

UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



TESIS

**“NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y EFECTOS NO DESEADOS
PERCIBIDOS POR LAS USUARIAS DE MEDROXIPROGESTERONA
ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD METROPOLITANO-MINSA
2014”**

PRESENTADO POR:

Ricardo Paolo Vargas Galdos

ASESOR:

Jhonattan Pierre Alfarez Sucso

TACNA, 2015

RESUMEN

Los anticonceptivos hormonales tipo inyectables que sólo contienen progestágeno desempeñan una función importante en la planificación familiar.

Objetivo: Determinar el nivel de conocimientos y efectos no deseados percibidos por las usuarias de medroxiprogesterona atendidas en el Centro de Salud Metropolitano-MINSA 2014.

Materiales y métodos: Estudio Retrospectivo, descriptivo y transversal, desarrollado en el Centro de Salud Metropolitano-MINSA 2014. La muestra fue de 50 usuarias del acetato de medroxiprogesterona de planificación familiar, fueron seleccionadas de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión. Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia. Los datos se recogieron a través de una encuesta estructurada aplicada por encuestadores que visitaron a las pacientes usuarias de la medroxiprogesterona. Los resultados se procesaron en el programa Microsoft Excel 2010, y luego en el programa estadístico SPSS. Para evaluar el nivel de conocimiento se les agrupó en cuatro categorías: muy buen nivel de conocimiento, buen nivel de conocimiento, regular nivel de conocimiento medio y bajo nivel de conocimiento, las cuatro categorías fueron halladas mediante la escala de estatinos.

Resultados: Las usuarias de medroxiprogesterona tiene un 36% de buen nivel de Conocimiento, un 28 % con un nivel regular de conocimiento y otro 36% con un nivel muy malo de conocimiento del mecanismo de acción del acetato de medroxiprogesterona; y en los efectos adversos no deseados percibidos por las usuarias de medroxiprogesterona encontramos que un 100% presentaron cambios menstruales, 90% aumento de peso, un 18% cefalea, un 4% refirió dolor abdominal y sangrado prolongado, finalmente un 2% presenta náuseas y vómitos.

Conclusión: Se encontró que las usuarias de medroxiprogesterona presentan un buen nivel de conocimiento sobre el mecanismo de acción del método, además los efectos adversos más frecuentes son el aumento de peso y cambios en la menstruación.

Palabras Claves: Acetato de medroxiprogesterona, conocimiento, mecanismo de acción, efectos no deseados.

ABSTRACT

The injectable hormonal contraceptive progestin-only type play an important role in family planning.

Objective: To determine the level of knowledge and unintended effects perceived by users of medroxyprogesterone treated at the Health Center Metropolitano-MINSA .2014.

Methods: Retrospective, descriptive and cross-sectional study, developed at the Center for Health Metropolitano-MINSA 2014. The sample consisted of 50 users of medroxyprogesterone acetate family planning were selected according to the criteria of inclusion and exclusion. A non-probability sampling was performed for convenience. Data were collected through a structured questionnaire administered by interviewers who visited patients users of medroxyprogesterone. The results the Microsoft Excel 2010 program were processed, and then the SPSS statistical program. To assess the level of knowledge were grouped into four categories: very good knowledge, good knowledge, fair average knowledge level and low level of knowledge, the four categories were found by estatinos scale.

Results: Medroxprogesterona users have a 36% good level of knowledge, 28% with a regular level of knowledge and another 36% with a very poor level of understanding of the mechanism of action of medroxyprogesterone acetate; and unwanted adverse effects perceived by users of medroxyprogesterone found that 100% had menstrual changes, 90% weight gain, headache 18%, 4% reported abdominal pain and prolonged bleeding finally 2% have nausea and vomiting.

Conclusion: We found that users of medroxyprogesterone have a good level of knowledge about the mechanism of action of the method, besides the most common side effects are weight gain and menstrual changes.

Keywords: medroxyprogesterone acetate, knowledge, mechanism of action, side effects.

