

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
UNAN-LEON

FACULTAD DE CIENCIAS QUIMICAS
DEPARTAMENTO DE SERVICIO FARMACEUTICO

TESIS PARA OPTAR AL TITULO DE LICENCIADO
QUIMICO FARMACÉUTICO.



VALORACION DEL USO DE LOS MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN
FAMILIAR DE ACUERDO A LA EDAD EN MUJERES DEL ÁREA RURAL
QUE ASISTEN AL CENTRO DE SALUD TEODORO A.S KINT EL VIEJO
NORTE EN EL PERIODO COMPRENDIDO 2004-2005, EL VIEJO,
CHINANDEGA.

AUTORAS:

Karen Ailen Dominga Rodriguez Romero.
Mayra del Socorro Ordóñez Guardado

TUTORA:

Lic. Rosario Mendieta de Medina.

ASESOR:

Dr. Francisco Rodriguez Hernández.

UNAN-León
MARZO 2006
INDICE

	PAG.
1. INTRODUCCION	6
2. ANTECEDENTES	7
3. JUSTIFICACION	9
4. OBJETIVOS	10
5. MARCO TEORICO	11
6. DISEÑO METODOLOGICO	32
7. RESULTADOS	34
8. CONCLUSIONES	44
9. RECOMENDACIONES	45
10. BIBLIOGRAFIA	46
11. ANEXOS	48

DEDICATORIA

Nuestro padre Celestial por habernos dado el don de la vida iluminándonos el camino de la sabiduría y el entendimiento en estos cinco años, logrando así culminar nuestro trabajo monográfico.

Francisco José N. Rodríguez Hernández (Padre)

Vilma S. Romero López (Madre)

Por haberme apoyado e impulsado en todos mis estudios y en todos los aspectos importantes de mi vida.

Axel Alexander Martín Rodríguez Romero (Hermano)

Andrwio Francisco José Rodríguez Romero (Hermano)

Que sin su apoyo no estaría aquí.

Karen Ailen Dominga Rodriguez Romero.

DEDICADO A:

A DIOS y a la VIRGEN SANTISIMA por haberme dado fuerza y sabiduría ya que sin ellos no podría haber logrado la culminación de mis estudios Universitarios.

Francisca G. Guardado Espinosa (Madre).

Ya que fue quien me brindo la ayuda cuando mas la necesitaba.

A todas las personas que me brindaron ayuda en el transcurso de estos cinco años.

Mayra del Socorro Ordóñez Guardado

AGRADECEMOS A:

Lic. Rosario Mendieta de Medina.

Dr. Francisco José N. Rodríguez Hernández

Auxiliares de Enfermería del Área TEODORO A.S. Kint.

Mujeres del Área Rural del Viejo TEODORO A.S Kint.

Por su enorme apoyo incondicional en la realización de este estudio. El que no hubiera sido posible sin su colaboración.

TEMA:

Valoración del uso de los métodos de planificación familiar de acuerdo a la edad en mujeres del área rural que asisten al centro de salud Teodoro A.S Kint EL VIEJO NORTE en el periodo comprendido 2004-2005, EL VIEJO, CHINANDEGA.

INTRODUCCION:

La planificación familiar es una estrategia que ofrece beneficio a la salud madre-hijos disminuyendo riesgo en la morbilidad infantil, juvenil y materna, previene abortos provocados y embarazos no deseados.

La federación internacional de planificación sugiere incrementar la educación en el mundo sobre la planificación familiar con el fin de lograr el bienestar familiar aumentando la comprensión ante los gobiernos respecto a los problemas demográficos de sus países.

En la actualidad la reproducción humana ha ido en aumento y esta enfrenta una realidad, en la cual las mayorías de los hogares no tienen la capacidad económica y social para sustentarse.

En Nicaragua, en una población imaginaria en la cual casi todas las mujeres se casan entre las edades de 15-19 años y siguen casadas por lo menos hasta los 50 años y que no practican ningún método de planificación familiar, la mujer tendría 15 hijos en su vida y en otros casos son casadas a una edad menor de 13-14 años y dan a luz mayor cantidad de hijos.

El nivel de fecundidad está limitado por factores biológicos que determinan el comienzo y el fin de la vida reproductiva y el espaciamiento entre uno y otro embarazo.

Tomando en cuenta la sobrepoblación de jóvenes propensos a formar familia a temprana edad y de mujeres de edad madura, que por falta de conocimientos no planifican y que como consecuencia de esto se presentan unas series de complicaciones posteriores que motiva a realizar esta investigación.

En muchos estudios se descubre que la edad de inicio de vida sexual activa es a partir de los 15 años, según los datos del centro de salud Teodoro A.S kint, llegan jóvenes de 13-14 años con vida sexual activa de las cuales la mayoría son del área rural, razón por la cual sus motivos a realizar este trabajo dada la importancia que esta tiene.

ANTECEDENTES

Después de haber realizado durante un decenio de investigaciones a partir de 1940-1950 se dispuso por primera vez métodos de planificación familiar: la anticoncepción hormonal. Pero fue hasta 1960 por la administración de alimentos y medicamentos de los Estados Unidos (U.S-FDA). Posteriormente en la década de 1970 se estimó que de 8-10 millones de mujeres estaban utilizando este método.

En países en desarrollo a mediados de los años 60 iniciaron su aparición estando al alcance de unas pocas mujeres. Fue hasta 1967 que los organismos donantes internacionales encabezados por la agencia de los Estados Unidos para el desarrollo internacional y la agencia Sueca para el desarrollo internacional (ASDI) comenzaron a facilitar anticonceptivos orales a los gobiernos de países en desarrollo. Estimándose para 1980 más de 60 millones de mujeres utilizando un método de planificación familiar.

En los últimos 34 años en conferencias intergubernamentales en el plan de acción mundial en población (PAMP), acordado en la conferencia mundial de la población celebrada en Bucarest en 1974 se contempla la proclama de Teherán, acatando "Todas las parejas y los individuos poseen derechos básicos de decidir libres y responsablemente el número y espaciamiento de sus hijos y a obtener información y medios para lograrlo.

Se calcula que en 1990 murieron 10 millones de niños menores de un año y 4 millones de 5 años. Además medio millón que se mueren durante el embarazo y el parto, siendo un 99% de países en subdesarrollo, porcentaje que puede modificarse considerablemente si aumenta el número de mujeres que utilizan un método de planificación familiar.

En un estudio realizado en 1996, en el Viejo norte, a 360 mujeres, se encontró que en el área rural 282 mujeres (79%) son usuarias de algún método de anticoncepción y solamente 78 mujeres (21%) no se encuentran en programa de planificación.

Se encontró que la edad mínima de uso de algún método es a la edad de 13 años y la más alta frecuencia de uso de alguno método es de 19-27 años. Es interesante que en 1996 solamente un 77.3% de la población adolescente usara algún método de anticoncepción. Los métodos mas utilizados por la población en estudio fueron: los gestagenos orales, la esterilización y la lactancia materna en un tercer lugar.

En 1996 se encontró que las localidades pertenecientes al centro de salud Teodoro kint, fueron los lugares a los que pertenecían un 21% del total de mujeres no usuarias de algún método de planificación siendo este el que mas reportaba cantidad de mujeres no usuarias.

Se piensa que en los países donde el número de médicos es muy escaso y las zonas rurales donde es imposible obtener un medio de anticoncepción, el único medio de expandir el uso de los métodos de anticoncepción es a través de sistemas de distribución no médicos.

JUSTIFICACION

El presente estudio involucra un pequeño porcentaje de la población nicaragüense, por ende del mundo, es un tema motivo de preocupación por la creciente tasa poblacional a las que son sometidos todos los países del mundo en particular Nicaragua y dentro de esta área rural del municipio El Viejo, que por sus condiciones de poca accesibilidad de la población hacia los servicios de salud, por la problemática del país y otros factores culturales y socio económicos se recibe una demanda deficiente de la población.

Nicaragua con un poco más de 4 millones de habitantes representan un crecimiento poblacional acelerado. Su tasa de incremento demográfico es la mas alta de Centro América con tendencia a duplicarse en los próximos años. Su población es altamente dependiente ya que cerca del 47% de los nicaragüenses son menores de 15 años.

La planificación familiar tiene efectos positivos sobre la situación demográfica de un país ya que al disminuir la fecundidad se reduce la velocidad de incremento demográfico, mejora la situación económica del país así como la social. De esta manera se podrá dedicar más recursos al ahorro público de fuentes de trabajo y al mejoramiento cualitativo de la educación, vivienda, salud, etc.

Un buen programa de planificación familiar no es sustituto de un programa de desarrollo económico y social, es más bien un complemento, ya que al controlar el crecimiento poblacional no solucionamos los distintos problemas económicos ni sociales que presenta Nicaragua en la actualidad.

El farmacéutico es un elemento fundamental en el programa de planificación ya que suministra, a las usuarias dichos métodos de planificación familiar, el orienta, aconseja y indica el uso de los diferentes métodos así como sus diferentes reacciones (RAM) en su uso.

Si en nuestra población se llevará a cabo un programa de planificación eficiente, seguro y amplio seria posible contrarrestar la gran problemática a la que conlleva la procreación de un hijo por cada mujer en edad fértil y así poder brindarle tanto a la madre como el hijo una mejor atención tanto en la gestación, nacimiento y en la etapa de crecimiento por parte del sistema de salud de nuestro país, de lo contrario la madre-hijo están expuestos a desnutrición, pobreza, hacinamiento, menos salud, educación, en una sola frase mayor morbi-mortalidad materno infantil es por eso que se busca siempre la mejora en los programas de planificación familiar.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Evaluar el uso de los métodos de planificación familiar de acuerdo a la edad en mujeres del área rural que asisten al centro de salud Teodoro A.S kint, VIEJO NORTE en el periodo comprendido 2004-2005, El VIEJO, CHINANDEGA.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- ✓ Caracterizar a las mujeres en estudio, (Edad, Escolaridad, Estado Civil, etc.).
- ✓ Determinar la frecuencia del uso de métodos de anticoncepción en las mujeres del área rural según su edad.
- ✓ Determinar la accesibilidad a los métodos de planificación familiar en las mujeres del área rural.
- ✓ Identificar el grupo etario que mas utiliza estos métodos de planificación familiar.
- ✓ Establecer las diferentes opiniones de las mujeres del área rural del porque utilizan o no, los métodos de planificación familiar.

MARCO TEORICO.

Control de natalidad, regulación voluntaria del número de embarazos mediante el uso de distintos métodos, bien para impedir la concepción (métodos anticonceptivos) o bien para favorecerla.

La planificación familiar es un concepto más amplio que se refiere a la toma de decisiones sobre cuándo y cuántos niños desea tener una pareja y a la elección del método anticonceptivo para evitar el embarazo.

Es un derecho humano al cual deben tener acceso todas las personas, independientemente de su nacionalidad, credo religioso, condiciones socioeconómicas y de salud. Así ha sido reconocido en diferentes países de las Naciones Unidas.

Es una estrategia de Salud Pública, pues su práctica ofrece beneficios a la salud de la madre y de los hijos y contribuye a disminuir la morbimortalidad infantil, juvenil y materna, prevenir los abortos provocados y los embarazos no deseados y peligrosos. La planificación familiar facilita el desarrollo socioeconómico al disminuir la fecundidad, también se reduce la velocidad del crecimiento demográfico y disminuye la proporción de la población en edades dependientes. Así los frutos del crecimiento económico pueden orientarse al mejoramiento cualitativo de los diferentes sectores nacionales.

La elección del método anticonceptivo es una decisión personal en la que entran en consideración diversos factores que van desde las preferencias individuales o la historia médica, hasta los riesgos, ventajas y efectos secundarios de cada método. Otra consideración a tener en cuenta es si la pareja piensa tener hijos o no en el futuro. La mayor parte de los métodos de control de natalidad son reversibles, es decir, cuando dejan de utilizarse hombres y mujeres vuelven a ser fértiles. Por el contrario, los métodos quirúrgicos son, en muchos casos, irreversibles, es decir una vez que se recurre a ellos mujeres y hombres no pueden ser padres de nuevo.

Ningún método de control de natalidad es eficaz al 100% a la hora de evitar el embarazo, aunque algunos resultan más eficaces que otros. La tasa de embarazos de un método anticonceptivo, también denominada tasa de fallos, se expresa habitualmente en forma de porcentaje que representa el número de embarazos esperados por cada 100 mujeres que usan el método en cuestión durante un año.

Los dispositivos de control de la natalidad se diseñan para evitar la fecundación. Algunos, como los condones, diafragmas, esponjas contraceptivas y tapones cervicales, proporcionan una barrera física que evita que los espermatozoides y los óvulos entren en contacto. Otros son métodos químicos: las píldoras anticonceptivas contienen hormonas que modifican el revestimiento uterino para impedir la implantación, evitar que los ovarios femeninos liberen

óvulos maduros, o espesar el mucus cervical para impedir que los espermatozoides puedan penetrar. Las cremas y los geles espermicidas destruyen directamente a los espermatozoides. El dispositivo intrauterino (DIU) está ideado para interferir en la implantación del óvulo en las paredes del útero.

