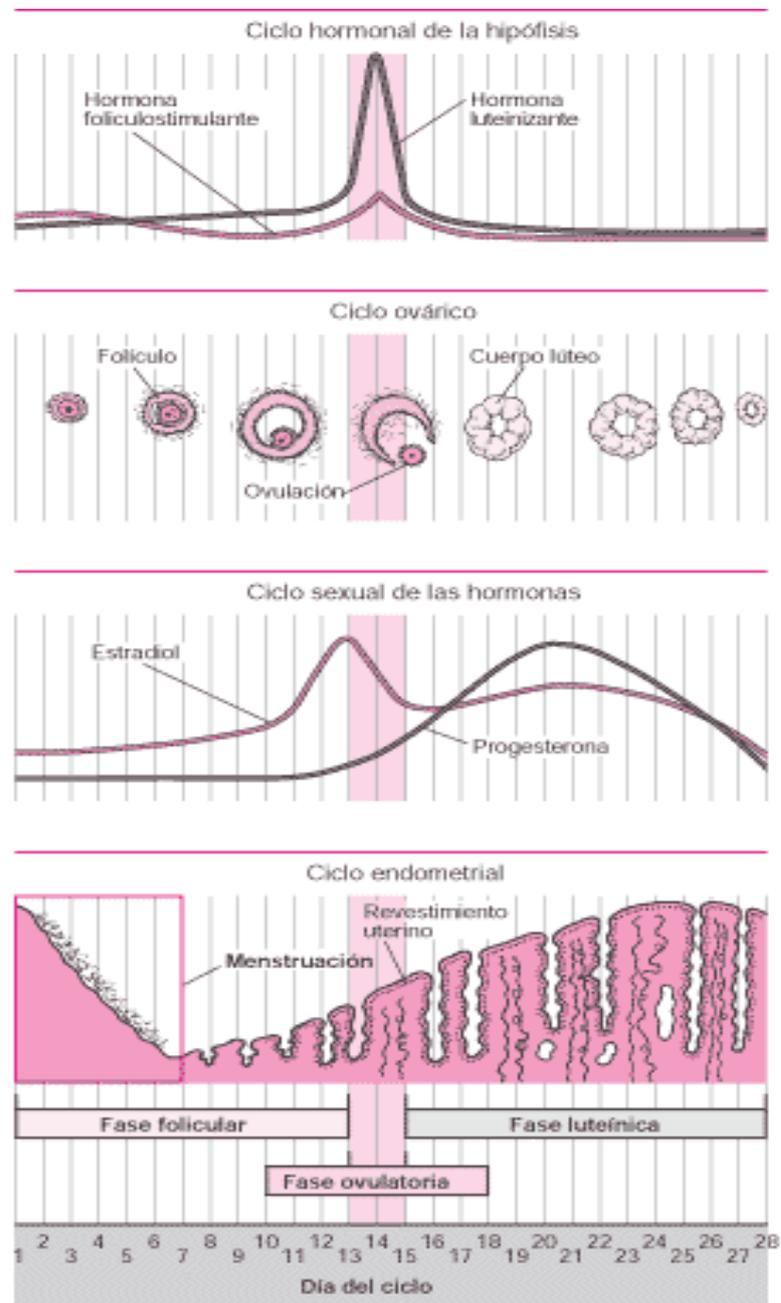
## Fases del ciclo menstrual (7 y 17)

La fase folicular, de duración promedio de 14 días, se prolonga desde el primer día de hemorragia hasta justo antes la primera mitad del ciclo. Debido a la secreción de GnRH que produce bajos niveles de estradiol (un estrógeno) y progesterona al comienzo de esta fase hacen que el revestimiento interno uterino que es el endometrio que consta de tres capas: la superior (superficial) y la mayor parte de la central (intermedia) se desprenden, mientras que la capa inferior (basal) permanece para producir nuevas células que reconstruyan las otras dos capas que se desprendieron en la menstruación, que marca el primer día del ciclo menstrual con duración promedio de 5 días. La pérdida de sangre oscila entre los 14 y los 280 gramos (media de 128 g). Una compresa o un tampón, según el tipo empleado, pueden retener hasta 29 gramos. En general, la sangre menstrual no coagula a menos que la hemorragia sea muy intensa, también se secreta FSH y LH. La FSH estimula el crecimiento y maduración de 3 a 30 folículos ováricos en el 6-7 día del ciclo, Sólo uno de dichos folículos sigue creciendo (el folículo dominante); los otros se degeneran. La LH estimula a las células de la teca a convertir el colesterol en andrógeno y este en estrógeno en las células de la granulosa y continua aumentando, lo cual hace una retroalimentación positiva con la GnRH y con secreciones máximas de FSH y LH. En el endometrio ocurre una proliferación intensa de las células epiteliales y del estroma con mayor formación de células tubulares rectas.

La fase ovulatoria La liberación del óvulo se produce entre 16 y 32 horas debido a que en la hipófisis sucede el fenómeno denominado modulación esteroide que permite a la hipófisis responder aun mas a la GnRH del hipotálamo la cual aumenta bruscamente como resultado a la exposición de grandes concentraciones de estradiol. El único folículo que está creciendo sobresale de la superficie del ovario, se rompe y libera el óvulo. Cerca del momento de la ovulación, algunas mujeres sienten un dolor sordo en uno de los lados de la parte inferior del abdomen, que puede durar entre unos pocos minutos y algunas horas. A pesar de que la sensación dolorosa aparece en el mismo lado del ovario que liberó el óvulo, la causa precisa del dolor se desconoce. El dolor puede preceder o seguir la rotura del folículo y no se produce siempre en todos los ciclos.

La liberación del óvulo no es alternante por parte de uno u otro ovario, parece suceder al azar.

Figura 1 (14)



La fase luteínica se produce después de la ovulación y dura alrededor de 14 días, provoca un ligero aumento de la temperatura corporal, a menos que tenga lugar la fertilización, y finaliza justo antes del período menstrual. El folículo roto se

cierra después de liberar el óvulo y forma un cuerpo lúteo, que secreta cada vez más cantidad de progesterona que junto a un aumento paralelo de la secreción de estradiol causan la disminución de la FSH y LH.

## **La Progesterona (7)**

De las hormonas estrogénica nos interesa la Progesterona la cual ocupa un lugar central en la síntesis de todas las hormonas esteroideas, desempeña un papel importante en el cuerpo lúteo, se forma en las células granulosas del folículo maduro y células luteínicas del cuerpo lúteo en el ovario se produce unos 200 mg de progesterona en la segunda fase, pero la mayor cantidad se produce entre 7<sup>o</sup>-8<sup>o</sup> día después de la ovulación.

De ella se derivan los andrógenos y de estos los estrógenos, todos los corticoides también se forman a partir de ella.

Tiene una estructura esteroide de 21 átomos de carbono con dos grupos metilos y grupos CO-CH<sub>3</sub>.

Se inactiva en el hígado, riñón y músculos Se elimina por la orina en forma de pregnandiol que es completamente inactivo, lo cual ocurre en la tercera fase del ciclo (entre el vigésimo y vigésimo sexto día del ciclo con un valor de 5-6 mg por día.

Tiene funciones sobre el moco cervical el cual es un hidrogel constituido por agua pero bajo la acción de esta se vuelve denso formando una malla de macromoléculas con orientación irregular y entrecruzado que circunscribe espacios inadecuados para la penetración de un espermatozoide entonces es muy espeso, no puede estirarse debido a su escasez y aumento de viscosidad; también pone el útero en reposo desensibiliza a la musculatura contra el efecto estimulante de las contracciones debidas a la oxitocina; el canal cervical y la porción externa del hocico de la tenca se estrechan. La progesterona provoca un ligero aumento de la temperatura corporal durante la fase luteínica y sigue alta hasta que comienza el período menstrual.

Este aumento de la temperatura se emplea para estimar si ha tenido lugar la ovulación. También en el endometrio produce cambios secretorios (las glándulas se tornan en espirales con margen en dientes de sierra con aumento de la vascularidad) entonces detiene el crecimiento de este y lo adecua para la implantación si llegara a ocurrir la fecundación; al no suceder lo anterior el cuerpo lúteo se degenera al cabo de 10<sup>o</sup> a 14<sup>o</sup> días se produce un descenso pronunciado de la progesterona , el estroma endometrial se edematiza cada vez mas, se genera necrosis de vasos sanguíneos, desprendimiento del endometrio, secreción de prostaglandina vasoconstrictora y vasodilatadores, contracción miométriales que ayudan a la hemostasis es decir a la cantidad y duración del flujo menstrual.

## DEPOPROVERA

Es un método anticonceptivo reversible que contiene una progesterona sintética de acción prolongada de aplicación parenteral sistemática y acíclica. (17)

La efectividad de impedir el embarazo varía de 0.3 por cada 100 mujeres por año lo cual significa que se presenta un embarazo por cada 333 mujeres pero esto puede ser más alto si falla una inyección. (11)

### **Descripción.** (6)

La DMPA es una inyección que protege contra el embarazo por un periodo de 3 meses.

Es una versión sintética de la progesterona que es una hormona natural femenina.

Es una solución acuosa de microcristales, administración intramuscular, permite un control efectivo de la ovulación.