INDICE

INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO 1	2
EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	2
1.1 Fundamentación del Problema	2
1.2 Objetivos de la Investigación	4
1.4 Justificación	5
REVISIÓN DE LA LITERATURA.....	6
2.1 Antecedentes de la investigación	6
2.2 Marco teórico.....	15
2.2.1 PLANIFICACION FAMILIAR	15
2.2.2CONTRACEPTIVOS FEMENINOS	18
CAPITULO 3.....	29
HIPÓTESIS, VARIABLES Y DEFINICIONES OPERACIONALES	29
CAPITULO 4.....	31
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	31
4.1 Diseño	31
4.2 Población y muestra.....	31
4.3 Instrumentos de Recolección de datos.(ver	33
CAPITULO 5.....	34
PROCEDIMIENTOS DE ANÁLISIS DE DATOS	34
RESULTADOS	36
TABLA N 1.....	36
TABLA N 2.....	37
TABLA N 3.....	39
DISCUSIÓN.....	41
RECOMENDACIONES.....	46
BIBLIOGRAFÍA.....	47
ANEXOS.....	50

INTRODUCCIÓN

La planificación familiar, como cualquier otro aspecto de la atención de la salud, depende de un equipo de personas aunque cada una realiza un trabajo diferente. Casi todas las personas en algún momento de sus vidas necesitarán consejo sobre planificación familiar, por ello la enseñanza cuidadosa de los métodos anticonceptivos tiene un papel muy importante en proporcionar tal consejo(1). En muchos lugares se han organizado servicios de planificación familiar asociados a la obstetricia, y ello se debe a que muchas mujeres están especialmente alertas a la necesidad de la anticoncepción para mejorar su vida reproductiva; pero se sabe que la enseñanza cuidadosa del método es más importante que el conocimiento detallado de la fisiología y anatomía(2).

Es importante tener en cuenta la participación de la pareja y existen muchas interrogantes que en cada sociedad varían en la concepción de respuesta ¿quién escoge el anticonceptivo?, ¿cómo se escoge?, ¿quién lo va a usar?, ¿cómo se va a usar?, ¿cuándo se va a usar?, ¿a quién puede afectar? o principalmente ¿cuáles son sus efectos?

Dentro de la diversidad de anticoncepción existente en nuestro medio, el uso de medroxiprogesterona en periodos de 60 y 90 días, es el de más alta demanda. La presente investigación plantea el objetivo de conocer el nivel de conocimiento, actitud y efectos adversos percibidos por las propias usuarias respecto a este método en un espacio sanitario regional que no ha medido estas características y que la revisión médica considera muy importante.

CAPITULO 1

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Fundamentación del Problema

Según informes de la Organización Mundial de la Salud (OMS) la población mundial aumenta a una tasa alarmante. Luego de tomarse 16 siglos para duplicarse de 250 millones a 500 millones de habitantes, en solo dos siglos llegó a 100 millones en 1850 para hacerlo nuevamente en un solo siglo para un total de 2 000 millones de habitantes para 1950. Para el año 1990 la población mundial alcanzó los 5 000 millones de habitantes. Esta tendencia continuará al menos otros 50 años y se espera que la población mundial para el año 2050 se encuentre cerca de los 9 322 millones de habitantes(3). El cuidado de la salud sexual y reproductiva, incluyendo la información y los servicios de planificación familiar, se reconoce no sólo como una intervención clave para mejorar la salud de las mujeres, sino también como un derecho humano.

La planificación familiar y la anticoncepción constituyen una base fundamental de la salud reproductiva dados sus potenciales beneficios sociales y de salud. Dichos beneficios incluyen desde la reducción de la pobreza y la mortalidad materna e infantil, hasta una mejora en la calidad de vida, lo que se traduce en mayores oportunidades de educación y empleo, y la inserción más igualitaria de las mujeres a la sociedad. Asimismo, la Planificación Familiar contribuye de manera importante al logro de varias Metas del Milenio(4). La notable disminución en el uso de métodos naturales como consecuencia de la falta de eficacia de los mismos, ha llevado a las pacientes a la búsqueda de nuevas alternativas para una planificación familiar eficaz.

Hasta el presente la anticoncepción en todas las edades y específicamente en la adolescencia, se ha enfrentado generalmente como un problema de la mujer, son pocos los artículos que abordan esta problemática y lo hacen sólo desde la óptica de los servicios médicos. Las usuarias de planificación familiar reconocen que la vía más común por la cual reciben información es a través de los amigos en el 31,7 %; les siguen los padres con el 27,5 % y en tercer lugar por sus parejas con el 14,7 % (5); el menor porcentaje es a través de los libros y el médico de familia. Entre estos conceptos, algunas publicaciones refieren que las razones para no usar los métodos anticonceptivos es la opinión de que afectan las sensaciones durante el acto sexual, con un 35 %, y en segundo lugar está el criterio de que la anticoncepción no es responsabilidad masculina, con el 26,2 %, y en tercer lugar las dificultades para adquirir en determinadas circunstancias estos anticonceptivos (6).