Todos estos métodos se dividen en:

Naturales:

- Lactancia Materna
- Coito Interrupto
- Temperatura Corporal
- Métodos Oogino

Sintéticos:

- No Farmacológicos
- Farmacológicos.

METODOS NATURALES

Son los anticoncepcionales en que no se utilizan ningún tipo de químicos, dispositivos, aparatos o sustancias sintéticas para prevenir el embarazo. Solo dependen de la identificación de los días del ciclo menstrual, durante los cuales una mujer puede quedar embarazada, para que las parejas eviten tener relaciones o las interrumpan antes de finalizar estas y son:

- Método del Calendario o Ritmo (Ogino-KNAUS)
- Método del Moco Cervical. (Billianes)
- Método de Temperatura Basal.
- Otros:

Coito	Interrumpido.
Lactancia Materna.	

1. METODO DEL RITMO:

Consiste en reconocer los días fértiles e infértiles de la mujer en base a cálculos de duración o longitud de los ciclos menstruales anteriores, que varían de una mujer a otra o en ella misma por un periodo de 9 meses a un año preferentemente.

El cálculo del periodo fértil es determinado el primer y último día fértil de este periodo, llevando la usuaria un registro o control de los días, de sus ciclos menstruales. (Los días que van desde el primer día de sangrado hasta un día antes al primer día de sangrado del mes siguiente) en calendario o grafitos.

El último día se determina restando 11 días al ciclo menstrual más largo.

Ejemplo. Mujer "A"

Ciclo corto: 27 días – 18 días = 9no. día – primer día fértil.
 Ciclo largo: 31 días – 11 días = 20vo. día – ultimo día fértil.

Por lo tanto el periodo comprendido del 9no. día al 20vo. día es el fértil y los días posteriores al 20 y el comienzo de la siguiente menstruación es infértil.

Ejemplo: Mujer “B”

Ciclo corto: 24 días – 18 días = 6to. día – primer día fértil.
 Ciclo largo: 28 días – 11 días = 17vo. día – ultimo día fértil.

El periodo comprendido del 6to. día al 17vo. día es el fértil y los días posteriores al 17vo. día y comienzo de la siguiente menstruación es infértil.

Entre más amplio sea el periodo fértil calculado y no se tenga relaciones, menor es la posibilidad de lograr un embarazo.

VENTAJAS	DESVENTAJAS
<ul style="list-style-type: none"> ❖ No tiene efecto en la salud de la mujer. ❖ No tiene costos económicos. ❖ Eficaz en mujeres con ciclos regulares. ❖ Mayor relación y comunicación en las parejas. ❖ La mujer aumenta su conocimiento en su ciclo menstrual. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Requiere tiempo prolongado para su práctica. ❖ Inseguros en mujeres con ciclos menstruales irregulares. ❖ Inseguros en mujeres que alteran su ritmo menstrual por factores externos. Ej. (Stress, medicamentos, infecciones, enfermedades de tiroides, diabetes, etc.).

2. METODO DEL MOCO CERVICAL.

Depende del conocimiento de sequedad y humedad de la vagina como consecuencia de la existencia de cambios cíclicos en la cantidad y consistencia del Moco Cervical formado en diferentes periodos del ciclo menstrual y su relación con la ovulación.

Estos cambios en el Moco Cervical son producidos de la influencia hormonal femenina (Estrógenos y Progesterona), provocando la sensación de humedad o sequedad, la primera indica que la ovulación se ha dado.

SENSACION SECA

Cuando hay ausencia o escasez de moco y de gran consistencia, blanquecino, amarillento y se presenta post-menstrual y antes de la ovulación. Y 4-6 días post la esta ultima, considerándose la mujer en periodo infértil.

SENSACION HUMEDAD

El moco se vuelve más abundante, de poca consistencia, más elástico y resbaloso y su color es mas claro. A medida que se aproxima a la ovulación se podría decir que se vuelve mas fluido, se estira mas de 6 cm. (Al microscopio se ven las apariencias de hoja de helecho), se presenta pre-ovulación y termina con el día cúspide en la ovulación, se considera el periodo fértil en que una mujer puede quedar embarazada, no debe tenerse relaciones hasta 4 días después del día cúspide.

VENTAJA:	DESVENTAJAS:
<ul style="list-style-type: none"> ❖ No tiene efecto en la salud de la mujer. ❖ No tiene costos económicos. ❖ Eficaz en mujeres con ciclos regulares. ❖ Mayor relación y comunicación en las parejas. ❖ La mujer aumenta su conocimiento en su ciclo menstrual. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Requiere la orientación y supervisión de un instructor durante 3 ciclos. ❖ Manipulación de genitales por la usuaria. ❖ Mala interpretación de las características del Moco Cervical por falta de conocimiento de la usuaria o por patología vaginal. ❖ Alteraciones del Moco Cervical por medicamentos o enfermedades.

3. METODO DE TEMPERATURA BASAL CORPORAL

Se basa en los leves cambios que tiene lugar en la temperatura basal corporal, inmediatamente antes de la ovulación y poder reconocer a esta, se logra a través de registros diario durante un ciclo menstrual.

La mujer fisiológicamente presenta un alza de temperatura en la ovulación, al formarse el cuerpo luteo que produce progesterona influyendo en centro termorregulador del hipotálamo elevando la temperatura, 12-24 horas posterior a la ovulación hay un leve descenso de la temperatura para luego aumentar aproximadamente las 2 semanas antes de iniciar la nueva menstruación.

La toma de temperatura puede ser oral. (Preferentemente) rectal o axilar.

El periodo infértil en que se pueda tener relaciones es 2-3 días posteriores al alza de temperatura hasta iniciar la menstruación.

VENTAJAS:	DESVENTAJAS:
<ul style="list-style-type: none"> ❖ No tiene efecto en la salud de la mujer. ❖ No tiene costos económicos. ❖ Eficaz en mujeres con ciclos regulares. ❖ Mayor relación y comunicación en las parejas. ❖ La mujer aumenta su conocimiento en su ciclo menstrual. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Requiere orientación de varios meses. ❖ Necesaria buena disciplina para llevar control y registro térmico. ❖ Dificultad en interpretar curva térmica. ❖ Patologías que alteran la temperatura pueden llevar a errores. ❖ No se puede practicar en usuarias post parto lactando ni en post aborto.

4. METODO COITO INTERRUPTO

Consiste en interrumpir el acto sexual, o sea no llegar a completar el acto sexual, simplemente implica la extracción del pene, sacándolo de la vagina cuando la eyaculación es inminente y completando la eyaculación fuera de la vagina.

VENTAJAS:	DESVENTAJAS:
<ul style="list-style-type: none"> ❖ No tiene efecto en la salud de la pareja. ❖ No exige gastos económicos. ❖ No se necesita consejería técnica. ❖ El hombre adquiere la responsabilidad para proteger a su compañera. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Completamente insatisfactorio para uno o ambos de la pareja. ❖ No es útil en hombres que no pueden controlar la eyaculación. ❖ No puede ser muy útil en hombres con eyaculación prematura o temprana. ❖ No es útil en hombres que no asuman la responsabilidad de protección. ❖ Su uso extensivo, puede tener efecto secundario psicológico. (No está probado aun).

5. METODO DE LACTANCIA MATERNA:

No es propiamente un método anticonceptivo, pero hay mujeres que lo usan como tal, no es fiable en las que lactan de manera espaciadas. (Cada 3-4 horas) y posterior a 10 semanas del parto si no se efectúa adecuadamente. Fisiológicamente el amamantamiento estimula la secreción de prolactina, y hay evidencia de que esta hormona inhibe la secreción de gonadotropinas por ende sus efectos sobre las gónadas ováricas inhibiendo su función de ovulación lo que explica la habitual presencia de infertilidad durante este periodo.

Este método mientras exista el estímulo de la succión de manera continua y persistente y no haya periodos escaseados entre la frecuencia de dichos estímulos, será eficaz en la mayoría de las mujeres por varios meses en ocasiones mas de un año. El objetivo principal de la lactancia materna es proveer alimento al recién nacido.

VENTAJAS:	DESVENTAJAS:
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Las propias de la lactancia materna. ❖ Responsabilidad a la mujer a tener un hábito continuo. ❖ No requiere gasto económico. ❖ No requiere consejería especializada. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ El hábito continuo producirá molestia en algunas mujeres. ❖ No es útil en mujeres que no quieren lactar. ❖ Efectividad disminuye progresivamente a su duración.

METODOS SINTETICOS:

Son anticonceptivos que el hombre los ha creado de manera sólida, sustancias, aparatos. Ej. Terapia Hormonal, DIU, Barrera, Inyectables.

1. GESTAGENOS ORALES (Supresión Hormonal).

Evitar el embarazo al ingerir sustancias solas y combinadas (Esteroides, Estrógenos y Progesterona) induciendo inhibición de la ovulación conocido desde 1940.

La terapia hormonal oral puede dividirse en 2 categorías principales:

1. Terapia Hormonal Sencilla.
2. Terapia Hormonal Combinada.

TERAPIA HORMONAL SENCILLA:

Dosis moderadas o graduadas de estrógeno diario para tres semanas por mes (21 días).

TERAPIA HORMONAL COMBINADA:

(Píldora Clásica) Sintético de progesterona reforzada con estrógeno diario; iniciando en el 5to. día de iniciada la menstruación y continuar por 20 días. Frecuentemente 1-4 días después de la supresión del tratamiento, el sangrado del nuevo periodo menstrual inicia, la próxima retoma la misma dosis al 5to. día de este otro ciclo.

(Píldora Secuencial) contiene elevada dosis de Estrógeno diario que la Píldora Clásica sola y la inyectada es diario sin intervalo de reposo.

La falta de desarrollo de anticoncepción similares para los hombres refleja numerosos factores biológico y sociales. El principal factor biológico consiste en que el hombre puede engendrar aunque los recuentos espermáticos desciendan en un 99%. Existen compuestos, además de los antiandrógenicos que pueden inhibir la espermatogenesis los esteroides sexuales, pueden suprimir la espermatogenesis pero conlleva el riesgo de intoxicación, disminución de libido, impotencia, ginecomastia y esterilidad que en algunos casos es irreversible.

MECANISMO DE ACCION:

Se cree que es a través de una acción de retroalimentación hormonal, al aumentar sus concentraciones se inhibe la hipótesis al disminuir la R.H. (Hormona Reguladora) de esta glándula, por los estrógenos de forma indirecta y directa a nivel del ovario, endometrio y cervical.

Los progestacionales preferentemente inhiben la liberación de L.H. y parcialmente la FSH., ósea que interfieren en la función Hipoficiaria.

Otro método es alteración de las tubas, desalentando la fertilización; modificación de maduración endometrial; disminuye la producción de Moco Cervical y aumentando su consistencia (mas viscoso) que le hace impenetrable por los espermatozoides, y además crea un medio hostil en las paredes del útero a la implantación de un huevo fertilizado.

VENTAJAS:	DESVENTAJAS: Puede ocasionar:
------------------	--------------------------------------

<ul style="list-style-type: none"> ❖ Esta terapia es reversible (Fácil de suprimir) eficaz en mas de 98%, aunque en teoría es de 100% si se cumple estrictamente sin tener retraso de hormonas (por consiguiente de días), efecto anticonceptivo, beneficia con reglas indoloras y predecibles, con menos perdida hemática. ❖ Menor riesgo de anemia, con alto contenido de estrógeno mejora el cabello grasoso, y el acne pre-menstrual, también hay menor riesgo de padecer enfermedades en ovarios, su uso reduce la frecuencia de infecciones en útero, trompas y pelvis. ❖ Disminución de cáncer benigno de la mama y posiblemente del Cáncer de mama y menor frecuencia de artritis reumatoidea. ❖ No influye en acto sexual, puede ser utilizado por largo periodos. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Alteraciones Metabólicas: En función Hepática con riesgo a Neoplasia, Hematoma, Adenocarcinoma Hepático; en metabolismo de carbohidratos con la reducción de la tolerancia a la glucosa. Creando una curva de Hiperglicemia similar a la de Diabéticos, por influencia estrogénica; también se puede presentar disfunción Hepática con incremento de niveles séricos de interferencia con la secreción biliar por la células hepáticas. ❖ Desordenes Tromboembólicos. Aumenta en mujeres mayores de 35 años, en fumadoras. ❖ Hay riesgo de presentar Hipertensión Arterial. ❖ Efectos misceláneos y secundarios a causa de cambios hormonales similares a los que se producen durante el embarazo. Ej. Nauseas, vómitos, mareos, malestar en los pechos, aumento de peso, depresión, cambio en la lívido en mas o en menos, reducción o ausencia del flujo menstrual, fotosensibilidad, alergias, cloasma, etc. ❖ Menor frecuencia epilepsia, infecciones parasitarias, vaginitis por candida. <p>Todos estos efectos en su mayoría se presentan en el primer o segundo ciclo de tratamiento y posteriormente en la mayoría de las usuarias desaparecen.</p>
---	--

El empleo de este anticonceptivo es contraindicado en usuarias que:

- Presentar enfermedades crónicas y diabetes, HTA, cardiopatías.
- Patologías Hepáticas-vesiculares.
- Migrañas frecuentes.
- Enfermedades circulatorias.