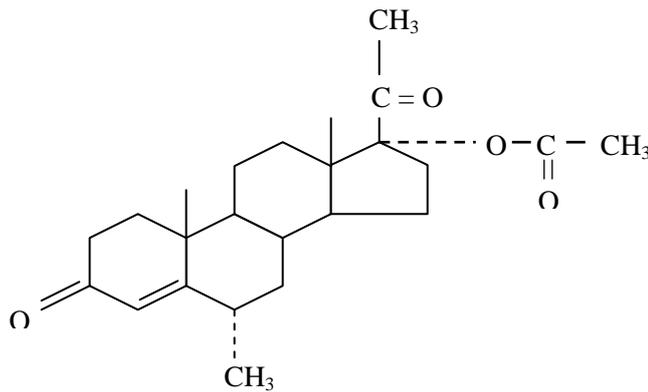
Cada ml. Contiene:

Acetato de medroxiprogesterona	150 mg.
Agua para inyección	CS

Es inodora, de color blanquecino, es estable al aire y funde entre 200<sup>0</sup> C y 210<sup>0</sup> C. Es rápidamente soluble en cloroformo, en acetona, y dioxano, moderadamente soluble en alcohol y metanol, ligeramente soluble en éter e insoluble en agua.

El nombre químico del acetato de medroxiprogesterona de deposito es 17-(acetiloxi)-6-metil-(6\*)-pregn-4-en-3,20 diona.

Formula estructural química



### Farmacocinética (16)

Después de una sola dosis intramuscular de 150mg las concentraciones de Depoprovera, determinadas por un procedimiento radio inmunológico con extracción, se alcanza concentraciones máximas en plasma en un plazo de 10 días a 3 semanas (lográndose detectar niveles séricos 1-7mg/ml) luego las concentraciones disminuyen en forma exponencial hasta que no se puede detectar (100pg/ml) entre 120-200 días después de la inyección. Es escasa la biodisponibilidad absoluta.

Su metabolismo hepático está reducido de modo sustancial en comparación con la hormona original. La vida media aproximadamente de 50 días. En plasma, la progesterona está unida a albúmina y globulina de unión a corticosteroides (CBG), pero no muestra afinidad a la globulina de unión a esteroide sexuales (SSBG), la DMPA se une específicamente a la albúmina.

Existen considerables variaciones interindividuales en la tasa de descenso de los niveles plasmáticos.

### **Mecanismo de acción (9 y 17)**

Su acción es sobre un conjunto de hechos que influyen en la reducción de la fertilidad.

Actúa sobre todo inhibiendo la ovulación, generando niveles plasmáticos elevados de progesterona, disminuyendo la concentración de hormona estimulante del folículo y luteinizante (LH); debido a la disminución de la frecuencia del generador de pulsos de GnRH.

La respuesta hipofisiaria a la hormona liberadora de gonadotropina se conserva, lo que sugiere un sitio de acción hipofisiario. No produce hipoestrogenismo.

En el endometrio lo vuelve delgado y atrófico, con glándulas inactivas. El estroma se edematiza y decidualiza lo cual desaparece a los 90 días que siguen la última inyección.

También el moco cervical sufre cambios se vuelve denso formando una malla de macromoléculas con orientación irregular y entrecruzado que circunscribe espacios inadecuados para la penetración de un espermatozoide entonces es muy espeso y no puede estirarse.

Se reduce la motilidad del óvulo en las trompas de Falopio por inducir la declinación de las células epiteliales o posiblemente una alteración de la motilidad tubárica.

Está claro que una combinación de todos estos efectos conducirá a una contracepción efectiva y el intervalo promedio para que reaparezca la ovulación es de 4.5 meses.

### **Efectos secundarios de la Depoprovera. (3, 12, 16)**

1. Los problemas más frecuentemente citados son: cefaleas, mareos, distensión abdominal, cambios de humor, muchos de estos son subjetivos.
2. Produce disminución benéfica de la concentración sérica de colesterol con lipoproteína de alta densidad. Lo cual es uno de los pocos cambios metabólicos que se pueden asociar con aumento de incidencia y gravedad de enfermedad cardiovascular (cardiopatía isquémica). (12)
3. Alteración de la tolerancia a la glucosa, es decir puede salir alterada la prueba en ayuna de la curva de tolerancia a la glucosa.
4. Retorno de la fecundidad en un 70% de las usuarias en los primeros 12 meses, un 30% es, en los 24 meses después de interrumpir su administración.
5. Existe evidencia de investigaciones de que la DMPA puede aumentar la cantidad de leche y duración de la lactancia.
6. Son frecuentes las metrorragias y amenorrea así como la fecha variable de la menstruación.
7. Reduce dramáticamente el riesgo de cáncer de endometrio por lo menos durante 8 años luego de su discontinuación.
8. Pérdida de la libido.
9. Produce cambios en la densidad mineral ósea, es un factor riesgo para el desarrollo de osteoporosis ya que es mayor en los primeros años de uso y posteriormente se acerca al índice normal de descenso relacionándolo con la edad.

## Indicaciones (14)

Las siguientes condiciones clínicas fueron discutidas por uno de los autores CRAM en su presentación ante el comité de población de la cámara de representantes de los Estados Unidos, según esa presentación se prescribiría como:

- La primera inyección debe administrarse solamente durante los primeros 5 días después de la aparición de la menstruación.
- En la sexta semana de posparto si la paciente está exclusivamente amamantando.
- Mujeres que no desean tener más hijos pero tampoco quieren esterilizarse.
- Mujeres que desean un método seguro por un periodo corto, antes de la esterilización.
- Mujeres de cualquier edad incluyendo adolescentes con hijo (del periodo intermedio) o mujeres mayores de 40 años (solo si no ha iniciado la sintomatología premenopáusica).
- Mujeres con retraso mental.
- Mujeres que van a recibir la vacuna de la rubéola y tienen que ser protegida por tres meses.
- Mujeres con hemoglobinopatías S (sickle cell anemia), anemia por deficiencia de hierro, enfermedad drepanocítica.
- Mujeres que han experimentado fallas anticonceptivas con otros métodos o complicaciones con los mismos.
- Mujeres que tienen alto riesgo de complicación cardiovascular debida a los estrógenos.
- Mujeres que han desarrollado complicaciones relacionadas con los estrógenos al tomar píldora combinada como: presión arterial alterada leve o moderada, cefaleas leve, dolores en las piernas por venas varicosas, cloasma facial, gastritis.
- Mujeres que están siendo evaluadas por frotis de papanicolaos sospechoso de manera que no deben quedar embarazadas durante el periodo de evaluación.
- Fumadoras.

- Las que no tienen hijos.
- Pacientes obesas y las no obesas.
- Aborto recientemente inducido o espontáneo.
- Problema de coagulación.
- Enfermedad valvular cardiaca.
- Malaria
- Esquistosomiasis
- Enfermedad de la tiroides.
- Fibroides uterinos.
- Tuberculosis.
- A las 6 semanas posparto ya que la depoprovera no reduce la cantidad de la leche que la mujer produce. Sin embargo, en las primeras semanas después de la inyección, la droga está presente constantemente en la leche materna a un nivel muy alto. Solamente un estudio ha seguido los pasos de aquellos niños (quienes consumieron la Depoprovera) hasta la adolescencia. No se encontró ningún problema pero el número de niños es muy limitado como para hacer conclusiones definitivas.

## **Contraindicaciones (14)**

Son aquellas condiciones en las cuales no deben aplicarse la DMPA:

1. Mujeres con aversión a inyecciones aquellas que han tenido reacciones vaso vágales con inyecciones de otras.
2. En mujeres que desean tener mas hijos, nulípara y adolescentes o que en 1-2 años planean quedar embarazada.
3. Historia de cáncer de seno.
4. Con historia de nódulos en los senos diagnosticada.
5. Mujer con diabetes complicada.
6. Sangrado vaginal intenso inexplicable y prolongado.
7. En mujeres con trastorno del sistema nervioso central como depresión psicótica.
8. Trastornos oculares.
9. En presencia de ictericia.
10. En el embarazo.
11. En adolescencia temprana (debido a que se están iniciando los ciclos menstruales y esta inhibe la ovulación). (13)
12. No en mayores de 40 años debido a que a amenorrea causada por la depoprovera se confunde con la amenorrea causada por premenopausia.

## Criterios de elegibilidad médica (5)

### Categorías de la OMS para métodos temporales

Las reuniones científicas aclararon las condiciones o afecciones que podrían afectar la elegibilidad para el uso de un método anticonceptivo en una de las siguientes cuatro categorías:

<b>OMS 1</b>	Puede usar el método. Ninguna restricción sobre el uso.
<b>OMS 2</b>	<b>Puede usar</b> el método. Las ventajas generalmente exceden los riesgos comprobados o teóricos. Si se dispone de un médico o una enfermera para tomar una decisión clínica, podrían considerarse las condiciones de la categoría 2 al escoger el método. Si el cliente escoge el método se podría necesitar más que un seguimiento rutinario.
<b>OMS 3</b>	No debe usar el método a menos que un médico o una enfermera decidan clínicamente que el cliente puede usarlo en forma segura. Los riesgos teóricos o comprobados generalmente exceden las ventajas del método. Método de ultima elección para el cual podría necesitarse un monitoreo regular.
<b>OMS 4</b>	No debe usar el método. La condición afección representa un riesgo inaceptable para la salud si se usa el método.

La tabla más abajo muestra el número de la categoría de la OMS, de acuerdo con las recomendaciones realizadas en las reuniones de los grupos de trabajo, para cada condición/afección y cada método principal de planificación familiar.

En las reuniones científicas de grupos de trabajo, se clasificó cada condición/afección según ésta afecta el inicio de un método y, si la

condición/afección se desarrolla durante el uso del método, según ésta afecta la continuación del uso. En casi todos los casos, las condiciones/afecciones se clasificaron de la misma manera tanto para el inicio como para la continuación.