En el Perú a pesar del incremento porcentual del uso de métodos anticonceptivos, el 23,8% de los segmentos de uso de anticoncepción terminan debido a los efectos secundarios, la discontinuación de uso por este motivo ocurrió principalmente cuando la mujer estaba utilizando inyecciones (54,7%) y DIU y píldora (ambos con 42,8%) (7). Un buen número de estudios han demostrado que los proveedores de la salud, aunque sea con buena intención, suelen dar información incompleta durante las sesiones de asesoramiento. Así mismo, muchas mujeres estaban poco dispuestas a hacer preguntas cuando no entendían lo que el proveedor les decía. "Me gustaría hacer preguntas, pero los profesionales de la salud siempre están con prisa; además, hay mucha gente y me avergüenza hacer preguntas y hablar de mi situación en voz alta" (8). En el Perú, según el ENDES Continua 2009, entre las mujeres unidas, la inyección continúa siendo el método más utilizado (18,1%) incrementándose en un 3,3%

respecto al registrado anterior. Según el MINSA 2012, 681.526 parejas están protegidas por la inyección, esto representa el 55.48%(9).

La percepción de la usuaria así como su conocimiento y actitudes son importantes; así como también la influencia que ella reciba de su entorno tanto de amigos, familiares, y sobre todo de su pareja; todo esto en conjunto tiene mucha relación con la forma en que ella asuma la anticoncepción, acepte y tolere el método y sus efectos secundarios, trabajar en ello por parte del personal de salud podría ayudar en mucho a reducir los inconvenientes que surgen con frecuencia.

1.2 Objetivos de la Investigación

a. Objetivo General

Determinar el nivel de conocimientos y efectos no deseados percibidos por las usuarias de medroxiprogesterona atendidas en el Centro de Salud Metropolitano.2014

b. Objetivos específicos

b.1 Determinar el nivel de conocimientos sobre el mecanismo de acción de la medroxiprogesterona en usuarias atendidas en el Centro de Salud Metropolitano.2014.

b.2 Identificar los principales efectos adversos no deseados percibidos por las usuarias de medroxiprogesterona atendidas en el Centro de Salud Metropolitano.2014

1.4 Justificación

Durante las últimas décadas hemos sido testigos de los avances científicos en materia de anticoncepción. La industria farmacéutica ha creado diversidad de métodos para que las parejas puedan decidir libre y responsablemente la cantidad de descendientes que desean tener, así como el período intergenésico y la creación de una planificación familiar efectiva que les permita elegir el momento adecuado para el nacimiento de sus hijos. Son muchas las mujeres que desean quedar embarazadas, y se estima que cada año unos 123 millones lo logran. Pero a esta cifra hay que sumar un elevado número de mujeres, alrededor de 87 millones que quedan embarazadas involuntariamente, a pesar de los notables avances tecnológicos en el área de la anticoncepción. Además se suma la problemática de escaso conocimiento de los efectos no deseados de algunos métodos conjugado con una baja actitud del sistema sanitario de educar positivamente en todo los aspectos respecto a este tema.

El uso de medroxiprogesterona es un método muy aceptado por muchas mujeres, pero se desconoce realmente cuanto saben de ello, sus reacciones adversas si las presentaron o saben cuáles son. No se ha hecho un estudio sobre este tema desde la perspectiva de la usuaria y cómo es que ella percibe los cambios que podría presentar al escoger este método de planificación familiar.

El presente estudio pretende explorar esa percepción de uno de los métodos más demandados y que no ha tenido por parte del sistema una exploración de su real capacidad de aceptación y comodidad por parte de la usuaria. Por todo lo expuesto, este estudio propone determinar que los conocimientos adecuados y actitudes positivas estarían asociados una mejor aceptación de los efectos secundarios del método.