- Antecedente de Cáncer dependiente de esteroides.
- Durante la Lactación.
- Trastornos Mentales.
- Enfermedades Renales Crónicas.
- Otros: obesas mayores de 35 años, alcoholismo, etc.

Si la usuaria desea usar este método debe ser bajo estricta supervisión médica, mediante controles rutinarios frecuente, ya que puede presentar trastornos relacionados a la patología o agudizar y descompensar dicha patología.

Existen más de 50 fórmulas y 350 marcas comerciales aproximadamente con distintas dosis sintéticas. La Otis indica que seis anticonceptivos orales bastan para cualquier programa de planificación.

En el centro de salud se tiene disponible en la unidad de salud (4) tipos de Gestagenos orales.

- ✚ MICROGYNON
- ✚ NEOGYNON
- ✚ EUGYNON
- ✚ LOFEMENAL

2. DISPOSITIVO INTRA UTERINO (DIU).

Los DIUs se insertan en el útero (cavidad) y pueden ser inertes, de cobre o dispositivos plásticos o de metal que liberan hormonas en el organismo de la mujer y ser de diferentes formas por ejemplos: T; Y; SIETE; ESPIRAL; ANILLO; V.

Método que se conoce desde el siglo XI, con el uso de pesario de diferentes materiales. 1909 se crea el anillo y en 1962 la era de los espirales y otros.

MODO DE ACCION:

El mecanismo exacto por el cual evitan el embarazo, permanece desconocido, la teoría actualmente en Boga, el DIU induce alteraciones celulares y bioquímicas al endometrio, los responsables del efecto anticonceptivo, los DIUs no medicados a si como los con Cobre, estimulan una reacción inflamatoria o de reacción al cuerpo extraño en las paredes del útero.

Después de la inserción del DIU aparecen en el endometrio fluidos uterinos leucocitos PMN, seguido posteriormente de células gigantes de cuerpos extraños, células mononucleares, células plasmáticas y macrófagos los cuales pueden absorber y consumir a los espermatozoides o el óvulo fertilizado por un proceso de fagocitosis.

Otra teoría, los cambios originados en el endometrio por reacción inflamatoria, retarda el ciclo hormonal normal creando de este modo un endometrio inhóspito a la implantación.

Los DIU medicados además de incluir la inflamación tiene efectos locales; los que contienen cobre interfieren en sistemas enzimáticos, con el DNA celular del endometrio, con el metabolismo del glucógeno y con el estrógeno captado por la mucosa uterina, los iones de cobre son tóxicos a los espermatozoides.

Los que contienen progesterona, alteran el ciclo endometrial manteniendo los niveles de esta hormona altos, y por tanto bajos los estrógenos, quedando el endometrio en fase decidual o progestacional, en la cual es improbable la implantación del óvulo.

LAS VENTAJAS QUE PRESTAN LOS DIUs.

La eficacia es alta, no interfiere en el acto sexual, es barato, fácil de insertar, no influye en la lactancia, fácil y rápido de retirar, puede insertarse en cualquier momento del ciclo menstrual y post. Coito (Se prefiere en el sangrado menstrual), inserción post. Parto, post aborto, tiene un uso de larga duración y no tiene efecto sistémico.

DESVENTAJAS:

Aumentos en el flujo menstrual (Reglas prolongadas abundantes), sangrados y manchas entre reglas acompañadas de dolor, malestar y flujos ya sea acuoso o mucoso. Perforación uterina, enfermedad pélvica inflamatoria; expulsión del mismo o incrustación. Si se produce el embarazo hay probabilidad de que sea ectópico o inducir aborto en los primeros meses. Todas son indicación de extracción del DIU, con el inconveniente que su inserción retiro requiere personal de salud entrenado e instalaciones adecuadas.

Son necesarias medidas para prevenir o minimizar los riesgos relativos al DIU.

Contraindicándole su uso a pacientes:

- ❖ que aun no han tenido hijos.
- ❖ en mujeres con enfermedades pélvicas inflamatorias EPI.
- ❖ Embarazo o sospecha del mismo.
- ❖ Cavidad uterina deformada.
- ❖ Y como contraindicación relativa a personas con antecedentes de infecciones pélvicas agudas IPA, promiscuidad, y por ende enfermedad de Transmisión Sexual ETS, cardiopatías, cicatrices uterinas por cirugía, antecedentes de embarazo ectópico, hemorragias, desordenes de la coagulación.

3. DIAFRAGMA.

Es un método mecánico para la mujer, quizás sea el tipo más complicado de anticoncepcional, por tanto es adecuado para usuaria de educación mas elevada. Es un dispositivo con aspecto de cápsula casi hemisférica de goma rodeada de un aro metálico de resorte cubierto de goma, que se adapta estrechadamente por debajo del hueso pubico, cubre el cuello y en el fondo del saco posterior de la vagina. Su diámetro varían de 50-105 mm. (Aumentando de 5 en 5 mm.).

MECANISMO DE ACCION:

Es de barrera, al separar o interponerse entre la cerviz uterina y el pene durante el contacto sexual, evitando que los espermatozoides queden depositado directamente en el cerviz.

Debe utilizarse combinado con cremas espermaticidas que se sitúan en el centro del diafragma, se mantiene pegado al cuello directamente en el moco cervical y de debe colocar media horas antes de la relación sexual y retirarse por lo menos 6-8 horas posterior a esta. Lo mejor es formarse un método u habito de aplicación para su uso.

VENTAJAS:	DESVENTAJAS:
------------------	---------------------

<ul style="list-style-type: none"> ❖ Por su efectividad local, facilita a la mujer la total responsabilidad de decisión a evitar el embarazo, por tanto le brinda mayor sensación de seguridad. ❖ No interfiere con el coito y relaciones sexuales ocasionales. ❖ No tiene efectos secundarios comprobados. ❖ No tiene contraindicaciones absolutas. ❖ Puede ofrecer protección contra enfermedades de transmisión sexual. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Molestias pélvicas si no es del tamaño adecuado así como el riesgo del embarazo. ❖ Se necesita orientación profesional para instruir o realizar su práctica. ❖ Tienen costo económico al adquirir las jaleas o tabletas espermaticidas como uso adicional. ❖ Tiene relación con el acto sexual por lo que requiere de motivación constante. ❖ En rara ocasión (Poco frecuente) produce irritabilidad de los genitales en uno de las parejas o ambos. ❖ No es recomendable en usuarias que no les gusta tocarse sus genitales. ❖ Donde no existe agua limpia, no es posible realizar un cuidado correcto. ❖ Presentar contraindicaciones relativas: Anomalía anatómica vaginal, infección urinaria repetidas, parto atérmico en las ultimas 6 semanas, aborto reciente o sangrado vaginal por cualquier causa, inclusive la menstruación.
---	---

Otros dispositivos similares al diafragma y que comparten sus ventajas y desventajas son los CAPUCHONES.

4. PRESERVATIVOS.

Método en que se emplea una vaina latex. (Material sintético semejante al plástico) o caucho de forma cilíndrica circulares, cerradas en un extremo, como en forma de tetilla y abiertos en el otro, usualmente de un solo tamaño, con o sin lubricante. Anteriormente eran hechos con membranas o intestino de animal.

La vaina cubre el pene durante el coito, impidiendo que los espermatozoides tengan contacto alguno con la vagina.

El preservativo es el equivalente al diafragma en la mujer, se esta estudiando un preservativo para la mujer pero aun no se confirma su practica habitual.

VENTAJAS:	DESVENTAJAS:
------------------	---------------------

<ul style="list-style-type: none"> ❖ Eficaz al proteger contra el embarazo. ❖ Profiláctico contra enfermedades de transmisión sexual (ETS). ❖ Profiláctico contra infección de SIDA. ❖ Costo económico bajo, disponibilidad casi universal y fácil adquisición. ❖ Útil para relaciones sexuales fortuitas. ❖ Útiles en varones con eyaculación prematura o los que tienen dificultad de mantener la erección (Al disminuir sensibilidad y por efecto de torniquete en el miembro viril). ❖ Fácil de emplear y estimula la responsabilidad masculina sobre la anticoncepción. ❖ Profiláctico para las mujeres en prevenir el cáncer cervical. ❖ Los lubricantes pueden reducir la fricción mecánica y la irritación del pene o la vagina, principalmente en las mujeres que se humedecen poco al prepararse para el acto sexual. ❖ Pueden combinar su uso con otros métodos de planificación. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Interrumpe la actividad sexual, para la colocación del condón. ❖ En ocasiones en ambos sexos interfiere con las sensaciones que acompaña al coito. ❖ Para su disponibilidad es necesario protegerlos del calor y la humedad porque se estropean. ❖ No lo pueden utilizar si uno de la pareja es alérgico al caucho. ❖ Solo se puede utilizar uno por cada relación sexual. ❖ Puede presentarse la complicación de rotura del condón con el riesgo de embarazo.
--	---

5. METODOS QUIMICOS.

Son los que a través de sustancias matan o vuelven inactivos a los espermatozoides. Ej: Espumas, jaleas, tabletas y cremas. El fármaco utilizado suele ser el NONOXICOL-9.

El principio activo de las tabletas vaginales son el AC. Tartárico y el bicarbonato.

Las Espumas (Aerosoles), Jaleas son eficaces de inmediato, las tabletas necesitan 5-10 minutos para disolverse y lograr su efecto. Todas estas sustancias también funcionan como métodos de barreras.

VENTAJAS:	DESVENTAJAS:
------------------	---------------------

<ul style="list-style-type: none"> ❖ Fácil empleo por las usuarias. ❖ Costos económicos bajos. ❖ No se requiere ninguna instrucción. ❖ No implica riesgo a la salud de la pareja. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ La proporción de fracaso es mayor que los otros métodos. ❖ Se requiere combinarlos con otros métodos para mayor eficacia. ❖ No recomendable en pacientes que desarrollen alergias a los fármacos.
---	---

6. INYECTABLES.

En busca de mejores anticonceptivos llevo el interés a los progestágenos, preparados de hormonas sintéticas similares a las hormonas femeninas natural: Progesterona. De muchos progestágenos provados, por lo menos tres han resultado efectivos como anticonceptivos de efecto prolongado:

1. Acetato de medroxiprogesterona (Inyectable – implante). 150 MG en suspensión microcristalina, comercial DEPOPROVERA o DMPA.
2. Enantato de Noretisterona (Inyectable – implante). 200 MG en aceite, comercial: Noristerat, Norigest o Net-oen.
3. Levonorgestrel. (Implantes – S.C.) Comercial Norplant.

La diferencia entre ambos inyectables es la duración del efecto anticonceptivo. DMPA se incorpora más lentamente al torrente circulatorio que el NET-OEN y habitualmente permanece en el organismo por un periodo más largo. El NET-OEN es comúnmente indetectable en sangre alrededor de 70 días después de la aplicación de la inyección y su efecto anticonceptivo se estima que desaparece al cabo de 2-3 meses, rango de seguridad a los dos meses, mientras que la DMPA es a menudo detectable en el cuerpo hasta 9 meses después de inyectada, si bien su efecto anticonceptivo se estima desaparece a los 3-4 meses, rango de seguridad 3 meses, así DMPA tiende a inhibir la ovulación por un periodo más largo de tiempo. (DMPA= depo-provera es trimestral y la NET-OEN o Norigest es bimensual).

La eficacia de ambos medicamentos en la prevención del embarazo es en términos generales la misma en 99% si se administran con sus intervalos adecuados de frecuencia: DMPA entre cada 12 semanas, NET-OEN entre cada 8 semanas. Si se administran con menor frecuencia Ejemplo: DMPA cada 16 semanas y NET-OEN cada 12 semanas, aumenta el riesgo de embarazo.

MECANISMO DE ACCION:

De ambos inyectables es que inhiben a la hipófisis en la producción de hormonas gonadotropinas, lo que a su vez inhibe la ovulación. También ambos medicamentos afectan la producción de mucus cervical haciendo más grueso e impidiendo así la penetración de los espermatozoides.