### **Sistema simplificado en 2 categorías**

Cuando no se dispone de un médico o una enfermera para tomar decisiones clínicas, el sistema de clasificación de 4 categorías puede simplificarse a un sistema de 2 categorías, como se muestra en la siguiente tabla.

<b>Categoría de la OMS</b>	<b>Con decisión clínica</b>	<b>Con decisión clínica limitada</b>
1	Se puede usar el método en cualquier circunstancia.	Se puede usar el método.
2	Generalmente se puede usar el método.	
3	Generalmente no se recomienda el uso del método a menos que no se disponga de otros métodos más apropiados o que los métodos disponibles no sean aceptables.	No se debe usar el método.
4	No se debe usar el método.	

<b>Condición de la paciente</b>	<b>DMPA</b>
<b>Embarazada</b>	4
<b>Edad</b>	
Menos de 16 años	2
De 16 a 19 años	1
De 20 a 39 años	1
40 años o más	1

<b>Fumadora</b>	
Menos de 35 años de edad	1
35 años de edad o mas y fuma con moderación (20 cigarrillos o menos al día)	1
35 años de edad o mas y fuma mucho (más de 20 cigarrillos al día)	1
<b>Hipertensión arterial</b>	
Leve (140/90 a 159/99)	2
Moderada (160/100 a 179/109)	2
Grave (más de 180+/110)	3
Antecedentes de hipertensión cuando no se puede evaluar la presión sanguínea	2
<b>Diabetes</b>	
Antecedentes de niveles elevados de glicemia sanguíneo durante el embarazo	1
No tratada con insulina	2
Tratada con insulina	2
Diabetes con enfermedad vascular o diabetes o más de 20 años	3
<b>Trastorno trombo embolico</b>	
Trastorno tromboembólico actual	1
Antecedentes de trastorno tromboembólico	1
<b>Cardiopatía isquémica</b>	
Cardiopatía isquémica actual	3
Antecedentes de cardiopatía isquémica	3
<b>Cardiopatía valvular</b>	
Sin complicaciones	1
Con complicaciones	1
<b>Cirugía principal</b>	

<b>Venas varicosas</b>	1
<b>Tromboflebitis superficial</b>	1
Con inmovilización prolongada o cirugía en las piernas	1
Sin inmovilización prolongada	1
<b>Derrame (antecedentes de accidente cerebro vascular)</b>	3
<b>Cefalea</b>	
Leves	1
Intenso	2
Recurrentes, incluso migrañas sin síntomas neurológicos focales	2
Recurrentes, incluso migrañas con síntomas neurológicos focales	2
<b>Patrones de sangrado vaginal</b>	
Irregular sin sangrado intenso	2
Irregular con sangrado intenso o prolongado (incluso los regulares)	2
<b>Irregular con sangrado intenso o prolongado inexplicable</b>	4
<b>Cáncer de mama</b>	
Actual	4
Pasado, sin evidencia de enfermedad en los últimos 5 años	3
<b>Nódulos en los senos (no diagnosticado)</b>	2
<b>Enfermedad benigna en los senos</b>	1
<b>Antecedentes de cáncer de mama en la familia</b>	1
<b>Cáncer cervical (esperando tratamiento) (19)</b>	2
<b>Lesiones cervicales no cancerosas (neoplasia intraepitelial cervical)</b>	2
<b>Cáncer endometrial u ovárico (18 y 19)</b>	1
<b>Tumores ováricos benignos (entre ellos los quistes) (18)</b>	1
<b>Enfermedades pélvicas inflamatoria</b>	

Antecedentes de enfermedad inflamatoria pélvica	1
Quedó embarazada desde la EPI	1
No ha quedado embarazada desde la EPI	1
EPI actual o en los últimos 3 meses	1
<b>Enfermedad de transmisión sexual</b>	
ETS actual (incluso la cervicitis purulenta)	1
ETS en los últimos 3 meses (ningún síntoma persiste después del tratamiento)	1
Vaginitis sin cervicitis purulenta	1
Aumento en el riesgo de contraer ETS	1
<b>Infección del tracto urinario</b>	1
<b>Infección por VIH</b>	
Infectado por el VIH	1
Alto riesgo de infección por el VIH	1
SIDA	1
<b>Enfermedad vesicular</b>	
Enfermedad actual	1
Tratada con medicamentos	1
Sin síntomas o tratada quirúrgicamente	1
<b>Antecedente de colestasis</b>	
Relacionada con el embarazo	1
Relacionada con el uso previo de anticonceptivos orales combinados	2
<b>Hepatitis viral</b>	
Enfermedad activa	3
Portador	1
<b>Cirrosis hepática</b>	
Leve (compensada)	2

Grave (descompensada)	3
<b>Tumores hepáticos</b>	
Benignos	3
Malignos	3
<b>Fibromas uterinos</b>	1
<b>Antecedentes de embarazo ectópico</b>	1
<b>Obesidad</b>	1
<b>Glándula tiroides</b>	
Bocio simple	1
Hipertiroidismo	1
Hipotiroidismo	1
<b>Talasemia (anemia heredada)</b>	1
Benigna	1
Maligna	1
<b>Drepanocitosis</b>	1
<b>Trastornos en la coagulación sanguínea</b>	--
<b>Anemia por deficiencia de hierro.</b>	
Hemoglobina 7 g/dl-10 g/dl	1
Hemoglobina menos 7 g/dl	1
<b>Epilepsia</b>	1
<b>Esquistosomiasis</b>	
Sin complicaciones	1
Con fibrosis hepática	3
<b>Paludismo</b>	1
<b>Interacción con otro medicamentos</b>	
Tomando los antibióticos rifampina (rifampicina) o griseofulvina)	2
Tomando otros antibióticos	1

Tomando anticonvulsivantes para la epilepsia, exceptuando el ácido valproico	2
<b>Uso de otro medicamento</b>	
Medicamentos que alteran el estado emocional, terapia con litio, antidepresivos tricíclicos, o terapias ansiolíticas	1
<b>Paridad</b>	
Nulípara (nunca ha parido)	1
Primípara/múltipara	1
<b>Dismenorrea grave (dolor durante la menstruación)</b>	1
<b>Tuberculosis</b>	
No pélvica	1
Pélvica	1
<b>Endometriosis</b>	1
<b>Anormalidades anatómicas</b>	1
<b>Lactancia</b>	
Menos de 6 semanas después del parto	3
De 6 semanas a 6 meses después del parto (lactancia completa o casi completa)	1
6 meses o más después del parto	1
<b>Post-aborto(mujeres no lactantes)</b>	
Menos de 21 días después del parto	1
21 días o más después del parto	1
<b>Post-aborto</b>	
Primer trimestre	1
Segundo trimestre	1
Después de un aborto séptico	1

## **Ventajas (14)**

1. Es reversible.
2. Reduce perdida de sangre menstrual, los niveles de hemoglobina aumentan lo cual es útil en mujeres susceptible a la anemia, como la de célula falciforme, también aumenta la vivencia de los eritrocitos, menor índice de deformidad eritrocítica y menor dolor.
3. Independiente del coito.
4. Disminuye la incidencia de vulvovaginitis por cándida y enfermedad inflamatoria pélvica.
5. Índices globales de utilización – eficacias muy elevadas, mejores que los obtenidos con los anticonceptivos orales en otros países.
6. Ausencias de efectos secundarios estrogénico.
7. Se puede administrar en mujeres lactantes.
8. No hay aumento de riesgo de anomalía congénita.
9. No aumenta el riesgo de cáncer de mama, ovario, cérvix. (4 y 18)
10. Posiblemente los que prescriben y la administran son agentes de salud adiestrado que no necesita ser medico.
11. Tiene excelente aceptabilidad en numerosos medios culturales.

## **Interacción en las pruebas de laboratorio.**

Se pueden alterar las siguientes pruebas:

1. Las concentraciones de esteroide plasmático y urinario están disminuidos.
2. Las concentraciones de gonadotropinas están disminuidas.
3. Las concentraciones de globulina que se une a las hormonas sexuales están disminuidas.
4. Los resultados de consumo de triyodotironina (T3) pueden disminuir.
5. Los valores de protrombina en la prueba de coagulación (factor II – VII – VIII – IX – X) pueden aumentar.
6. En los estudios de han observado disminuciones en el colesterol total, y lipoproteína de alta densidad.

## **Reacciones adversas (4 y 14)**

Según un estudio grande realizado, con 3,900 mujeres tratadas antes hasta por 7 años con DMPA se concluye que:

- Más del 5 % presentan:

Irregularidades menstruales (metrorragia, amenorrea, o ambas), cefalea, nerviosidad, mareos, astenia (debilidad o fatiga), dolor o malestar abdominal.

- Del 1-5 %

Disminución de la libido o anorgasmia.

Dolor de espalda, calambres en las extremidades inferiores, depresión, nausea, insomnio, leucorrea, vaginitis, timpanismo, sarpullido, edema, sofocos, artralgias, dolor pélvico, dolor en las mamas, ningún crecimiento del cabello o alopecia.

- Menos del 1%

Galactorrea, anemia, asma, ronquera, melasma, somnolencia, taquicardia, parálisis, síncope, fiebre, osteoporosis, convulsiones, disnea, escalofríos, dismenorrea, hirsutismo, cambios de apetito, molestias gastrointestinales, infección genitourinaria, quistes vaginales, sudoración excesiva, olor corporal, piel seca, sed excesiva, dolor en sitio de inyección, sangrado rectal, cambios tamaño de las glándulas mamarias, falta retorno de la fertilidad, prevención de la lactancia, sensación de embarazo, esclerodermia, venas varicosas, tromboflebitis, reacción anafilactoide.