CAPITULO 2

REVISIÓN DE LA LITERATURA

2.1 Antecedentes de la investigación

La Universidad Peruana Cayetano Heredia y su Instituto de Estudios de Población presentan el informe final del Seminario sobre Anticonceptivos Inyectables. Los objetivos del Seminario fueron: revisar la información disponible sobre anticonceptivos inyectables; especialmente los resultados de las investigaciones auspiciadas por la Organización Mundial de la Salud sobre el inyectable anticonceptivo trimestral depoprovera y el nuevo inyectable mensual cyclofem; y, proponer conclusiones y recomendaciones sobre la incorporación de anticonceptivos inyectables en los programas públicos de planificación familiar. Señala que hay pleno consenso sobre la necesidad de incorporar los anticonceptivos inyectables a los que utiliza el Programa Nacional de Planificación Familiar: por sus características de alta eficacia y seguridad, así como por su fácil administración, los inyectables serían particularmente útiles en los programas orientados a la población rural y urbano marginal(10).

Leal(11) en su trabajo la evaluación de 426 (2.19%) madres asistentes a la Consulta de Pediatría del Hospital "Pérez de León", escogidas mediante el método de azar simple, durante el período Febrero-Abril 2008, con el objeto de determinar su conocimiento acerca de la planificación Familiar, métodos anticonceptivos y la información que poseen acerca de su evaluación ginecológica. Los anticonceptivos orales constituyen el método más empleado (33.3%), además de ser el más conocido (65.9). El 55.8% tuvieron su primer hijo entre 15 y 19 años. En lo referente al grado de instrucción, el 42% cursó estudios de primaria, mientras que un

3.9% es analfabeta, por lo que se considera que el índice educativo de las encuestas influyó en la aceptación de los métodos anticonceptivos y en su eficacia, evidenciándose que el 30.2% de las encuestadas no utilizan ningún método anticonceptivo, mientras que el 34.9% tienen más de tres hijos. El 41.3% de las encuestadas asistió hace más de un año a la consulta especializada de ginecología, reportándose que el 18.7% no se han practicado la citología vaginal. Recomendamos hacer énfasis en los programas de educación sexual, específicamente sobre planificación familiar en las adolescentes. Insistir en que la planificación familiar más que un derecho es un deber. El pediatra debe capacitarse para orientar a las adolescentes acerca de los métodos anticonceptivos y de la importancia de las evaluaciones ginecológicas periódicas.

López (12) en su trabajo observa la discordancia entre conocimiento y uso de métodos anticonceptivos, evaluaron con diferencia de una década distintos parámetros relacionados a este tema. La implementación de métodos anticonceptivos no se logra solamente dando información y proveyendo anticonceptivos. Se deberá brindar una correcta educación sobre sexualidad teniendo en cuenta la conflictiva propia de la esta edad que surge de la asincronía madurativa bio-psico-social. Existen ciertas dificultades frecuentes de observar: * Distorsión de la información. * Mensajes contradictorios del mundo adulto. * Mito de ser esteral o actitud omnipotente que la lleva a pensar "que ella no se va a embarazar". * Dificultad propia del adolescente para asumir la responsabilidad que significa aceptar y usar un método anticonceptivo. * Dificultad del médico en el manejo de la anticoncepción relacionada con sus propios prejuicios y ansiedades sobre el tema. Sus observaciones apuntan a que: 1- La edad de inicio de relaciones sexuales se mantuvo en la misma edad promedio. 2- Existe actualmente un mayor conocimiento de los distintos métodos anticonceptivos no obstante lo cual la utilización de ellos sigue siendo igual que hace

diez años, ratificando el concepto que "el conocimiento de un método anticonceptivo no implica capacidad de utilización".

Fernández(13) en su estudio determinar la frecuencia de uso de los distintos métodos anticonceptivos disponibles en la actualidad, durante el período enero 2002 - diciembre 2006. Estudio retrospectivo, descriptivo de corte transversal, en el cual se revisaron 5 140 historias de usuarias que acudieron en busca de datos sobre el uso de métodos anticonceptivos. Servicio de Planificación Familiar del Hospital "Materno Infantil del Este". Caracas. 39,12 por ciento utiliza anticoncepción hormonal oral (AO); 20,89 por ciento esterilización quirúrgica, 20,56 por ciento dispositivos intrauterinos (DIU); y el 16,83 por ciento anticoncepción hormonal parenteral (AHP). El resto estaba representado por 1,19 por ciento métodos de barrera (condón masculino), 1,03 por ciento subdérmico y 0,37 por ciento transdérmico. Entre la AO el 66,92 por ciento utilizaba píldoras monofásicas, 23,13 por ciento minipíldora y 9,95 por ciento trifásicas. De los dispositivos intrauterinos el 90,05 por ciento eran medicados (cobre) y el 9,95 por ciento inertes. Finalmente en cuanto a la AHP el 95,95 por ciento fue combinada y el 4,05 por ciento sólo acetato de medroxiprogesterona. La primera opción preferida por las usuarias fue la AO seguida por la esterilización quirúrgica y los DIU. La AHP se ubicó en el cuarto lugar. El resto de las opciones representaban menos del 3 por ciento. Es importante destacar que la participación libre e informada de la usuaria en la elección del método anticonceptivo es un pilar fundamental tanto en la efectividad del mismo como en la disminución del abandono.