Afectan además las trompas de Falopio y en las paredes del útero, principalmente estas últimas, transformando el endometrio a capas delgadas y atróficas, todo lo cual supone juegan un papel en reducir la fertilidad a causa del desequilibrio hormonal.

Otros preparados contienen progestágeno de acción prolongada y estrógeno de acción corta, pero requieren de administración mas frecuente: mensual.

El modo de uso requiere que la primera inyección debe aplicarse en los primeros 5 días del ciclo menstrual, lo que asegura no exista embarazo en la usuaria, o usar como lo indique las instrucciones del fabricante.

Siempre con la primera inyección usar método anticoncepcional adicional por 2 semanas. Después de la inyección y luego aplicar cada 3 meses para la DMPA y a los 2 meses para la NET-OEN.

VENTAJAS:	DESVENTAJAS:
------------------	---------------------

<ul style="list-style-type: none"> ❖ Son efectivos, convenientes, fáciles de administrar e infrecuente. ❖ Ausencia de temores frente al olvido de las necesarias. ❖ La pareja no puede interferir en su uso. ❖ Disminuyen la incidencia y severidad de enfermedades inflamatorias pélvicas. ❖ Pueden disminuir los cólicos y dolor menstrual (por atrofia indometrial y amenorreas prolongadas) útil en dismenorrea. ❖ No afectan los mecanismos de coagulación, útil en mujeres con historia de tromboembolia venosa. ❖ Puede proteger del cáncer de ovario y endometrio, se debe tener en cuenta de que “NO HAY EVIDENCIA” de que los inyectables causen cáncer “NI PRUEBA DE LO CONTRARIO” 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Irregularidad del ciclo menstrual, principalmente amenorrea. ❖ Al suspender el tratamiento puede demorarse retorno de la ovulación y la fertilidad, varios meses o hasta un año, pero no produce esterilidad. ❖ Se conoce muy poco sobre sus efectos a largo plazo. ❖ Riesgo de producir defectos de nacimiento si se utiliza en estado de gestación, principalmente a inicio de esta. ❖ Debido a los vacíos en el conocimiento sobre los efectos hay inconvenientes y contraindicaciones: <ul style="list-style-type: none"> - Depende de un suministro seguro - Sangrado genital no diagnosticado. - Cáncer de pecho o protuberancia (Masa) mamaria no diagnosticada. - Todos los cánceres genitales. - sospecha de embarazo durante la lactancia. - Aconsejable que (de ser posible) se eviten los anticonceptivos hormonales en los 2 años posteriores del comienzo de la menstruación.
--	--

6. IMPLANTES.

Son cápsulas subdermicos de liberación lenta, pero constante de una variedad de prostagenos “Levonorgestrel”, larga duración.

Los primeros implantes anticonceptivos, hechos de tubos flexibles (Silastic) que no son biodegradables (o sea que no se desintegran ante la acción de microorganismos). Desarrollados por primera vez en la década de los 60, por lo menos 10 hormonas han sido objetos de experimentos clínicos, la Levonorgestrel es la más prometedora. Se han desarrollado dos sistemas: NORPLANT y NORPLANT II.

NORPLANT: consiste de seis cápsulas Silastic, cada una conteniendo 36 mg de Levonorgestrel, que se insertan a través de una incisión de 2 mm por debajo de la piel de la parte interior del brazo no dominante o en la parte superior del mismo, en un patrón de abanico bajo anestesia local. Se limpia la piel a unos 4 cm del epicondilo, con tres aplicaciones de solución antisépticas (Ej. Povidona yodada), se crea una roncha intradérmica con un anestésico local a través de una aguja calibre 25 y con aguja calibre 18-22 y 3-8 cm de longitud se inyecta 1 ml de anestésico local (Ej. Lidocaina al 1% con adrenalina 1:4000) a lo largo de cada sitio anticipado para la colocación de la cápsula. Los extremos proximales de las capsulas se encuentran separados entre si por 15 grados (y cerca entre si lo suficiente para retirarse con solo una pequeña incisión) en un patrón entendido sobre 75-90 grados. La inserción inicia por la más medial hasta terminar con la más lateral. La incisión no requiere sutura, se cubre con un apósito compresivo durante 24 horas. La hormona es así lenta y uniformemente liberada en el organismo reteniendo su efecto anticonceptivo por lo menos durante 5 años.

NORPLANT II: consiste de 2 barritas, en vez de 6 cápsulas, cada barrita conteniendo 70 mg de Levonorgestrel, que será mas fácil de insertar y de extraer y menos visible, empleando siempre la misma técnica quirúrgica que NORPLANT, y debe ser en los primeros siete días del inicio de la menstruación.

MECANISMO DE ACCION: Tiene 3 maneras de impedir el embarazo:

1. inhibición de la ovulación.
2. Torna el moco cervical viscoso y escaso, haciéndole menos permeable a los espermatozoides.
3. El endometrio muestra signos de regresión.

VENTAJAS:	DESVENTAJAS:
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Son de larga duración, durante 5 años, y altamente efectivos como un solo tratamiento. ❖ Rápida recuperación de la fertilidad una vez que se extrae el implante. ❖ Reduce los cambios metabólicos y la mayor parte de efectos clínicos secundarios, por su nivel hormonal estable, no fluctuante como en gestagenos orales y parenterales. ❖ Al no tener estrógeno, no producen efectos relacionados con este. ❖ Son rápidamente extraíbles las cápsulas o barras. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Requiere de instalaciones adecuadas con equipo apropiado y personal capacitado para su inserción remoción y seguimiento. Es mas fácil colocarlo que retirarlo. ❖ Puede causar trastorno en el ciclo menstrual: sangrados prolongados, flujos irregulares, amenorrea. ❖ Aumento de peso, cefalea, mareos: menos frecuente nerviosismo o depresión. ❖ Infección en el área del implante (herida quirúrgica).

❖ Útil en adolescentes, espaciamentos prolongados de embarazo.	
--	--

Como otros anticonceptivos tiene su contraindicación:

- ❖ Enfermedad hepática, sangrado uterino cuya causa se desconoce, mujeres con terapias de anticoagulantes.
- ❖ En embarazo sospechado o confirmado.
- ❖ Mujeres en tratamiento con drogas: barbitúricos felituina, fenilbutazona, rifampicina, que disminuyen la eficacia por interacción con la hormona.

7. OTROS IMPLANTES:

Tienen características biodegradables, por lo que no requieren remoción, (no pueden ser retirados).

Ejemplo:

- ❖ Capronor con un efecto teórico de 18 meses.
- ❖ Esferas de noretindrona cuyo efecto es de 12 meses.

8. METODOS QUIRURGICOS.

Es esterilización en uno de ambos conyugues de forma voluntaria por medio de instrumentos quirúrgicos a través de incisión, penetración o punción de la anatomía del usuario.

8.1 ESTERILIZACION FEMENINA:

- | | |
|------------------|--|
| * Salpingotomía: | - Minilaparotomía.
- Laparotomía.
- Laparoscopia.
- Calpotomía. |
| * Histerectomía: | - Laparotomía. |
| * Legrados: | - Legrado Instrumental.
- Legrado por Aspiración. |

La esterilización femenina quirúrgica consiste en la oclusión de las trompas uterinas, evitando así que el ovulo pueda unirse con el espermatozoide el hombre, implica diferentes formas de acceso; la interrupción varia de electrocoagulación, corte y oclusión mecánica. La más difundida es la minilaparotomía.

Laparotomía: Consiste en incisión quirúrgica mas amplia a la anterior en sentido sagital.

Laparoscopia: Consiste en una pequeña incisión con posterior punción de la pared en complicaciones.

Calpotomía: (Acceso Vaginal), Actualmente no se utiliza, por su incidencia en complicaciones.

VENTAJAS:	DESVENTAJAS:
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Alta incidencia, con gran utilidad en 99% de usuarias. ❖ No interfiere con la relación sexual. ❖ No hay preocupación por más anticoncepción. ❖ Procedimiento quirúrgico sencillo y de corto tiempo de duración. ❖ Ideal en mujeres: que no desean más hijos de los que tienen y pacientes que pueden el embarazo comprometer la vida de la misma. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Dolor y molestias en el lugar de la incisión pocos días después. ❖ Deja cicatriz, aunque pequeña. ❖ Prácticamente es permanente, su reversibilidad es muy difícil y costosa. ❖ Su costo bajo aun es inaccesible a cierto grupo poblacional. ❖ Fracaso si las trompas vuelven a unirse. ❖ En raros casos la mujer queda embarazada, puede ocurrir fuera del útero, lo que requiere tratamiento urgente. ❖ Riesgo de infección en la herida o de hematomas. ❖ Riesgo de infección pelviana y hemorragia intraperitoneal. ❖ Riesgo de lesión de órganos intra abdominales en el transoperatorio. ❖ Riesgo de secuela psicológica o emotiva por haberse sometido al procedimiento quirúrgico permanente. ❖ No es ideal en mujeres: que no tienen hijos vivos. (Soltera o con cardiópata, malnutrición, obesidad excesiva).

8.2 HISTERECTOMIA

Extracción del útero por cirugía. La única propiedad del útero, aparte de albergar los productos de la concepción, consiste en servir de aliento a enfermedades.

Sin embargo, en ausencia de enfermedad uterina o pélvicas, la Histerectomía con fin de esterilización es difícil de justificar, solo debe practicarse cuando hay otra indicación para extirpar el útero.

Presenta muchas ventajas teóricas. Por desgracia la morbilidad mortalidad y costos impiden su práctica. En la Histerectomía por cesárea, las pérdidas sanguíneas casi siempre son mayores que las de una cesárea más la esterilización tubárica.

8.3 LEGRADOS

El aborto provocado es reconocido en el mundo entero como un método para controlar la población y la familia, existen países que lo utilizan como un método legal. Ej. Japón, Hungría, USA, Y otros países Europeos.

Consiste en la evacuación del producto antes de las 12 semanas ya sea por cucharillas de legra o aspiración por cavula, este ultimo menos lesivo.

Presenta una ventaja en eficacia (que es la única). Las desventajas es que toda mujer que se somete a un aborto por que no utilizó un recurso anticonceptivo, arriesga innecesariamente la vida y además, su futura capacidad reproductiva.

8.4 VASECTOMIA:

Procedimiento quirúrgico relativamente sencillo que puede realizarse con anestesia local en 5-15 minutos, consiste en cortar los conductos deferentes que llevan el espermatozoos hasta el pene, a través de diferentes técnicas.

- Insiccion quirúrgica.
- Punción en lugar de insiccion.
- Bloqueo no quirúrgico de los conductos deferentes con sustancias químicas.
- Implantación de dispositivos en los conductos deferentes para bloquee el paso del espermatozoos.

VENTAJAS:	DESVANTAJAS:
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Sencillo, seguro y eficaz para la pareja. ❖ Costo y Duración son mínimos y no tiene efectos secundarios. ❖ No interrumpe el acto sexual. ❖ El hombre sigue capacitado para realizar el acto sexual igual que antes de la vasectomía. Su aspecto 	<p style="text-align: center;">Presentan inconvenientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. No es eficaz de inmediato por lo que tiene que combinarse con otros métodos por lo menos un, dos, tres meses. 2. irreversibilidad es difícil y costosa por lo que se

<p>y deseo no cambian, mas bien pueden aumentar esto último, al perder el temor e embarazar a su pareja.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Presenta menor morbilidad y mortalidad que la esterilización de la mujer. 	<p>considera método definitivo.</p> <p>Complicaciones inmediatas o tardías.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Inmediatas: Dolor, hematoma del escroto, infección local, epidermitis. 2. Tardías: Orquitis, granuloma espermático, reanastomosis espontánea del conducto espermático.
--	--

En condiciones generales la planificación familiar por cualquier método (anteriormente mencionado) cumple su función de evitar el embarazo y proporcionando ventajas tanto a la familia como al gobierno que la implementa.

En la familia se producen los gastos futuros de vestuario, alimento, por patologías que presentaría el nuevo ser.

A la mujer se reducen los riesgos que se presentan durante el embarazo y situaciones que comprometan su vida.

Ejemplo:

- ❖ Pre-eclancia-eclancia.
- ❖ Abortos espontáneos.
- ❖ Cirugías por S.E.A., D.C.P, etc.

El gobierno reduce los gastos al tener menos demanda de estas pacientes en estado Gestantes:

- ❖ Tratamiento en hospitalización.
- ❖ Tratamiento en parto.
- ❖ Gastos en laboratorios.
- ❖ Gastos de hospitalización, tratamiento y exámenes de laboratorios al niño no menos de 3 ocasiones en el primer año de vida.
- ❖ Gastos de tratamiento, exámenes en niños con manejo ambulatorio.

MATERIAL Y METODO

Tipo de estudio:

Descriptivo y de corte Transversal.

El universo:

Lo constituyen 2129 mujeres en edad fértil atendidas en el centro Teodoro A.S. kint, El VIEJO NORTE, departamento de CHINANDEGA, durante el año 2004.