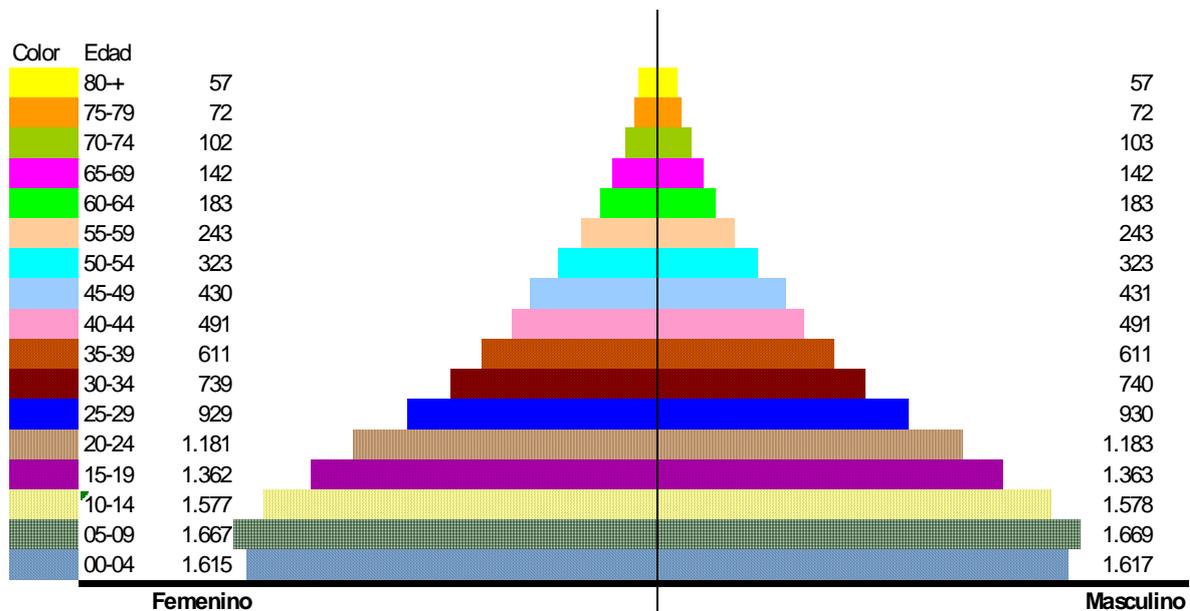
## Diseño Metodológico

**1-Tipo de estudio:** Estudio descriptivo, de corte transversal.

**2-Área de estudio:** Nagarote es un municipio de León, ubicado a 42 Km. al oeste de Managua y a 50 Km. de León. Sus límites geográficos son:

- Norte con el municipio La Paz Centro y Lago Xolotlán.
- Sur con el municipio de villa Carlos Fonseca (Managua).
- Este con el municipio mateare (Managua).
- Oeste con el Océano Pacífico y León.

Su extensión territorial es de 592 km<sup>2</sup> con una densidad poblacional de 57 habitantes por km<sup>2</sup>; goza de transporte terrestre y marítima, comunicación por correo y teléfono, servicios básicos de ENACAL, luz eléctrica, recolección de basura, asistencia médica por el centro de salud (Dr. Raúl Vargas Pérez) que atiende de 8am-4pm consulta general y programas como el de “Atención Integral de la mujer”, el cual incluye la planificación familiar con el método de la depoprovera.



La población tiene una estructura piramidal donde los jóvenes juegan un papel importante (Ver pirámide poblacional). La población que asiste el centro de salud

es de 23,457 de los cuales: masculinos son 11,735 y femenina 11,722 de las cuales 4,211 son mujeres en la edad fértil.

**3-Población de estudio:** 217 usuarias que asiste al programa de planificación familiar y se le está aplicando la Depoprovera en el centro de salud Nagarote en los meses de Mayo y Junio del 2005 que hayan asistido a su cita correspondiente y se encuentre anotados en las hojas de consulta por día de los meses ya mencionados.

**4-Instrumento de recolección de datos:** Se revisó tarjetero activo y expedientes (fuente secundaria) y un instrumento de recolección de datos que permitió cumplir con los objetivos específicos establecidos (fuente primaria). Este instrumento es la entrevista, contiene preguntas abiertas y cerradas.

**5-Procedimiento de recolección de datos.**

- Se solicitó autorización a la Dirección del Centro de Salud.
- Revisión de tarjetero y expediente.
- Se le pidió consentimiento y autorización a la usuaria.
- Realización de la entrevista.

**6- Operacionalización de las variables.**

Variable	Concepto	Indicador	Valores
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento de la entrevista	Años cumplidos	15-19 20-24 25-29 30-34 35-39 40-44
Escolaridad	Nivel cultural y de educación que tiene la usuaria al momento de la entrevista	Año lectivo que cursó	Analfabeta Primaria completa e incompleta

			Secundaria completa e incompleta Educación superior
Estado marital	Condición de la usuaria en lo que respecta a su relación de pareja con la sociedad.	Respuesta de la entrevistada	Soltera Casada Acompañada
Procedencia	Lugar donde reside la usuaria al momento de la encuesta	Respuesta de la entrevistada	Rural Urbana
Religión	Conjunto de creencias, normas y prácticas relativas a la divinidad según referencia de las usuarias.	Respuesta de la entrevistada	Católica Evangélica Otra Ninguna
Ocupación	Actividad a la que se dedica la usuaria diariamente.	Respuesta de la entrevistada	Ama de casa Estudiante Comerciante Doméstica Profesional Obrera
Gestas	Número de embarazos que ha tenido.	Respuesta de la entrevistada	Ninguno 1 2-3 4-5 6 o más
Partos	Número de nacimientos por vía vaginal.	Respuesta de la entrevistada	Ninguno 1 2-3 4-5
Cesáreas	Número de nacimientos	Respuesta de	Ninguno

	por vía abdominal.	la entrevistada	1 2
Abortos	Pérdida del producto antes de las 20 semanas de gestación.	Respuesta de la entrevistada	Ninguno 1 2
Fecha del último parto	Es la fecha que refiere la usuaria de cuando fue su último parto.	Respuesta de la entrevistada	Antes del 2000 2000-2002 2003-2005
Número de hijos vivos	Los hijos que tiene con vida.	Respuesta de la entrevistada	Ninguno 1 2-3 4-5 6-más
Razones de elección.	Consideraciones que expresa la paciente que le facilita el método.	Respuesta de la entrevistada	Cita para aplicación Protección Lactancia materna No alteraciones gástricas
Paridad satisfecha	Se refiere a la satisfacción propia y de la pareja con los hijos que tiene.	Respuesta de la entrevistada	SI NO
Reacciones Adversas	Efectos no deseables que causa el fármaco.	Respuesta de la entrevistada	Ninguna Cefalea Amenorrea Hemorragia
Desea cambiar de método	Expresión de sustituir algo por otro	Respuesta de la entrevistada	Si No

**7. Plan de análisis:** Los datos fueron procesados y analizados utilizando el paquete estadístico Epi-Info en su versión 3.3.2 para Windows. Se estimó frecuencia simple a las variables y tasas de las razones de preferencias.

Los resultados se plasman en cuadros y gráficos (ver anexos).

## Resultados

Se realizaron 217 entrevistas a mujeres en edad fértil que asisten al programa de planificación y se aplican la acetato de deposito Medroxiprogesterona (Depoprovera) en el centro de salud "Raúl Vargas Pérez" del municipio de Nagarote en los meses de Mayo y Junio del 2005.

En cuanto a los datos generales el grupo edad de 20-24 años reportan el mayor porcentaje de uso con 37.8%. (Vea grafico1)

En relación al nivel de escolaridad, un 28.6% tienen la secundaria incompleta. (Vea grafico 2)

Se encontró que en el estado marital, la situación predominante son las acompañadas con un porcentaje de 46.1%. En cuanto al lugar de procedencia la mayoría de las usuarias son del casco urbano con 59.4%. Con respecto a las religiones, la mayoría de las usuarias corresponden a la religión católica con 42.4%. (Vea cuadro 1)

Según la ocupación, la mayoría están en el desempleo, aquí se incluyen a las estudiantes y amas de casa con 13.8% y 41.5% respectivamente. (Vea grafico 3)

Con respecto a su aspecto reproductivo se encontró que un alto porcentaje de las usuarias son bigestas y trigestas con el 50.2%. En relación al número de partos se encontró que un 41.5 % de las usuarias son múltiparas con 2-3 partos, un 26.3% de usuarias se han realizado una cesárea, y un 21.7% se han practicado 1 aborto; estos dos últimos son procesos por los cuales culmina un embarazo. (Vea cuadro 2)

En cuanto a la fecha de último parto la mayoría pertenece al periodo del 2003-2005 con 55.8%. (Ver gráfico 4)

El 46.1% de las usuarias tienen entre 2-3 hijos vivos. Un 81.1% de las usuarias se encuentran satisfechas con la cantidad de hijos que tienen, lo cual es una mayoría evidente y que obliga a las usuarias a acudir al centro de salud Raúl

Vargas al programa de planificación familiar para elegir el método que más les convenga. El 100% de las usuarias conocen o han recibido información de al menos uno de los métodos que ofrece el MINSA, incluyendo el estudiado. (Ver cuadro 3)

### **Razones de preferencia de la Depoprovera.**

Un 49.8% de las usuarias recibió información del personal de salud sobre el uso de la depoprovera; en el puerperio por medio de charlas, recomendaciones al momento del alta, visita domiciliar. (Ver grafico 5)