Madiedo(5) realiza un estudio prospectivo y longitudinal con el objetivo de determinar el grado de conocimiento, utilización y

responsabilidad sexual ante la anticoncepción de adolescentes varones en nuestro medio. Se aplicó el método porcentual a las variables y para este fin se confeccionó una encuesta que fue aplicada de forma anónima y voluntaria a 400 varones de la enseñanza media, en el mes de mayo de 1999 en el municipio de Guane; las edades extremas de la muestra fueron los 13 y 18 años. Se encontró un elevado porcentaje de jóvenes con conocimientos sobre los métodos anticonceptivos, lo cual pone de manifiesto una disociación entre el conocimiento y la utilización de los métodos anticonceptivos del adolescente varón. La principal vía de conocimiento sobre los métodos está inculcada a la supuesta disminución de las sensaciones durante el coito que provoca el uso del condón; por último, se encuentra una tendencia machista respecto a la responsabilidad sexual del adolescente varón, lo que está dado por el no conocimiento de su responsabilidad ante la anticoncepción, así como el criterio de sentirse con el derecho de exigir a su pareja una relación segura.

Somogyi(14) realizó un estudio descriptivo y transversal. Se revisaron 1966 historias de pacientes. La muestra la integraron 1 000 pacientes, 500 que asistieron por primera vez a la consulta (grupo A) y 500 del (grupo B), de los cuales se incluyeron solo las pacientes que utilizaban algún método anticonceptivo, ya fuese natural, artificial, reversible o irreversible. Se incluyeron en el estudio las siguientes variables socio-epidemiológicas: edad, gestaciones, paridad, cesáreas, abortos, embarazos ectópicos y los diferentes métodos anticonceptivos utilizados, naturales (ritmo, coito interrumpido, método de Billings), anticonceptivos orales, de emergencia, **inyectados**, el parche, implantes, anillos, así como los irreversibles (esterilización y vasectomía). Refiere que Predominaron los anticonceptivos orales en ambos grupos con 29,6 % (grupo A) y 31,4 % (grupo B). Los de mayor uso fueron levonorgestrel+etinilestradiol (25,9 %) y

drospirenona+etinilestradiol (24,7 %) respectivamente. En el grupo A los anticonceptivos inyectables fueron mayormente acetato de medroxiprogesterona (66,7 %), y en el grupo B sólo noretindrona+valerianato de estradiol (100 %). El uso de implantes no superó el 1% en ambos grupos. En el grupo B 8,4 % usaban métodos naturales en contraposición a 23,4 % utilizados en el A. El grupo A usó preservativos en 17,8 % comparado con el grupo B 24,4 %. La esterilización en la cesárea es el método irreversible más frecuente (grupo A 56,9 % y grupo B 67,5 %). No hubo esterilización por laparoscopia en el grupo A, pero sí en el grupo B (10,3 %). En solo una década, se aprecian diferencias significativas en los métodos anticonceptivos que utilizan las mujeres. Los métodos anticonceptivos más utilizados siguen siendo los de administración los hormonales aunque su composición y dosis han sufrido variaciones. El empleo de preservativos ha aumentado. El uso de los métodos naturales ha disminuido. Aparecieron nuevos métodos como los de emergencia, parches y anillos vaginales. La laparoscopia se ha popularizado como método de esterilización.