Muestra:

Se consideró una muestra de 100 mujeres en edad fértil lo que constituye un 4.69 % del universo; esta muestra se tomó de aquellas mujeres que se encontraban registradas en el centro de salud (programa materno infantil).

Métodos e instrumentos de recolección de información:

El método utilizado fue por medio de la aplicación de una encuesta, mediante entrevistas realizadas a las mujeres que llegan al centro. Para lo cual se desarrollo un cuestionario con preguntas abiertas y cerradas, con la finalidad de obtener la información requerida, dicha guía de preguntas contempla variables consideradas de acuerdo a los objetivos planteados (ver anexo).

Previo al llenado de la encuesta se explicó el objetivo de el estudio y su importancia a las mujeres que colaboraron en el mismo.

Plan de análisis:

Para analizar la información recopilada para este estudio, se utilizó el método estadístico descriptivo, realizando los cruces de las principales variables siguientes:

1. Edad vs. Estado Civil vs. Procedencia vs. Escolaridad
2. Accesibilidad vs. Medio de transporte vs. Edad.
3. Frecuencia del uso de los métodos de planificación familiar vs. Edad.
4. Edad vs. Tipo de método utiliza vs. Satisfacción vs. desuso de los métodos de anticoncepción.
5. Edad vs. Opinión de la utilización o no utilización de los métodos de planificación.

Procesamiento de la información:

Una vez obtenida la información esta se procesó por método de los palotes y los resultados se presentaron en cuadros y gráficos según el porcentaje de los casos para dar cumplimiento a los objetivos del estudio.

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

N°	Variables principales	Concepto	Indicador	Escala
1	Caracterización de las mujeres en estudio	Particularidades propias de cada mujer: edad, estado civil, escolaridad, procedencia, etc.	Número de mujeres con determinada edad, estado civil, escolaridad, procedencia.	%
2	frecuencia de uso de los métodos de planificación familiar	Es la utilización activa de cualquier método de planificación familiar	Número de mujeres que utilizan un método en particular: Inyectables 64%, Gestagenos orales 19%, esterilización quirúrgica 9%	%
3	Accesibilidad	El grado de accesibilidad que tienen las mujeres al centro de salud (TEODOR A.S KINT) por lo tanto al programa de planificación familiar.	Número de mujeres que tienen una accesibilidad: Buena 80 %, Regular 13 %, y deficiente 7 %.	%
4	Edades	Son los diferentes grupos etarios que utilizan estos métodos.	Número de mujeres de diferentes edades ya sean: adolescentes (9-19 años), (20-30 años), (31-45 años).	%

RESULTADOS

CUADRO No. 1

CARACTERÍSTICAS DE LAS MUJERES EN ESTUDIO

Edad	Cantidad de mujeres	Estado civil				Procedencia		Escolaridad			
		Soltera	Casada	Unión libre	Viuda	Urbano	Rural	Iletrada	Primaria	Secundaria	Universidad
9-19 años	17	2	1	14	0	0	17	2	13	2	0
20-30 años	66	5	19	42	0	0	66	8	40	17	1
31-45 años	17	3	7	7	0	0	17	1	7	8	1
Total	100	10	27	63	0	0	100	11	60	27	2

Fuente de datos = Entrevista realizada directamente a la paciente.

El cuadro No. 1 refleja que: las características generales de las usuarias dependientes de los diferentes grupos etareos.

CARACTERISTICAS DE LAS MUJERES EN ESTUDIO



ANALISIS DE RESULTADOS

El cuadro No. 1 refleja con la muestra de 100 mujeres en edad fértil divididas en 3 grupos etarios: 9-19 años con 17 mujeres en edad fértil (17%), 20-30 años con 66 mujeres en edad fértil (66 %) y 31-45 años con 17 mujeres en edad fértil (17 %) dentro de las cuales se obtuvo diferentes aspectos característicos, tales como: su estado civil, su escolaridad y su procedencia.

Muestra que los estados civiles de las mujeres referidas en este estudio, son: 63 mujeres (63%) están bajo UNION LIBRE con sus respectivas parejas, continuando 27 mujeres (27%) CASADAS legalmente y finalmente 10 mujeres (10%) SOLTERAS, de toda la población en estudio.

Siendo notable el hecho de que no hay ninguna mujer divorciada ni viuda en el presente estudio.

Cabe mencionar que un 100% de las mujeres que se tomaron como referencia para dicho estudio son del área rural de El Viejo Norte, Chinandega.

Es notable mencionar que el grado de escolaridad que presentan las mujeres en estudio es, 60 mujeres (60%) tienen estudios PRIMARIOS, 27 mujeres (27%) con estudios SECUNDARIOS, 11 mujeres (11%) con ningún tipo de estudio (ILETRADAS), y finalmente 2 mujeres (2%) con estudios UNIVERSITARIOS.

Siendo notable el hecho de que este aspecto puede o no ser un agente determinante en el uso o desuso de los métodos de planificación familiar ya que las 3 mujeres que no utilizan ningún método tienen estudios secundarios.

Se encontró que el estado civil de las mujeres puede influir en la decisión de planificar o no ya que en muchas veces las mujeres por miedo de sus parejas no planifican por darles gusto. Para que estos no se sientan menos hombres.

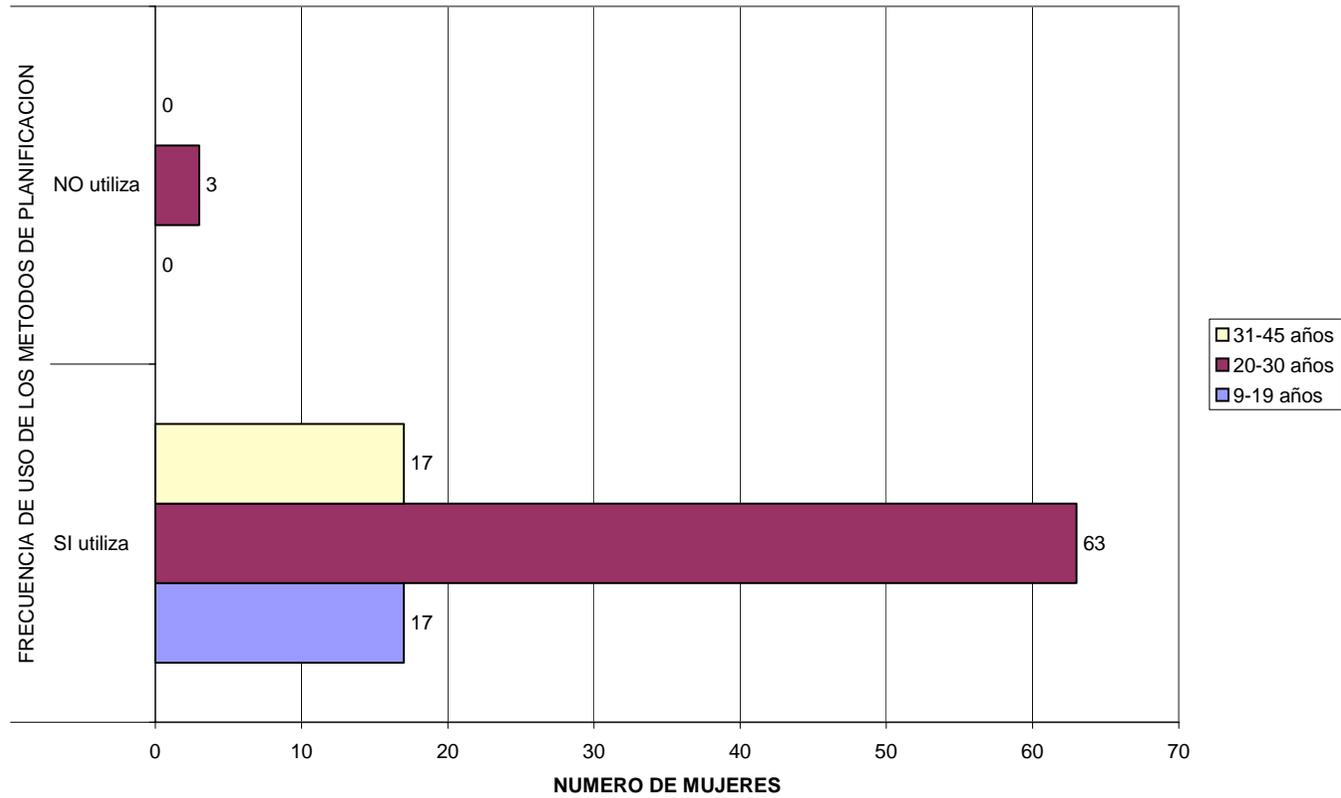
CUADRO No.2

**FRECUENCIA DE USO DE METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR EN
LOS DIFERENTES GRUPOS ETAREOS**

EDADES	FRECUENCIA DE USO DE LOS METODOS DE PLANIFICACION	
	SI utiliza	NO utiliza
9-19 años	17	0
20-30 años	63	3
31-45 años	17	0
Total	97	3

Fuente de datos = Entrevista realizada directamente a la paciente.

FRECUENCIA DE USO DE LOS METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR VS. LOS DIFERENTES GRUPOS ETAREOS.



ANALISIS DE RESULTADOS

El cuadro No 2 refleja la frecuencia de uso de las usuarias de los diferentes métodos de planificación con respecto a los diferentes grupos etareos presentes en este estudio.

Se encontró que la edad mínima de uso de algún método de anticoncepción es de la edad de 15 años, la mas alta es de 45 años y las edades de mas alta en frecuencia de uso de algún método es de 20-30 años en los que se puede decir que la edad que mas planifica es de 22 años con un 10 %.

Con respecto a lo anterior se puede mencionar que las mujeres del área rural empiezan a planificar a temprana edad demostrando así que ellas de muy corta edad están teniendo un conocimiento adecuado de los métodos de planificación familiar lo que nos permite deducir que en la población atendida por este centro de salud el programa de planificación familiar esta teniendo muy buena aceptación.

Se puede constatar que solo en el grupo etareo que abarca de 20-30 años de edad, están el grupo de mujeres en edad fértil que no planifican o que nunca han planificado.

Por lo que se considera que en el área son otros los factores que pueden influir en la decisión de estas mujeres para estar o no en el programa de planificación familiar, tomando en si la responsabilidad de planificar una familia.

Ya sea que sus maridos no se los permiten, temen no poder procrear hijos si planifican desde temprana edad, que sus creencias religiosas no se lo permiten entre otras.

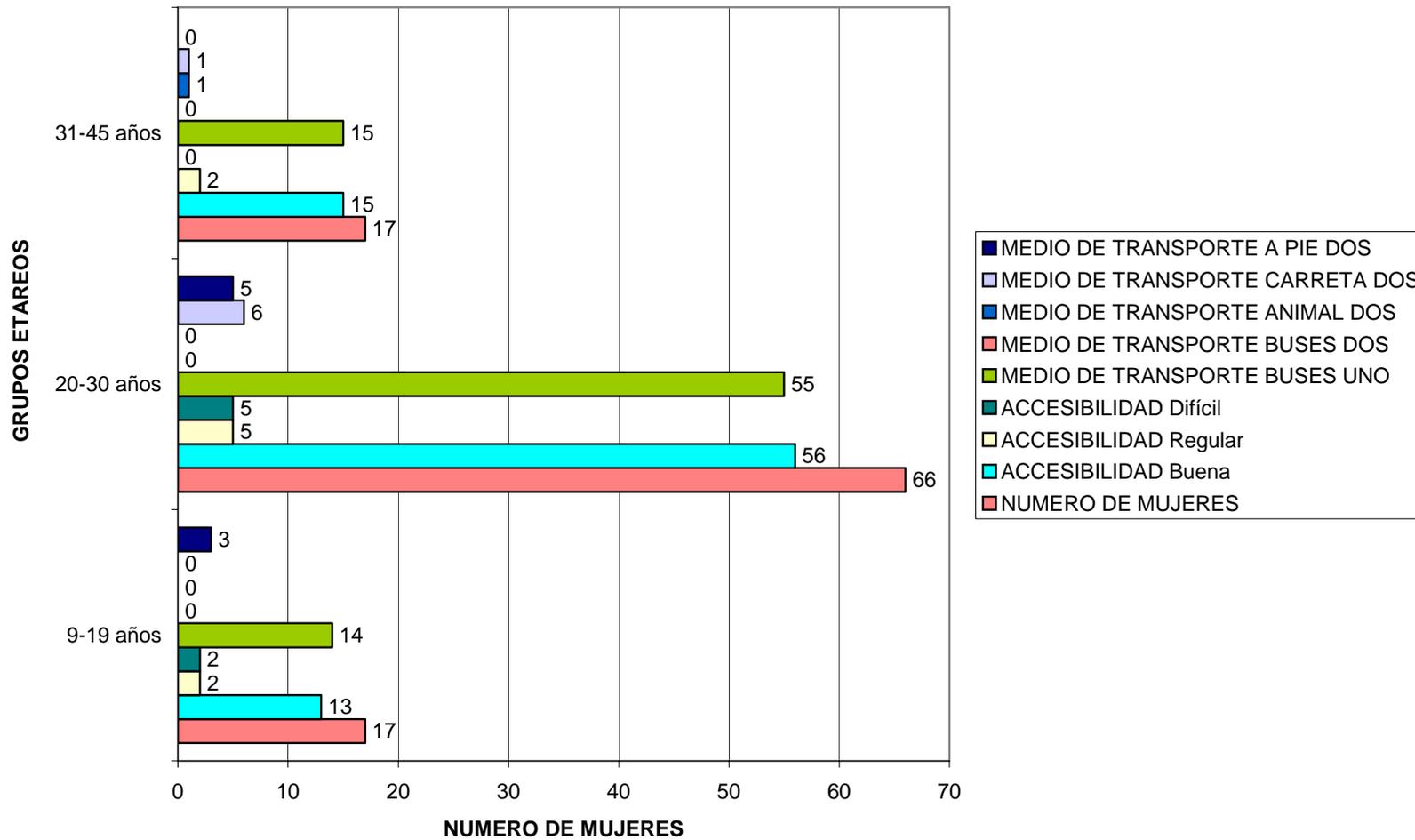
CUADRO No. 3

DIFERENTES MEDIOS DE TRANSPORTE QUE UTILIZAN LAS USUARIAS PARA TENER ACCESIBILIDAD AL CENTRO DE SALUD Y A LOS METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR

EDADES	ACCESIBILIDAD			MEDIO DE TRANSPORTE				
	Buena	Regular	Difícil	BUSES		ANIMAL	CARRETA	A PIE
				UNO	DOS			
9-19 años	13	2	2	14	0	0	0	3
20-30 años	56	5	5	55	0	0	6	5
31-45 años	15	2	0	15	0	1	1	0
Total	84	9	7	84	0	1	7	8

Fuente de datos = Entrevista realizada directamente a la paciente.

DIFERENTES MEDIOS DE TRANSPORTE QUE UTILIZAN LAS USUARIAS PARA TENER ACCESIBILIDAD AL CENTRO DE SALUD Y A LOS METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR



ANALISIS DE RESULTADOS

El cuadro No 3 refleja el grado de accesibilidad que tienen las usuarias al centro de salud Teodoro A.S Kint y por ende a los métodos de planificación familiar.

Del total de mujeres estudiadas se encuentra que 84 mujeres (84%) refirieron buena accesibilidad a los servicios de salud de las cuales todas están planificando 9 mujeres (9 %) refirieron regular accesibilidad de los servicios de salud y finalmente 7 mujeres (7%) refieren una deficiente accesibilidad a los servicios de salud.

Cabe destacar que dentro de las usuarias con buena accesibilidad al centro de salud se encuentran las 3 mujeres que no planifican.

Las usuarias refirieron diferentes medios de transportes por medio de los cuales tienen acceso al centro de salud. 84 mujeres utilizan un bus para asistir regularmente al centro de salud, continuando 8 usuarias que solo caminan para llegar al centro de salud, 7 usuarias asisten en carretas y 1 usuaria asiste en animales (caballo).

Se puede decir que lo anterior es un agente determinante para que las usuarias tengan ya sea una buena accesibilidad o no.

Ya que la accesibilidad que tienen dichas mujeres al centro de salud puede influenciar en que ellas tengan un conocimiento adecuado de para que sirven los métodos cual es su importancia a nivel social y económico tanto para ellas como para sus futuras familias. Pero según la información obtenida se pudo constatar que la accesibilidad al centro no influye mucho ya que mujeres con buena accesibilidad al centro de salud no planifican y no piensan hacerlo.

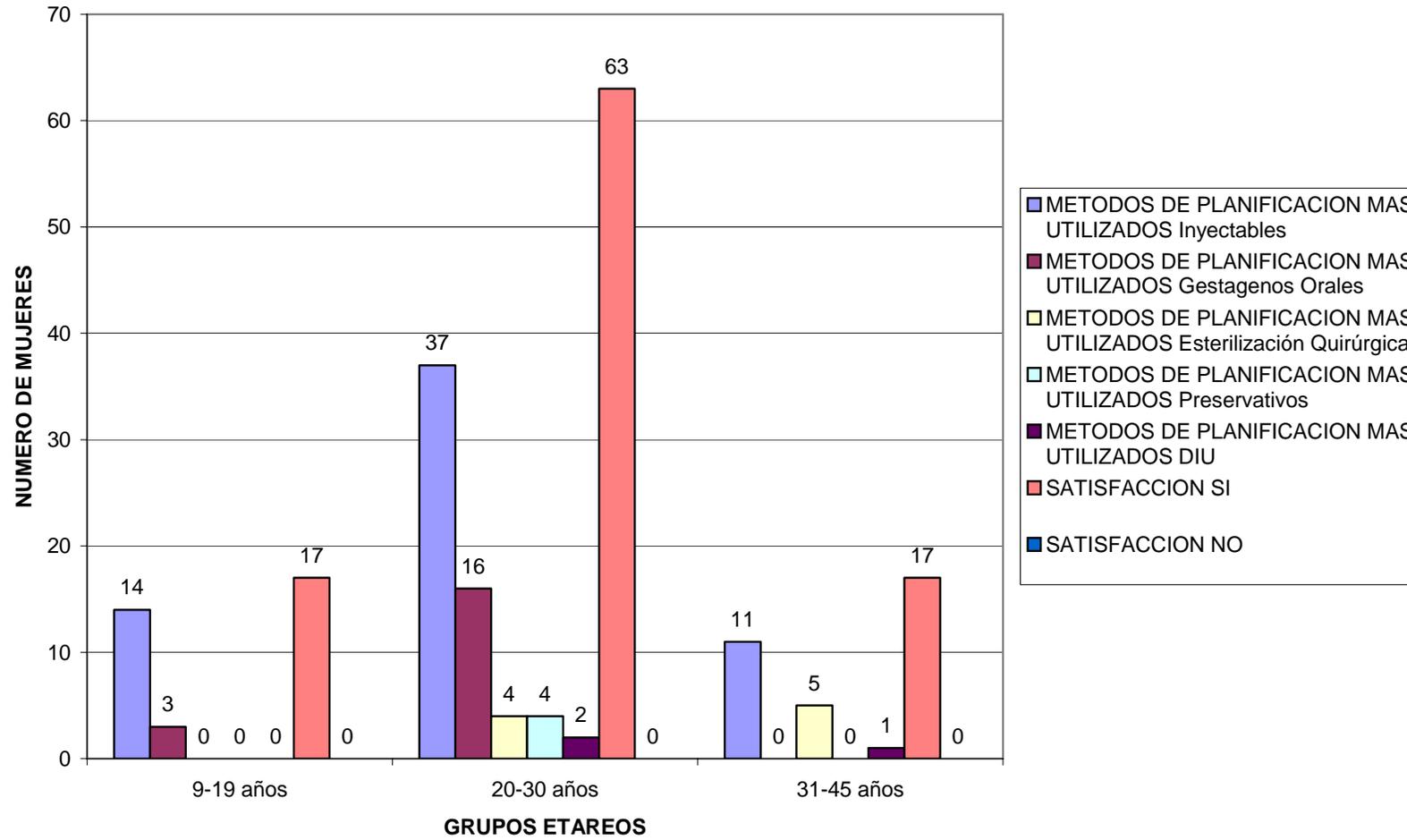
CUADRO No. 4

DETERMINACION DE LOS DE METODO DE PLANIFICACION MÁS UTILIZADOS, SATISFACCION DE LAS USUARIAS POR DICHS METODOS.

EDADES	METODOS DE PLANIFICACION MAS UTILIZADOS					SATISFACCION	
	Inyectables	Gestagenos Orales	Esterilización Quirúrgica	Preservativos	DIU	SI	NO
9-19 años	14	3	0	0	0	17	0
20-30 años	37	16	4	4	2	63	3
31-45 años	11	0	5	0	1	17	0
Total	62	19	9	4	3	97	3

Fuente de datos = Entrevista realizada directamente a la paciente.

DETERMINACION DE LOS METODOS DE ANTICONCEPCION MAS UTILIZADOS VS. GRUPOS ETAREOS.



ANALISIS DE RESULTADOS

El cuadro No. 4 muestra cuales son los métodos de anticoncepción más utilizados en los diferentes grupos etareos.

Es interesante que el 100% de las mujeres jóvenes (9-19 años) planifican encontrando que dentro de ese rango de edad, no hay ninguna joven menor de 15 años que utilice algún método de planificación familiar lo que nos da ha entender que el programa esta teniendo mucho éxito ya que en comparación al estudio realizado en el año 1996 la mas joven que utilizaba algún método de planificación era de 13 años.

En relación a los métodos que predominan en las usuarias se encontró que los métodos más utilizados son: Las INYECTABLES (62%), los GESTAGENOS ORALES (19%) y las ESTERILIZACIONES QUIRURGICAS (9%) y los otros métodos son menos frecuentes (7%).

Las inyectables son las mas utilizadas (62%), siendo estas utilizados entre mujeres de, 9-19 años (con 14 usuarias), 20-30 años (con 37 usuarias) y de 31-45 años (con 11 usuarias).

Los gestagenos son el segundo método más utilizado 19% por mujeres de 9-19 años (con 3 usuarias), 20-30 años (con 16 usuarias).

En la esterilización quirúrgica (Salpingotomia) que la edad de las usuarias varia a diferencia de los demás métodos ya que solo se encontró que lo utilizan ya mujeres mayores de edad las cuales están entre los rangos de edades de 20-30 años (con 4 usuarias), 31-45 años (con 5 usuarias).

Entre los otros métodos menos utilizados tenemos:

Preservativos son utilizados 4% por mujeres de 20-30 años (con 4 usuarias).

Los DIU son utilizados en un 3% por mujeres de 20-30 años (con 2 usuarias) y 31-45 años (con 1 usuaria).

Las 97 mujeres que utilizan algún método de planificación familiar se encuentran satisfechas del método que utilizan y planean seguir utilizándolos.

Se puede decir que el uso de los principales métodos de planificación es porque se aplican ya sea una vez al mes o diariamente y se puede ir a retirar las pastillas una vez al mes y en cuanto a las esterilización es por que se pueden realizar a una edad mayor y en algunos casos pueden durar.

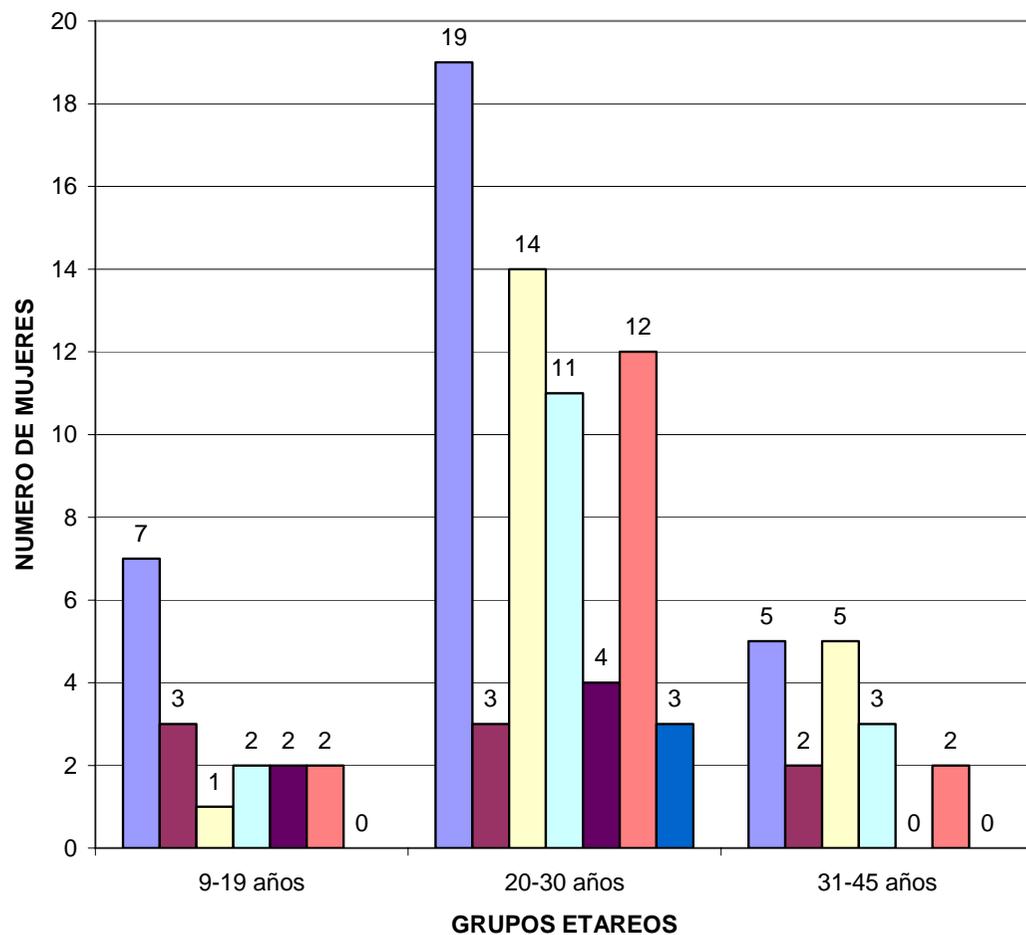
CUADRO No. 5

DETERMINACION DE LAS DIFERENTES OPINIONES DEL USO Y EL DESUSO DE LOS DIFERENTES METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR EN LOS DIFERENTES GRUPOS ETARIOS.