De las cuatro razones que ellas exponen se encuentra en primer lugar: “la cita de su aplicación es cada tres meses”, en esta juega un papel importante el factor tiempo, aunque la mayoría estén desempleadas realizan actividades cotidianas en el hogar, por lo que el frecuentar sólo cuatro veces al año el centro de salud se les hace más factible. En segundo lugar es que no asisten a la cita para la aplicación por algún motivo y aún así las protege de un embarazo. En tercer lugar no afecta la lactancia materna debido a que algunas usuarias iniciaron el método en el puerperio. Y la última es: no causa gastritis posiblemente estas sean las que planificaban con gestágenos orales, por lo que decidieron cambiar de método por la molesta irritación gástrica que éstos le causaban. (Ver grafico 6)

Un 39.6% de las usuarias creen que es el mejor método por ser aplicada por el personal de salud, ya que se utilizan todos los procesos de asepsia y antisepsia necesarias. (Ver grafico 7)

El principal malestar es la falta de la menstruación, lo cual a veces las preocupa por no conocer que sucede con la no expulsión de sangrado, entonces creen que esta acumulación le causará alguna consecuencia, esto lo reporta el 37.3%. (Ver grafico 8)

Un 80.2% prefieren la presentación inyectada sobre cualquiera en tabletas de un método similar, ya que algunas han dejado los gestagenos orales por gastritis o por que se les olvida, por lo que se sienten más seguras con la Depoprovera. Un

72.40% no quieren cambiar de método y las que si desean cambiar es a la esterilización un 27.50%. El 95.4% coinciden en que se la recomendarían a otra usuaria. (Vea cuadro 4)

Un 89.9% planifican con el consentimiento de su conyugue. En cuanto a la pregunta: si su actual pareja es el padre de sus hijos responden que sí un 77.8% las cuales son una mayoría. Y no desean tener mas hijos el 59.4%. (Vea cuadro 5)

## Discusión

En el estudio de 217 mujeres en edad fértil que utilizan el método de planificación familiar (Depoprovera); realizado en el Centro de Salud “Raúl Vargas Pérez” del municipio de Nagarote, en los meses de Mayo y Junio del 2005; se encontró que un alto porcentaje de las entrevistadas oscilan en edades de 20-24 años clasificadas como jóvenes adultos con un desarrollo completo; quienes en su mayoría presentan un estado marital acompañada, lo cual es muy común en nuestro país; el nivel de escolaridad predominante es secundaria incompleta, lo cual indica que existe un bajo nivel académico; la mayoría de las entrevistadas son amas de casa; existe un alto porcentaje en el desempleo, lo que coincide con la situación actual del país; la mayor cantidad son del casco urbano, debido a la ubicación del centro de atención.

En cuanto a los antecedentes reproductivos, se puede decir que las entrevistadas en su mayoría tienen de 2-3 hijos; la fecha de su último parto oscila entre 2003 y 2005, gozan de una paridad satisfecha, pero aún son jóvenes y desean tener más hijos en un futuro.

El resultado obtenido concuerda con la “Encuesta de Salud Familiar” (15), donde se plasma que la fecundidad inicia tempranamente y el estado marital que predomina es el de unión libre, es decir las acompañadas.

Al preguntarle si han recibido información sobre el método que están planificando, responden que sí; la han recibido al momento de su ingreso, de parte del personal del centro de salud y ha sido aplicada por personal capacitado; esto concuerda con la encuesta de PROFAMILIA en donde el 97% han recibido información en los centros de salud. (15)

La mayoría la prefiere por que la cita para aplicación es cada 3 meses, lo cual no interrumpe mes a mes en sus actividades cotidianas, además les agrada que sea inyectada, por que creen que es más segura y prolongada su efectividad.

La reacción adversa que más incomoda a las usuarias es la amenorrea; también prefieren la presentación en inyectables ante cualquier similar en tabletas, debido al probable olvido de la ingesta diaria; tampoco se cambiarían a otro método, por que se sienten satisfechas con la Depoprovera.

Al preguntarles si la recomendarían a otra persona la mayoría respondieron que sí, ya que presenta menos inconvenientes en aplicación, tiempo y reacciones adversas que otras.

## Conclusiones

Al realizar la planificación, ejecución y consolidación del presente trabajo, se determinó que la mayoría de las usuarias son del grupo de edad de 20-24 años, con un estado marital de unión libre, amas de casa y con nivel académico de secundaria incompleta.

En cuanto a su historia reproductiva se encontró que un alto porcentaje de las usuarias son bigestas y trigestas, tienen de 2-3 hijos vivos; la fecha de su último parto oscila entre 2003 y 2005, gozan de una paridad satisfecha, pero aún son jóvenes y desean tener más hijos en un futuro

Una de las razones de preferencia predominante que se detectaron en las usuarias es la periodicidad del método, ya que la cita de aplicación es cada 3 meses y no afecta mes a mes sus labores; algunas inician este método finalizando el puerperio y conocen que no se afecta la lactancia materna, también saben del tiempo extra, de dos semanas aproximadamente, que las protege después de lo indicado. Aquellas que utilizaban gestágenos orales les causaban irritación gástrica por lo que decidieron cambiar.

En lo relacionado a las reacciones adversas, se encuentra más que un malestar una preocupación; la amenorrea, que a unas las hace pensar en un probable embarazo, a otras les nace la pregunta ¿qué sucede con la sangre que no sale?, y para aquellas que su menstruación era excesiva más bien las favorece salvándole de una anemia por sangrado menstrual; también se encuentra aunque en menor frecuencia sangrado escaso y duradero, cefalea, dolor abdominal, hemorragia y acné.

## **Recomendaciones**

1. Capacitar al profesional de la salud sobre las ventajas, desventajas, reacciones adversas de cada uno de los métodos en existencia en la unidad de salud.
2. Promover los diferentes métodos que facilita el Ministerio de Salud.
3. Permitir que la usuaria elija el método que se ajuste a sus necesidades.

## Bibliografía

1. Anticonceptivos hormonales inyectables aspectos técnicos inocuidad. Organización Panamericana de Salud. Washington 1982. Pág. 6, 9, 24.
2. Anticonceptivos inyectables. Su uso en la planificación familiar. Organización mundial de la salud. Ginebra. 1990. Pág. 21 y 22, 33-105.
3. Anticoncepción y reproducción. Consecuencia para la salud de mujeres y niños en el mundo en desarrollo. National Research council. Editorial americana 1990. Pág. 1-3, 5-6 y 9.
4. Capítulo 3: Inyectables sólo de progestágeno, Serie J, Número 44.
5. Criterios médicos de elegibilidad de la OMS para iniciar el uso de métodos anticonceptivos, Serie J, Número 44.
6. Diccionario de especialidades farmacéuticas PLM, 35 Edición 2005 Pág. 558.
7. Efraín Pérez Peña, Infertilidad, esterilidad y endocrinología de la reproducción. 2da edición 1997.
8. Fuente: Estimación y cálculos de la dirección de la estadística sociodemográfica basadas en INEC-CELADE, Doc. Inédito "Nicaragua: Estimaciones y Proyecciones 1950-2050.
9. Fundamentos de farmacología en terapéutica. Impreso en Colombia 1996. autores Carlos Alberto Isaza, Gustavo Isaza, Tulio Marulanda y Jesualdo Fuentes. Pág. 417-421.
10. G. Pérez – Palacios / Josué Garza – Flores / Peter E. Hall; Avances recientes en regulación de la fertilidad Vol. I Método anticonceptivo de acción prolongada. O.M.S. O.P.S.

11. Lo esencial de la tecnología anticonceptiva. Manual para personal clínico. Dr. Robert A. Hatcher, M. D., M.P.H. Centro para Programas de Comunicación. Facultad de Salud Pública. Universidad de Johns Hopkins. Julio 1999. Pág 7-1 a 7-21.
12. Manual de planificación familiar MINSA 1994 Editado por Freddy Cárdenas Ortega. 1ª Ed. Facultad ciencia medica. UNAN. Managua Nic. Capitulo 1 Pág. 1-12.
13. Manual de procedimiento para la atención integral a las (os) adolescentes. Ministerio de salud. Managua, septiembre 2002. Pág. 78.
14. PROBLEMAS DE SALUD DE LA MUJER. Publicaciones del manual Merck- hogar , sección 22 Pág. 231-23
15. Profamilia, encuesta de salud familiar. Nicaragua 1992-1993.
16. Schering UPJOHN manual de anticonceptivos inyectables Depoprovera 1998.
17. Serie monográfica sobre planificación familiar la anticoncepción hormonal Editorial el Amanecer Managua Nic. Dic. 1994. Pág. 5-21, 49-59
18. WHO Collaborative Study of Neoplasia and Steroid Contraceptives. Depot-medroxyprogesterone acetate (DMPA), risk of liver cancer; risk of epithelial ovarian cancer. Int J Cancer.1991 49: 182-185, 191-195.
19. WHO Collaborative Study of Neoplasia and Steroid Contraceptives. Depot-medroxyprogesterone acetate (DMPA) and risk of invasive squamous-cell cervical cancer. Contraception. 1992; 45:299-312.

# ANEXOS

## Entrevista

Depoprovera: Método que prefieren las mujeres en edad fértil del centro Salud Raúl Vargas Pérez del municipio de Nagarote.