Stang(15) refiere en su estudio en USA, a fin de ampliar los servicios de planificación familiar fuera del ámbito clínico tradicional, los programas de salud reproductiva han empleado un sistema de servicios de planificación familiar de base comunitaria (SBC) que identifica a las mujeres que pueden empezar a utilizar de forma inocua métodos hormonales de anticoncepción (concretamente anticonceptivos orales e inyectables). Uno de los instrumentos más importantes empleados en esos servicios es la lista de comprobación. Estas listas consisten por lo general en preguntas de disyuntiva «sí/no» que permiten identificar determinadas situaciones y afecciones (como el amamantamiento o los antecedentes de ictus) que obligan a considerar contraindicados para las usuarias determinados tratamientos anticonceptivos hormonales si no van precedidos de una

evaluación por parte de un dispensador de atención médica. Su uso es especialmente aconsejable en zonas remotas o en lugares en donde no se dispone de dispensadores de atención con formación médica. Sin embargo, pueden surgir problemas cuando se usan listas de comprobación basadas en criterios de selección obsoletos o imprecisos, que no reflejan los últimos conocimientos sobre la inocuidad de los métodos. Por ejemplo, un trabajador del SBC puede negar a una mujer apta el anticonceptivo de su elección o, a la inversa, la usuaria puede recibir un método anticonceptivo peligroso desde el punto de vista médico. Para afrontar ese problema, se han elaborado nuevas listas de comprobación al objeto de evaluar la pertinencia del uso de los anticonceptivos orales combinados (AOC) y del inyectable de acetato de medroxiprogesterona de liberación retardada (DMPA) en los programas de SBC. Dichas listas están basadas en un sistema de requisitos descrito en un documento de 1996 de la OMS titulado *Improving access to quality care in family planning: medical eligibility criteria for contraceptive use*. En él se describen con detalle los requisitos que para el uso de métodos anticonceptivos establecieron, tras un exhaustivo proceso de revisión y consenso, diversos expertos internacionales. Como parte del proceso de desarrollo de listas de comprobación, Family Health International (FHI) reunió las listas empleadas por los SBC en 33 programas de planificación familiar de África, Asia y América Latina. Las listas fueron traducidas, revisadas y evaluadas en lo tocante a su adecuación a las directrices de la OMS. Se elaboró un conjunto de listas de comprobación preliminares para el uso de AOC y DMPA, relacionándolas con cada una de las enfermedades clasificadas en las categorías 3 y 4 de la OMS, a fin de identificar a las mujeres que no pudiesen comenzar esos tratamientos a través de un dispensador de asistencia de los SBC. Se llevó a cabo una amplia revisión de las listas de comprobación mediante un proceso en tres niveles. Las listas se sometieron a pruebas de campo entre

trabajadores y usuarias de SBC de cinco sitios internacionales. Los resultados de las pruebas indicaron que era necesario distribuir junto con las listas una guía de una página para aclarar el propósito de éstas y el sentido de cada una de las preguntas incluidas. A lo largo del proyecto quedó demostrada la utilidad de un enfoque de varios niveles para la elaboración de directrices y material de atención sanitaria, como son las listas de comprobación de los SBC. Ese enfoque proporcionó una valiosa información sobre la necesidad de un proceso participativo y creador de consenso que implicara a los dispensadores de atención y a los instructores. La colaboración de expertos de diversos ámbitos, como la Administración, la universidad y organizaciones de investigación, muchos de los cuales tenían una amplia experiencia sobre el terreno, enriqueció el proceso con distintas perspectivas que aumentaron la credibilidad del producto final. Mediante un debate cara a cara, esos expertos consensuaron cada uno de los detalles de las listas de comprobación. Sin embargo, el paso final de las pruebas de campo fue quizá uno de los más decisivos para conseguir por fin documentos que pudieran utilizarse eficaz y correctamente. Esperamos que esos instrumentos y el método empleado para desarrollarlos puedan aprovecharse para suministrar anticonceptivos de manera inocua a poblaciones subatendidas a través de los programas de SBC en todo el mundo. En último término, el objetivo de elaborar, perfeccionar, probar y distribuir esas listas consiste en capacitar a los dispensadores locales de atención para ofrecer los mejores servicios posibles al máximo número de mujeres en las zonas subatendidas. Esperamos que esas listas puedan ser integradas en los programas de SBC en todo el mundo y aumenten la calidad de los servicios y la asistencia, así como el acceso de las mujeres a los anticonceptivos.