OPINIONES	9-19 años	20-30 años	31-45 años	TOTAL
Los métodos de planificación son buenos ya que nos ayuda para no llenarse de hijos (y dar lugar que crezcan los niños que ya se tienen).	7	19	5	31
Los métodos de planificación son buenos ya que nos ayuda a no tener hijos tan seguidos y utilizo en método que necesito.	3	3	2	8
Los métodos de planificación son buenos ya que no tenemos hijos tan seguidos, ya que tener tantos hijos, con la situación económica, no es bueno.	1	14	5	20
Los métodos de planificación son buenos porque no salimos embarazadas (Embarazos no deseados).	2	11	3	16
Los Métodos de planificación son adecuados porque nos agrada planificar.	2	4	0	6
El programa es bueno ya que nos instruyen el porque es bueno planificar cuantos hijos se desea tener y cuando es el momento apropiado para tenerlos.	2	12	2	16
No me gusta planificar ya que nunca lo he hecho, o porque nos causan molestias.	0	3	0	3
TOTAL	17	66	17	100

Fuente de datos = Entrevista realizada directamente a la paciente.

DIFERENTES OPINIONES DE PARTE DE LAS ENTREVISTADAS DEL PROGRAMA DE PLANIFICACION FAMILIAR.



- Los metodos de planificacion son buenos ya que nos ayuda para no llenarse de hijos (y dar lugar que crezcan los niños que ya se tienen)
- Los metodos de planificacion son buenos ya que nos ayudan a no tener hijos tan seguidos y utilizo el metodo que necesito.
- Los metodos de planificacion son buenos ya que no tenemos hijos tan seguido, ya que tener tantos hijos, con la situación económica, no es bueno.
- Los metodos de planificacion son buenos porque no salimos embarazadas (Embarazos no deseados).
- Los metodos de planificacion son adecuados porque nos agrada planificar.
- El programa es bueno ya que nos instruyen el porque es bueno planificar cuantos hijos se desea tener y cuando es el momento apropiado para tenerlos.
- No me gusta planificar ya que nunca lo he hecho, o porque nos causan molestias.

ANALISIS DE RESULTADOS

Cuadro No 5 muestra las diferentes opiniones de las usuarias del programa de planificación ya sea que planifiquen o no.

En relación a las opiniones referidas de las 100 mujeres encuestadas para este estudio, sobre el programa de planificación familiar surgieron 100 respuestas que expresan que estos son buenos o malos porque:

- ✓ Ayudan para no llenarse de hijos, para así dar lugar a que crezcan los hijos que ya tienen (opinando así 31 mujeres (33%)) dentro de las cuales hay 7 usuarias de 9-19 años, 19 usuarias de 20-30 años y 5 usuarias de 31-45 años.
- ✓ Ayudan a que no tengan hijos tan seguidos, utilizando el método que mas les convenga (opinando así 8 mujeres (8%)) dentro de las cuales hay 3 usuarias de 9-19 años, 3 usuarias de 20-30 años y 2 usuarias de 31-45 años.
- ✓ Ayudan a no tener tantos hijos ya que la situación económica no esta para tener tantos (opinando así 20 mujeres (20%)). dentro de las cuales hay 1 usuarias de 9-19 años, 14 usuarias de 20-30 años y 5 usuarias de 31-45 años.
- ✓ Ayudan a no tener embarazos no deseados (opinando así 16 mujeres (16%)). dentro de las cuales hay 2 usuarias de 9-19 años, 11 usuarias de 20-30 años y 3 usuarias de 31-45 años.
- ✓ Les gusta planificar (opinando así 6 mujeres (6 %)). dentro de las cuales hay 2 usuarias de 9-19 años, 4 usuarias de 20-30 años y ninguna usuaria de 31-45 años.
- ✓ Los ayuda a planificar, tomar la responsabilidad de decidir la cantidad de hijos que desean tener, con sus respectivas parejas (opinando así 16 mujeres (16 %)). dentro de las cuales hay 2 usuarias de 9-19 años, 12 usuarias de 20-30 años y 2 usuarias de 31-45 años.
- ✓ No nos agradan ya que causan muchas molestias (opinando así 3 mujeres (3%)). dentro de las cuales solo se encuentran usuarias de 20-30 años.

En estas diferentes opiniones obtenidas ya fueran buenas o malas acerca de los métodos, se pudo obtener mas puntos buenos que malos por parte de la población en este estudio por lo que se cree que la utilización de dichos métodos ira en aumento y que se obtendrá un conocimiento del programa de planificación familiar ya se por parte de los padres o personal de salud a temprana edad a ambos sexos y así obtener aun mejores resultados.

CONCLUSIONES

Después de discutir y analizar los resultados se llega a las siguientes conclusiones:

- ✓ El grado de escolaridad que mas se presenta en esta población son iletradas o con educación primaria (71%), secundaria (27%), educación superior universitaria (2%). Y el estado civil de las mujeres en estudio es de: unión libre (63%), casadas (27%), solteras (10%) y cabe señalar que todas las usuarias son del área rural.
- ✓ La frecuencia de uso de algún método de anticoncepción es favorablemente alta (97%). Según la población en estudio una gran mayoría opina que apoyan el programa, y están de acuerdo con el programa de planificación familiar. Las 2 causas referidas para no utilizar métodos de planificación familiar por las no usuarias (3 %) son: ya sea por que no quieren utilizar algún método de planificación familiar o porque le producen muchas molestias. El método predominante corresponde a las inyectables (62%) continuando gestagenos orales (19%).
- ✓ El centro de salud que cubre 100% área rural, por lo que es poco accesible para toda la población que atiende, y es significativamente alta la cantidad de mujeres que se encuentran incorporadas al programa de planificación familiar.
- ✓ Que el grupo etario que mas utiliza los métodos de planificación familiar son entre 20-30 años de edad. Que el 100% de la población adolescente (10-19 años según las normativas del sistema de salud nacional) planifican.
- ✓ Se presentaron diferentes opiniones del porque de la utilización o no de los diferentes métodos de planificación familiar siendo estas favorables y otras no:
 - Ayudan para no llenarse de hijos, para así dar lugar a que crezcan los hijos que ya tienen.
 - Ayudan a que no tengan hijos tan seguidos, utilizando el método que más les convenga.
 - Ayudan a no tener tantos hijos ya que la situación económica no esta para tener tantos.
 - Ayudan a no tener embarazos no deseados.
 - Les gusta planificar.
 - Los ayuda a planificar, tomar la responsabilidad de decidir la cantidad de hijos que desean tener, con sus respectivas parejas.
 - No nos agradan ya que causan muchas molestias.

RECOMENDACIONES

1. Continuar con las promociones educativas a través de los medios masivos de comunicación aspectos importantes sobre la planificación familiar,
2. Impartir charlas educativas en centro educacionales sobre el programa de planificación familiar, tomando en cuenta a ambos sexos mayores de 15 años, impartidos por personal de salud.
3. Informar durante las consultas médicas y dispensación de productos farmacéuticos, en todos los niveles de asistencias sobre la existencia de diferentes métodos de anticoncepción de forma breve, tanto a hombres y mujeres fértiles.
4. Que el facultativo explique a las mujeres durante el control integral los beneficios de la lactancia materna en los primeros 6 meses (de vida del niño) y que es efectiva como método de planificación natural.
5. Elaborar un expediente a cada mujer usuaria del programa, conteniendo datos importantes sobre la mujer (edad, estado civil, método que utiliza, que métodos a utilizado, etc.) para su ingreso y permanencia en el programa de planificación familiar.
6. Aumentar la distribución periódica de folletos de forma permanente que orienten a mujeres y hombres sobre la planificación familiar.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Poprepts@jhucpp.org
Criterios médicos de elegibilidad de la OMS para iniciar el uso de métodos anticonceptivos, Publicación del Population Information Program, Center for Communication Programs, The Johns Hopkins University School of Public Health, 111 Market Place, Suite 310, Baltimore, Maryland 21202, USA Volumen XXIV, Número 2 Octubre de 1996

Anticonceptivos		orales		combinados
Píldoras	sólo		de	progestágeno
Inyectables	sólo		de	progestágeno
Anticonceptivos		inyectables		combinados
Dispositivos	intrauterinos		con	cobre
Esterilización	femenina		(Oclusión	tubárica)
Vasectomía				
2. Manual de planificación Familiar para médicos, OP-CIT, pag. 7, 10, 11
3. Dr. Rodríguez Hernández Francisco
Dra. Padilla Díaz Maria Elena
Dra. Valverde Argeñal Benita Georgina
PREVALENCIA DE LOS METODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN MUJERES DE LA ZONA RURAL DE EL VIEJO, CHINANDEGA, OCT-NOV. 1996.
4. Family Care International.
Sexual and Reproductive Health Briefing Cards- Adolescent Sexual and Reproductive Health. (2000)
5. Montenegro Azucena
Dávila Carmen
Métodos Anticonceptivos de uso Continuo Y manejo de las Infecciones de Transmisión Sexual. Opciones Anticonceptivas (folleto informativo para Farmacéuticos y Personal de las Farmacias) (2005)
6. Montenegro Azucena
Dávila Carmen
Anticoncepción de Emergencia y Fármacos utilizaos en Infecciones de Transmisión Sexual, Anticoncepción de Emergencia un Recurso para Farmacéuticos, 2005.

7. www.unaids.org/worldaidsday/2002/press/epiupdate.html.
Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). AIDS Epidemic Update: December 2002. Geneva: UNAIDS (2002). (disponible en línea en www.unaids.org/worldaidsday/2002/press/epiupdate.html.) (revisado en línea en mayo, 2003).

8. WHO/UNFPA/UNICEF.
Programming for adolescent health and development. Report of a WHO/UNFPA/UNICEF Study Group on Programming for Adolescent Health Technical Report Series, No. 886. Geneva: WHO (1999).

9. <http://www.reproline.jhu.edu/>
Reproductive Health Online (ReproLine): a family planning, contraception and training website, derechos reservados por [JHPIEGO Corporation](#) 09 Jul 2003
Diafragmas, condones y condones femeninos.

10. D'Angelo Gabriela
Claros Mercedes
Diccionario de Medicina Océano Mosby
Océano, 4ta. Edición, Barcelona, España.
Pág. 492, 513, 606, 614, 617, 622, 691, 784, 898, 939, 1049, 1050.

ANEXOS

HOJA DE RECOLECCION DE INFORMACION.

DATOS GENERALES:

Edad:_____.

Nº de ficha:_____.

Escolaridad:

Primaria:_____ Secundaria:_____.

Universidad:_____.

Analfabeta:_____.

Estado Civil:

Casada:_____ Soltera:_____ Unión libre:_____.

Viuda:_____ Divorciada:_____.

Localidad de procedencia:_____

Accesibilidad a los servicios de salud:

Buena:_____ Regular:_____ Deficiente:_____.

En que tipo de transporte llega al centro de salud:

Bus_____ Caballo:_____ Carreta:_____

A pie:_____

Si su elección fue en bus conteste la siguiente pregunta:

Que cantidad de buses aborda:

Uno:_____ Dos:_____.

II- UTILIZACION DE LOS METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR:

Utiliza algún método de planificación familiar:

Si:_____ No:_____.

Método de planificación utilizado:

Gestagenos orales: _____.

÷
Preservativos: _____.

÷
Espumas o jaleas: _____.

÷
Coito Interrupto: _____.

÷
Abstinencia Sexual: _____.

÷

Inyectables:

Diafragma:

DIU:

Lactancia Materna:

Esterilización quirúrgica:

Le satisface el método que utiliza?

Si:_____.

No:_____.

(SI RESPONDIO ANTERIORMENTE QUE NO PLANIFICA)

¿Por que no usa un método de planificación?

¿Qué opina sobre el programa de planificación familiar?