### I. Datos generales.

1-Edad \_\_\_\_\_ 2-Escolaridad \_\_\_\_\_

3-Estado marital \_\_\_\_\_ 4-Procedencia \_\_\_\_\_

5-Religión \_\_\_\_\_ 6-Ocupación \_\_\_\_\_

### II. Fecundidad

7-Embarazos \_\_\_\_\_ 8-Partos \_\_\_\_\_

9-Cesáreas \_\_\_\_\_ 10-Abortos \_\_\_\_\_

11-Fecha de su último parto \_\_\_\_\_

12-¿Cuántos hijos vivos tiene? \_\_\_\_\_

13-¿Estas satisfecha con la cantidad de hijos que tienes? \_\_\_\_\_

14-¿Conoce sobre los métodos que ofrece el MINSA?  
\_\_\_\_\_

### III. Razones de preferencia de la Depoprovera

15-¿Alguien te informó sobre este método?

---

16-Mencione tres razones del por qué prefieres la depoprovera.

---

17-¿Crees que la depoprovera es la mejor?

---

18-¿Los beneficios que te ofrece este método te satisfacen?

---

19-¿Su aplicación, es más fácil que los otros métodos?

---

20-¿Qué reacciones adversas te causa?

---

21-¿Te cambiarías de método?

---

22-¿Se la recomendarías a otra persona?

---

23-¿Planificas con el consentimiento de tu cónyuge?

---

24-¿Tu actual pareja, es el padre de tus hijos?

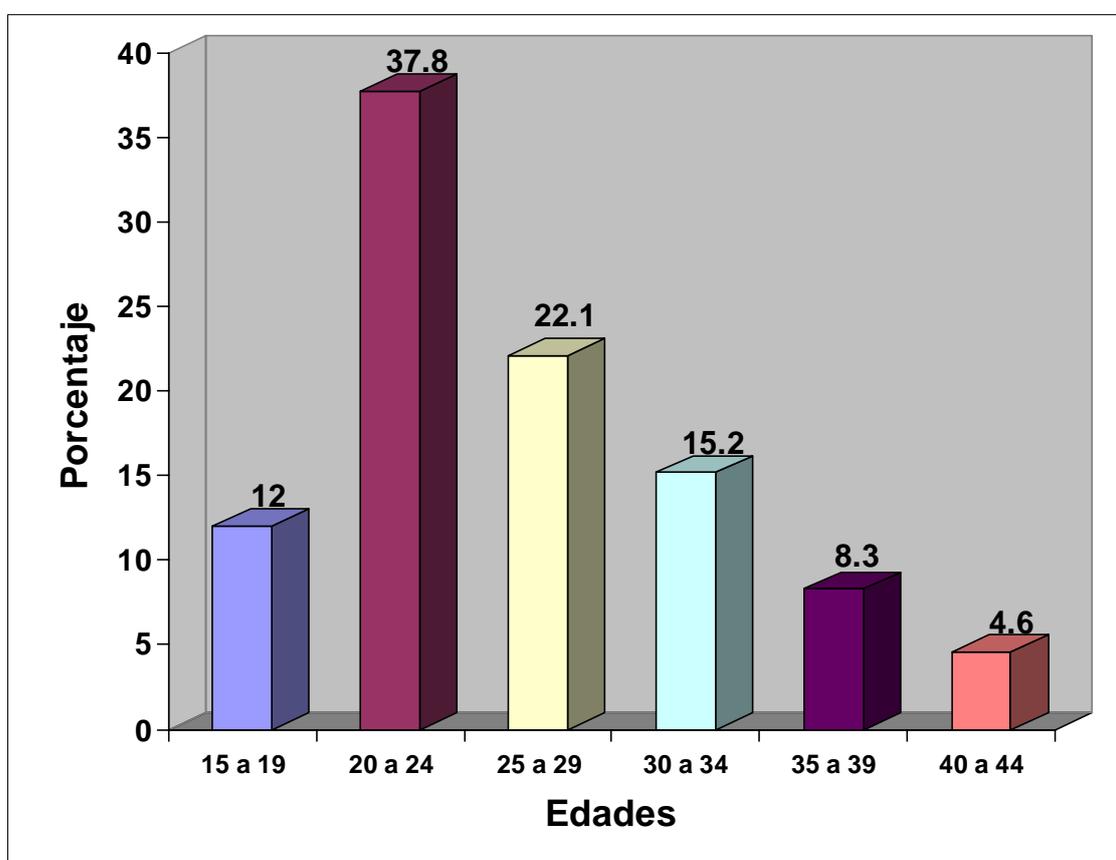
---

25-¿Desea él que tengas más hijos en un futuro?

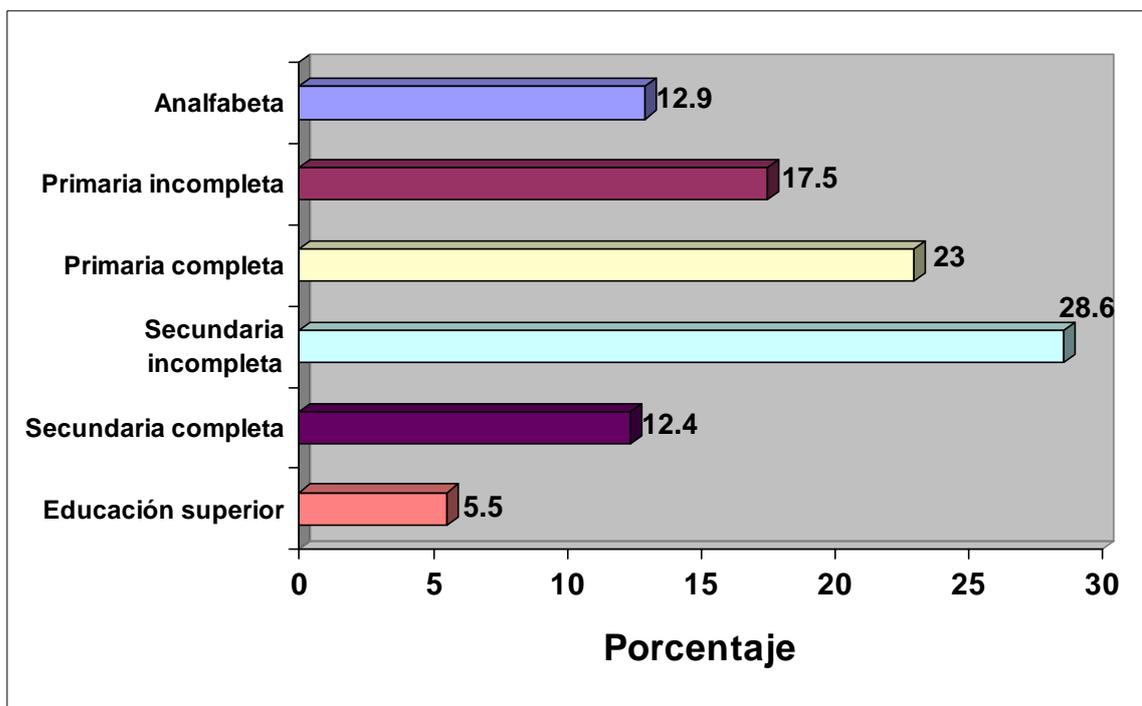
---

## Gráficos y cuadros

**Gráfico 1. Distribución porcentual de las usuarias de Depoprovera, según grupos de edad. Centro de Salud “Raúl Vargas Pérez”, Mayo y Junio del 2005.**



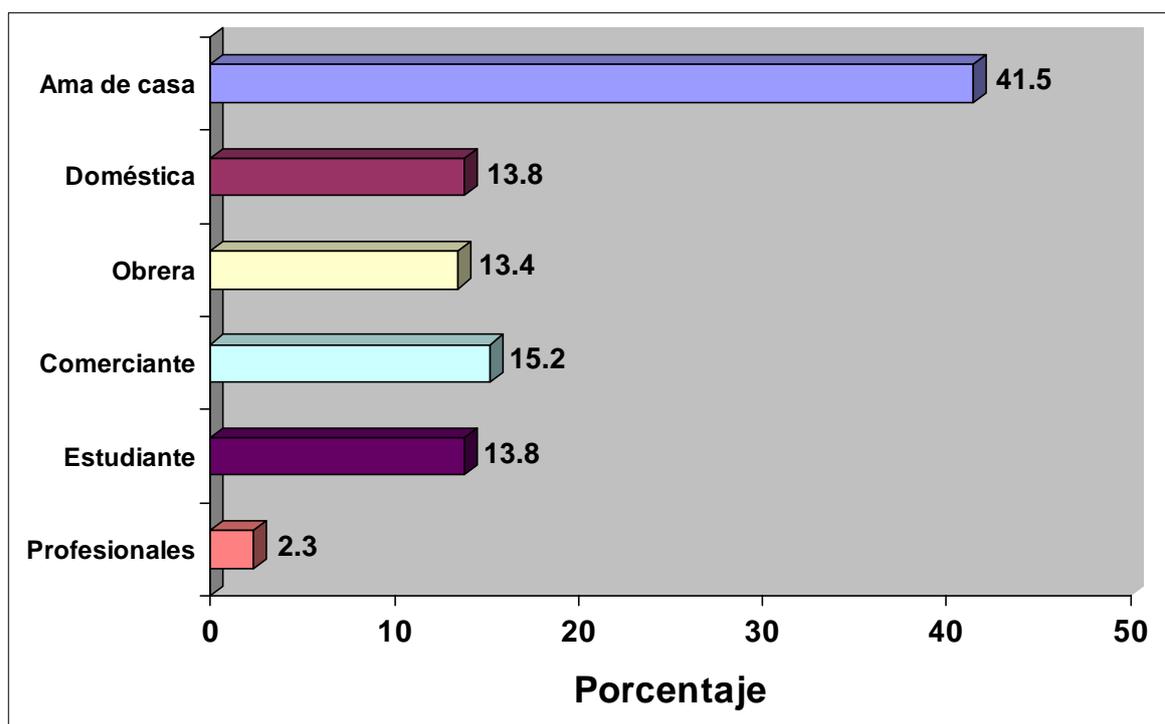
**Gráfico 2. Distribución porcentual de las usuarias de Depoprovera, según escolaridad. Centro de Salud “Raúl Vargas Pérez”, Mayo y Junio del 2005.**