Sekler(16) al realizar un estudio del uso de la medroxiprogesterona encontró que al comparar el estado civil, grado de instrucción, oficio, edad de primeras relaciones sexuales, número de parejas sexuales, uso previo de anticonceptivos, número de embarazos y motivo de ingreso a la institución, con el número de dosis cumplidas no se encontró significancia estadística. Es interesante mencionar que las cuatro pacientes que no habían abandonado los estudios completaron las 4 dosis del anticonceptivo. El patrón de sangrado menstrual para el momento de la última evaluación, fue distinto a su patrón previo en 59 casos (81,94%). En el Cuadro 2 se discriminan los patrones de sangrado menstrual después de por lo menos dos dosis de AMPD. Al comparar el tipo de patrón de sangrado con el número de dosis cumplidas mediante análisis de varianza de una vía de Kruskal-Wallis no hubo significación estadística ($p= 0,589$) e igualmente, no la hubo, al comparar patrón normal de sangrado con patrones anormales agrupados utilizando Chi cuadrado corregido con Yates ($p= 0,220$). Treinta y ocho pacientes (52,77%), disminuyeron de peso, 27 (37,5%) aumentaron y en 7 (9,7%) no hubo variación. Al comparar el número de pacientes que aumentaron de peso, las que disminuyeron o se mantuvieron sin cambio, con el número de dosis cumplidas, utilizando Chi cuadrado corregido con Yates, no hubo significación estadística ($p= 0,330$). El promedio de disminución de peso fue de 4,368 kg y el aumento de 2,740 kg. En 22 casos (81,48%) de las 27 que aumentaron de peso, el aumento fue menor de 3 kg. Una de las pacientes que completó el estudio aumentó 23 kg, mucho más que el resto del grupo. De las 72 pacientes que cumplieron más de una dosis, 36 llegaron a la meta de 4 dosis (50%). De estas, 10 (27,77) suspendieron el método por cambios en el patrón menstrual: 5 por manchado, 3 por sangrado irregular y 2 por amenorrea. Una paciente suspendió el método por aumento de peso. Veinticinco pacientes abandonaron el control por lo que la causa de suspensión, si la hubo, no se conoció. Ninguna de las

pacientes reportó cefalea, disminución de libido, cambios de ánimo o cualquier otro efecto secundario. No hubo embarazos durante el período de seguimiento.

Gil J. Fabiola(17), realizó una investigación titulada: Conocimientos, actitudes y aceptación de los efectos secundarios del acetato de medroxiprogesterona en usuarias de un servicio de planificación familiar de Lima, desarrollado en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza. El objetivo de esta investigación fue determinar la asociación que existe entre los conocimientos, actitudes y la aceptación a efectos secundarios en usuarias del acetato de medroxiprogesterona como método anticonceptivo, el método de estudio fue observacional transversal desarrollado en el Servicio de Planificación Familiar del hospital. Los resultados obtenidos muestran que en su mayoría las usuarias tienen conocimientos adecuados sobre los efectos secundarios, signos de alarma y forma de uso, no siendo así como el mecanismo de acción. La amenorrea y el sangrado en goteo son los efectos secundarios menos aceptados por las usuarias. Se encontró correlación positiva entre las actitudes de la usuaria hacia el método y la aceptación a sus efectos secundarios, y que no existe correlación entre los conocimientos de la usuaria sobre el método y la aceptación a efectos secundarios. Se concluyó que, las usuarias que tienen una actitud positiva al Acetato de medroxiprogesterona como anticonceptivo tienen una mejor aceptación a sus efectos secundarios. No se encontró evidencia de asociación en este estudio entre los conocimientos y la aceptación a los efectos secundario.

Condori (18), realizaron en el año 2005 una investigación titulada: Conocimiento y actitud que tienen las puérperas sobre el acetato de medroxiprogesterona y su aceptación como método

anticonceptivo. La presente investigación tuvo como objetivo determinar el conocimiento y actitudes que tienen las puérperas hacia el acetato de medroxiprogesterona. Pudiendo concluir que, con un nivel de confianza del 95% no existe asociación entre el conocimiento y actitud de la puérpera.

López (20) realizaron una revisión sobre Anticonceptivos con progesterona sola: efectos sobre el peso. La presente tiene como objetivo primario de la revisión fue evaluar la asociación entre el uso del anticonceptivo con progesterona sola y las variaciones en el peso corporal. Se concluyó que, se encontraron pocas pruebas de aumento de peso cuando se utilizaron APS. El aumento de peso medio fue menor de 2 kg para la mayoría de los estudios hasta los 12 meses y generalmente similar en el grupo de comparación que utilizó otro anticonceptivo. El asesoramiento apropiado acerca del aumento de peso típico puede ayudar a reducir la interrupción de los anticonceptivos debido a las percepciones por el aumento de peso.