GLOSARIO

A

Adenocarcinoma: (adenocarcinoma) Neoplasia perteneciente a un gran grupo de tumores epiteliales malignos que tienen su localización en glándulas. Los tumores específicos se diagnostican y denominan mediante la identificación citológico del tejido afectado y así el adenocarcinoma del cuello uterino se caracteriza por la presencia de células tumorales que recuerdan el epitelio glandular del cuello.

Amenorrea: (amenorrea) Ausencia de menstruación. Constituye un hecho fisiológico antes de la maduración sexual, durante el embarazo, tras la menopausia y durante la fase intermenstrual del ciclo hormonal mensual; pero efectuando todas estas etapas, su origen hay que buscarlo en la disfunción del hipotálamo, apófisis, ovario o útero, en la ausencia congénita o extirpación de ambos ovarios o del útero o en el hecho que la mujer reciba cierto tipo de medicamentos.

Artritis Reumatoidea: Complicación de la fiebre reumática caracterizada por inflamación generalizada de arterias y arteriolas. Las paredes vasculares se ven invadidas por fibrinas y detritus celulares que las van engrosando volviéndolas rígidas. Alrededor de los vasos puede aparecer exudado hemorrágico.

B

Benigno: (Relativo a un tumor). No canceroso y por tanto no implica una amenaza inmediata aunque en ocasiones es necesario llevar a cabo el tratamiento por razones estéticas o de salud (por la ocupación de volumen puede dañar las estructuras vecinas).

C

Cervix: Parte del útero que protrusa en la cavidad vaginal. Se divide en una porción supravaginal y otra vaginal. La porción supravaginal esta separada por delante de la vejiga por el parametrio que se inserta en el lado del cerviz que contiene las arterias uterinas. La porción vaginal se proyecta en la cavidad cervical y contiene el canal cervical y sus orificios internos y externos. La membrana mucosa que recubre el endocervix presenta numerosos repliegues oblicuos, pequeños quistes y papilas.

Cloasma: pigmentación de color canela o marrón que asienta principalmente en la frente mejillas y nariz y suele ir asociada con la gestación o el empleo de anticonceptivos orales. La hiperpigmentacion puede ser permanente o desaparecer para recidivar con embarazos posteriores o con el nuevo empleo de anticonceptivos.

Coito interrumpido: Coito en el que el pene es retirado de la vagina y el semen descargado afuera de la vagina.

E

Ectópico: (etopic) Dicese del objeto u órgano situado fuera de su lugar normal. Ej. El embarazo ectópico es el que se produce fuera del útero.

Espermatogenesis: (spermatogenesis) Proceso de desarrollo de los espermatozoides que consta de dos fases: en la primera, llamada espermatogenesis, las espermatogonias se convierten en espermatoцитos que a su vez evolucionan dando lugar a los espermátides se convierten en espermatozoides. También se llama espermiogenesis.

Estrógenos: (strogen) Sustancias perteneciente a un grupo de compuestos esteroides hormonales que favorecen el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios femeninos los estrógenos humanos son elaborados en el ovario, corteza suprarrenal, testículo y unidad fetoplacentaria. Durante el ciclo menstrual preparan el aparato genital femenino para la fertilización, la implantación y la nutrición del huevo. Ciertos preparados farmacéuticos de estrógenos se utilizan como anticonceptivos orales, como tratamiento paliativo del cáncer de mama posmenopáusico y el cáncer de próstata, para inhibir la lactancia y para tratar la amenaza de aborto, la osteoporosis y las enfermedades ováricas.

G

Ginecomastia: (gynecomastia) Aumento de tamaño anormal de una o las dos mamas en el hombre. Este trastorno suele ser temporal y benigno. Puede deberse a un desequilibrio hormonal, un tumor testicular o hipofisario, la administración de fármacos con estrógenos o compuestos esteroideos o con incapacidad del hígado de inactivar los estrógenos circulantes como sucede con la cirrosis alcohólica. Con menor frecuencia la ginecomastia puede deberse aun tumor secretor de hormona de la mama, el pulmón u otro órgano. Suele remitir espontáneamente pero si es muy marcada puede corregirse quirúrgicamente por razones estéticas o psicológicas. A veces esta indicado realizar una biopsia para descartar la presencia de un cáncer. La ginecomastia neoplásica maligna suele ser inoperable y responde en muy escasa medida a la quimioterapia.

Glucogeno: (glycogen) Polisacárido que constituye el componente mas importante de almacenamiento de carbohidratos en las células animales. Se forma a partir de la gluc9osa y se almacena fundamentalmente en el hígado y, en menor grado en las células musculares se hidroliza formando glucosa que se libera en la circulación según las necesidades del organismo.

Gonadotropina: (gonadotropin, gonadotrophin) Sustancia hormonal que estimula la función de los testículos y los ovarios. La hormona gonadotrópica

estimulante de folículos (FSH) y la luteinizante (LH) son producidas y secretadas por la hipófisis anterior. Al comienzo del embarazo la placenta produce también gonadotropinas crónicas (HCG) que actúan para mantener la función del cuerpo lúteo del ovario evitando la menstruación y manteniendo así la gestación. Las gonadotropinas se prescriben para inducir la ovulación en casos de infertilidad debida a la estimulación inadecuada del ovario por las hormonas gonadotropinas endógenas. La estimulación excesiva del ovario puede producir un gran aumento de tamaño de la glándula con maduración de numerosos folículos, embarazo múltiple, hemorragia intraabdominal y dolor.

Granuloma: (granuloma) Masa de tejido de granulación nodular producido como consecuencia de un estado inflamatorio, una lesión o una infección crónica.

H

Histerectomía:(hysterectomy) Extirpación quirúrgica del útero indicada en los tumores fibrosos uterinos, en el tratamiento de la enfermedad inflamatoria pélvica crónica, en la hiperplasia endometrial grave recivante, la hemorragia uterina y las lesiones precancerosas y cancerosas que afectan al útero.

L

Libido: (libido) Energía psíquica o impulso instintivo que se asocia al deseo sexual al placer o a la creatividad.

N

Neoplasia: (neoplasm) Crecimiento anormal de un tejido nuevo benigno o maligno

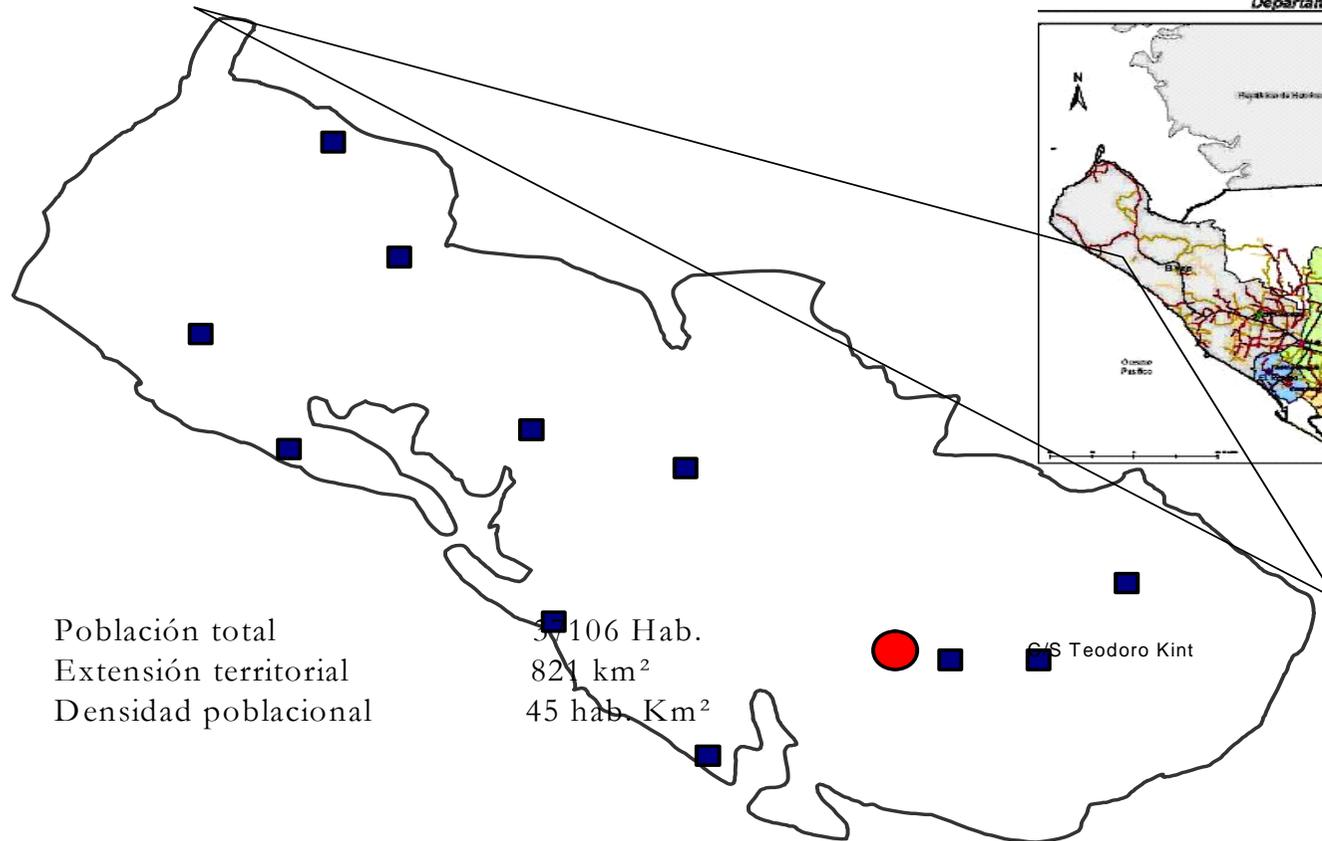
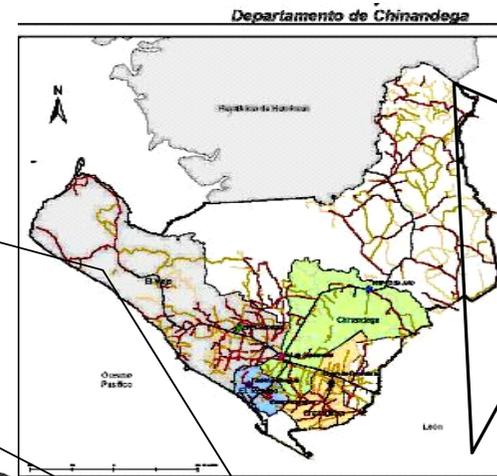
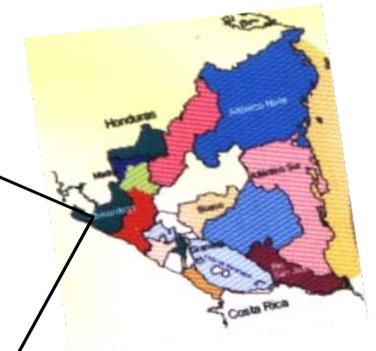
O

Orquitis:(orchitis) inflamación de uno o ambos testículos, caracterizada por tumefacción y dolor y que suele estar producida por paperas, sífilis o tuberculosis.

Profiláctico: (prophylactic) que previene de una enfermedad

Prolactina:(prolactin (PRL)) Hormona producida en la hipófisis anterior que se libera en la corriente sanguínea de esta.

EL VIEJO NORTE



Población total 31106 Hab.
Extensión territorial 821 km²
Densidad poblacional 45 hab. Km²

C/S Teodoro Kint

Centro de Salud con Camas Materno Infantil Padre Teodoro A.S. Kint.

El Viejo Norte

Evaluación Anual, 2004.

Comparativa con el 2001 - 2002 - 2003.

Atención Integral a la Mujer

Año	Cobertura en APN				% de Captación por trimestre						% de Ptes. ARO		% de mujeres con 4 ó + CPN	
	E.E.	Realiz.	Cobert. (%)	Concent.	I Trim.		II Trim.		III Trim.		No.	%	No.	%
					No.	%	No.	%	No.	%				
2001	1276	1012	79	3	486	48	385	38	141	14	2215	60	502	50
2002	1295	925	71	4	491	53	323	35	111	12	1809	50	499	54
2003	1304	873	67	3	458	52	307	35	108	12	1351	66	514	59
2004	1309	790	60	3	440	55.7	274	34.7	76	9.6	1764	74	525	66
Año	Cobert. De Citolog. Vaginal.			Cobert. Control Puerperal			Cobertura de Control de Fertilidad Humana							
	MEF	Realiz.	%	P.E.	No.	%	MEF	Realiz.	Cobert. (%)	Conc.				
2001	7914	1706	22	1150	735	64	7914	1756	22	4				
2002	8257	1604	19	1167	734	63	8257	2003	24	3				
2003	8555	1168	14	1175	710	60	8555	1848	22	4				
2004	8870	844	10	1179	471	40	8870	936	11	7				