**Cuadro 1. Distribución porcentual de las usuarias de Depoprovera, según estado marital, procedencia y religión. Centro de Salud “Raúl Pérez Vargas”, Mayo y Junio del 2005.**

<b>Variables</b>	<b>Número</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Estado marital</b>		
Solteras	42	19.9%
Casadas	75	35.0%
Acompañadas	100	46.1%
<b>Procedencia</b>		
Urbano	129	59.4%
Rural	88	40.5%
<b>Religión</b>		
Católica	92	42.4%
Evangélica	51	23.5%
Otras	34	15.7%
Ninguna	40	18.4
<b>Total</b>	<b>217</b>	<b>100.0</b>

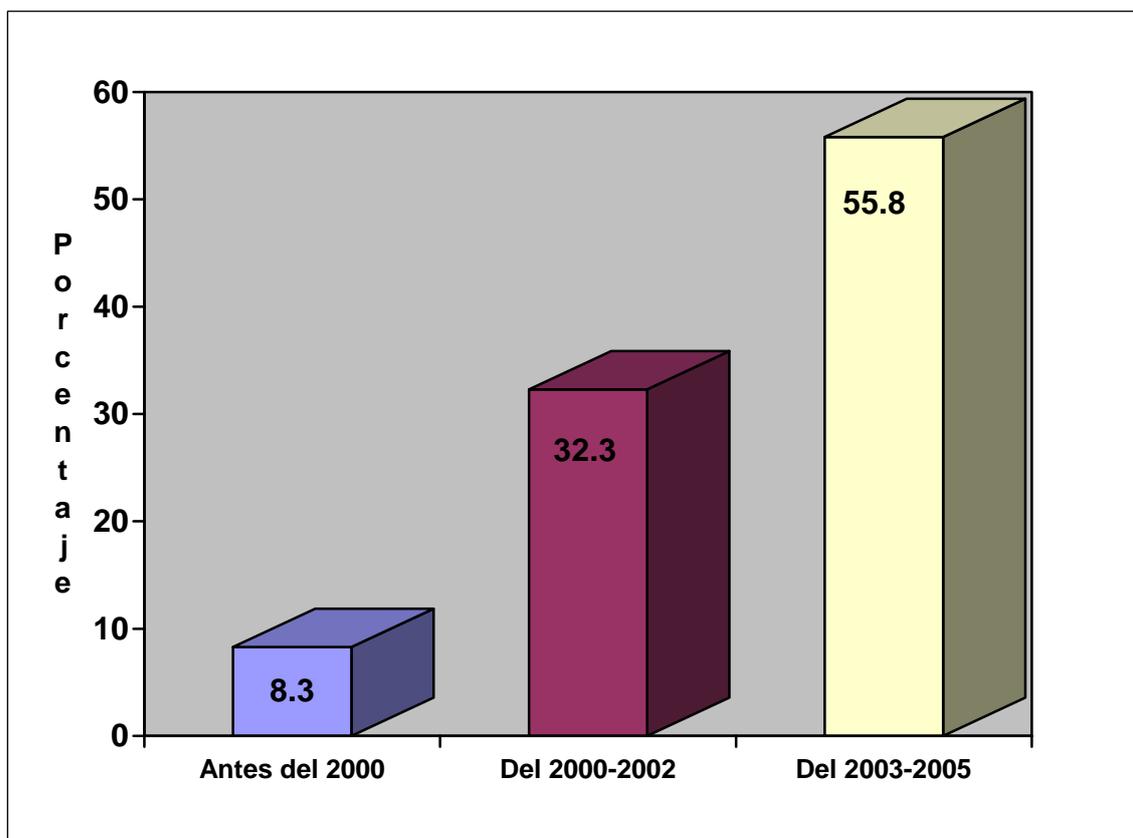
**Gráfico 3. Distribución porcentual de las usuarias de Depovera, según ocupación. Centro de salud “Raúl Vargas Pérez”. Mayo y Junio del 2005.**



**Cuadro2. Distribución porcentual de las usuarias de Depoprovera, según diferentes aspectos reproductivos. Centro de Salud “Raúl Vargas Pérez”, Mayo y Junio del 2005.**

<b>Variables</b>	<b>Número</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Embarazos</b>		
0	6	2.8%
1	59	27.2%
2-3	109	50.2%
4-5	29	13.4%
6 a más	14	6.5%
<b>Partos</b>		
0	18	8.3%
1	81	37.3%
2-3	90	41.5%
4-5	20	9.2%
6 a más	8	3.7%
<b>Cesáreas</b>		
0	159	73.3%
1	57	26.3%
2	1	0.5%
<b>Abortos</b>		
0	163	75.1%
1	47	21.7%
2	7	3.2%
<b>Total</b>	<b>217</b>	<b>100%</b>

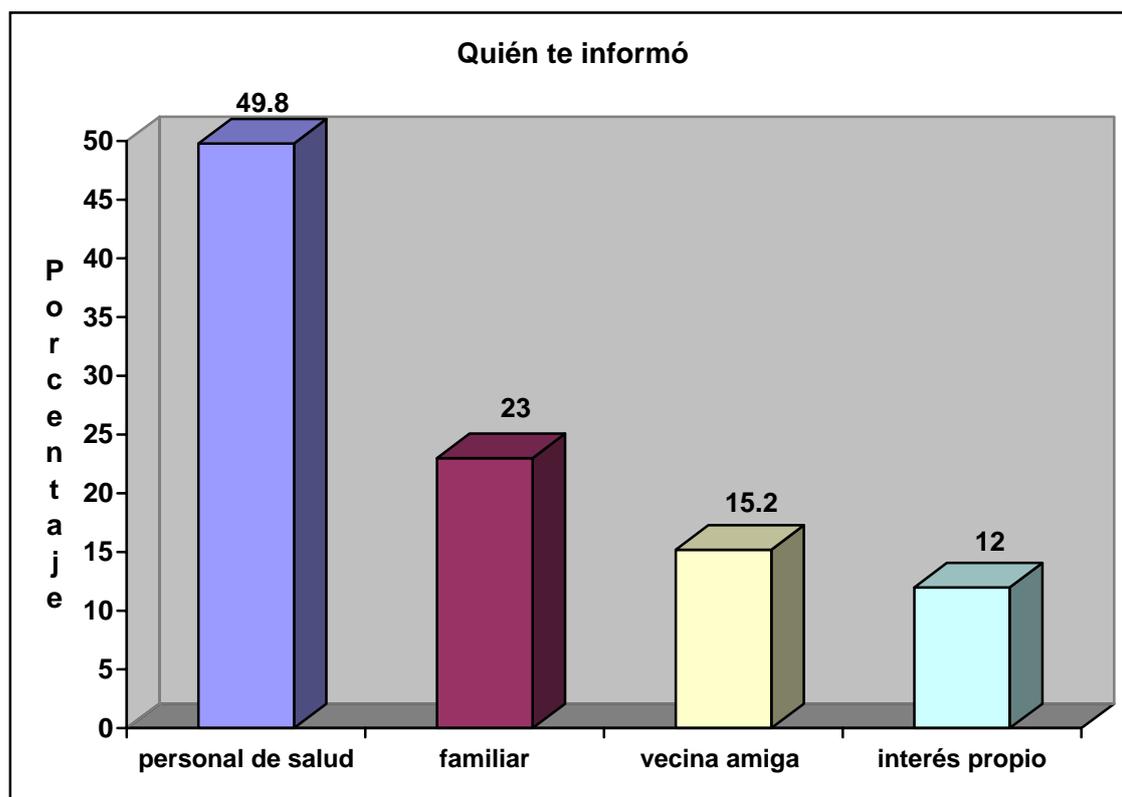
**Gráfico 4. Fecha del último parto de las usuarias de Depoprovera, Centro de Salud “Raúl Vargas Pérez”. En los meses de Mayo y Junio del 2005.**



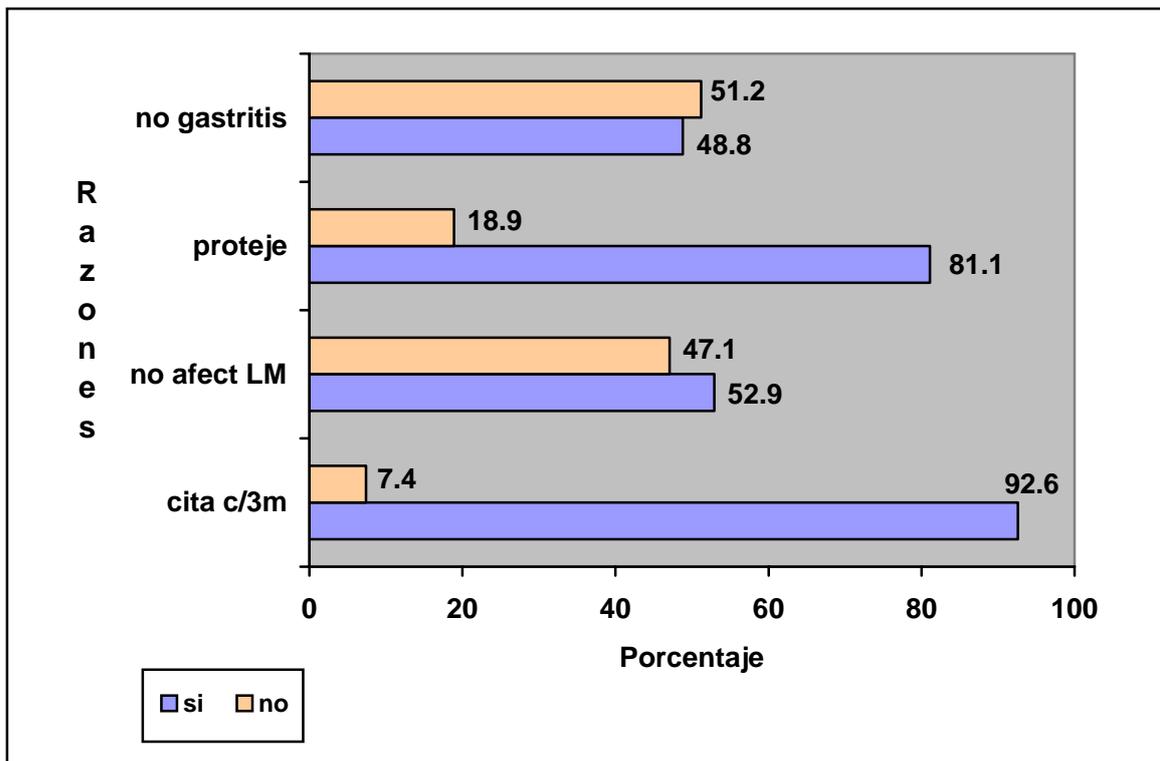
**Cuadro 3. Distribución porcentual de las usuarias de Depoprovera, según hijos vivos, paridad satisfecha y conocimiento de los métodos anticonceptivos que ofrece. Centro de Salud “Raúl Vargas Pérez”, Mayo y Junio del 2005.**

<b>Variables</b>	<b>Número</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Número de hijos vivos</b>		
0	9	4.1%
1	70	32.3.%
2-3	100	46.1%
4-5	29	13.4%
6 a más	9	4.1%
<b>Paridad satisfecha</b>		
Si	176	81.1%
No	41	18.9%
<b>Conoce métodos que ofrece el MINSA</b>		
SI	217	100%
<b>Total</b>	<b>217</b>	<b>100%</b>

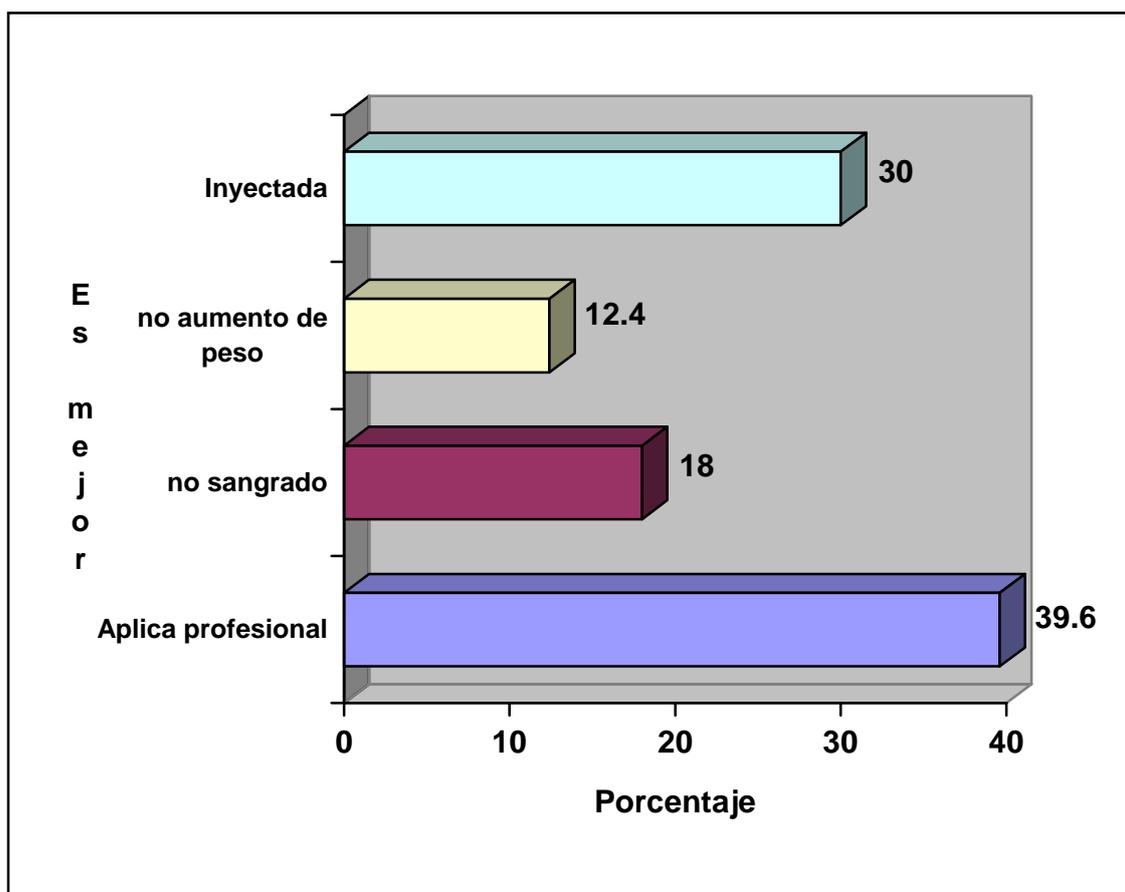
**Gráfico 5. Distribución porcentual de las usuarias de Depoprovera, según sus fuentes de información sobre este método anticonceptivo. Centro de Salud “Raúl Vargas Pérez”. Mayo y Junio del 2005.**



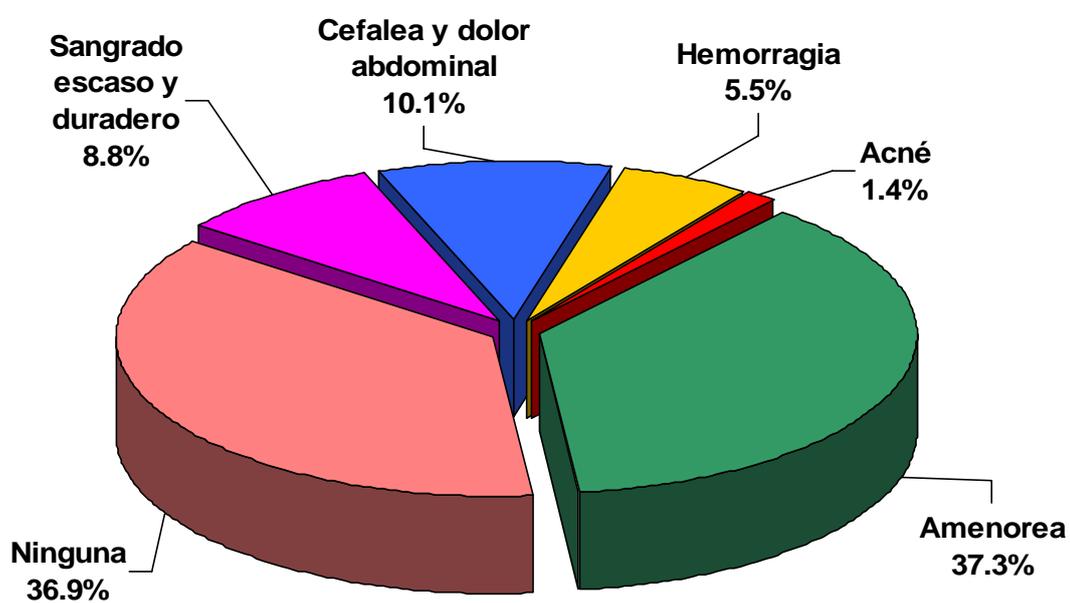
**Gráfico 6. Razones de uso de la Depoprovera en usuarias del servicio de Planificación Familiar. Centro de Salud “Raúl Vargas Pérez”. Mayo y Junio del 2005.**



**Gráfico 7. Distribución porcentual de las usuarias de Depoprovera para considerar este como el mejor método de planificación familiar. Centro de Salud “Raúl Vargas Pérez”, Mayo y Junio del 2005.**



**Gráfico 8. Distribución porcentual de las usuarias de Depoprovera, según reacciones adversas padecidas. Centro de Salud “Raúl Vargas Pérez”, Mayo y Junio del 2005.**



**Cuadro 4. Número y porcentaje de las usuarias de Depoprovera que expresaron determinadas consideraciones sobre este método. Centro de Salud “Raúl Vargas Pérez”, Mayo y Junio del 2005.**

<b>Variable</b>	<b>Número</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Te gustaría que fuera en tabletas</b>		
Si	43	19.8%
No	174	80.2%
<b>Te gustaría cambiar de método</b>		
Si	50	27.5%
No	157	72.4%
<b>La recomendaría</b>		
Si	207	95.4%
No	10	4.6%
<b>Total</b>	<b>217</b>	<b>100%</b>

**Cuadro 5. Número y porcentaje de usuarias de Depoprovera, según actitudes del marido o compañero. Centro de Salud “Raúl Vargas Pérez”, Mayo y Junio del 2005.**

<b>Variable</b>	<b>Número</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Planificas con el consentimiento de tu pareja</b>		
Si	195	89.9%
No	22	10.1%
<b>Tú actual pareja es padre de tus hijos</b>		
Si	168	77.8%
No	43	19.9%
No aplica	5	2.3%
<b>Desea él que tengas mas hijos</b>		
Si	88	40.6%
No	129	59.4%
<b>Total</b>	<b>217</b>	<b>100%</b>