2.2 Marco teórico

2.2.1 PLANIFICACION FAMILIAR

La planificación familiar permite a las personas tener el número de hijos que desean y determinar el intervalo entre embarazos. Se logra mediante la aplicación de métodos anticonceptivos y el tratamiento de la esterilidad.

La promoción de la planificación familiar y el acceso a los métodos anticonceptivos preferidos para las mujeres y las parejas resulta esencial para lograr el bienestar y la autonomía de las mujeres y, al mismo tiempo, apoyar la salud y el desarrollo de las comunidades.

La capacidad de la mujer para decidir si quiere embarazarse y en qué momento tiene una repercusión directa en su salud y bienestar. La planificación familiar permite espaciar los embarazos y puede

posponerlos en las jóvenes que tienen mayor riesgo de morir por causa de la procreación prematura, lo cual disminuye la mortalidad materna.

También puede evitar el embarazo de las mujeres de edad, que tienen mayores riesgos. Permite además que las mujeres decidan el número de hijos que desean tener. Se ha comprobado que las mujeres que tienen más de cuatro hijos se enfrentan con un riesgo mayor de muerte materna.

Al reducir la tasa de embarazos no deseados, la planificación familiar también disminuye la necesidad de efectuar abortos peligrosos.

La planificación familiar puede evitar los embarazos muy cercanos entre sí y en un momento inoportuno, que contribuyen a causar algunas de las tasas de mortalidad de menores de un año más elevadas del mundo. Las criaturas cuya madre muere a causa del parto también tienen un riesgo mayor de morir o enfermar.

La planificación familiar disminuye el riesgo de que las mujeres infectadas por el VIH se embaracen sin desearlo, lo que da como resultado una disminución del número de criaturas infectadas y huérfanas. Además, los condones masculinos y femeninos brindan una protección doble: contra el embarazo no deseado y contra las infecciones de transmisión sexual, en especial la causada por el VIH. La planificación familiar permite que las personas tomen decisiones bien fundamentadas con relación a su salud sexual y reproductiva. Brinda además la oportunidad de que las mujeres mejoren su educación y puedan participar más en la vida pública, en especial bajo la forma de empleo remunerado en empresas que no sean de carácter familiar. Tener una familia pequeña propicia que los padres dediquen más tiempo a cada hijo. Los niños que tienen pocos hermanos tienden a permanecer más años en la escuela que los que tienen muchos.

Las adolescentes que se embarazan tienen más probabilidades de dar a luz un niño de pretérmino o con peso bajo al nacer. Los hijos de las adolescentes presentan tasas más elevadas de

mortalidad neonatal. Muchas adolescentes que se embarazan tienen que dejar la escuela, lo cual tiene consecuencias a largo plazo para ellas personalmente, para sus familias y para la comunidad.

La planificación familiar es la clave para aminorar el crecimiento insostenible de la población y los efectos negativos que este acarrea sobre la economía, el medio ambiente y los esfuerzos nacionales y regionales por alcanzar el desarrollo.

Se calcula que en los países en desarrollo unos 222 millones de mujeres desean posponer o detener la procreación pero no utilizan ningún método anticonceptivo. Los motivos son los siguientes: poca variedad de métodos; acceso limitado a la anticoncepción, particularmente por parte de los jóvenes, los segmentos más pobres de la población o los solteros; temor a los efectos colaterales, que a veces se han sufrido con anterioridad; oposición por razones culturales o religiosas; servicios de mala calidad; barreras de género.

La necesidad insatisfecha de anticoncepción sigue siendo alta. Esta falta de equidad está impulsada por un aumento de la población y una escasez de servicios de planificación familiar. En África, el 53% de las mujeres en edad fecunda tienen una necesidad insatisfecha de anticonceptivos modernos. En Asia y América Latina y el Caribe regiones donde la prevalencia del uso de anticonceptivos es relativamente alta, las necesidades insatisfechas representan un 21% y un 22%, respectivamente.

El uso de anticonceptivos ha aumentado en muchas partes del mundo, especialmente en Asia y América Latina, pero sigue siendo bajo en al África subsahariana. A escala mundial, el uso de anticonceptivos modernos ha aumentado ligeramente, de un 54% en 1990 a un 57% en 2012. A escala regional, la proporción de mujeres de entre 15 y 49 años de edad que usan algún método anticonceptivo ha aumentado mínimamente o se ha estabilizado entre 2008 y 2012. En África pasó de 23% a 24%; en Asia se

mantuvo en 62%, y en América Latina y el Caribe pasó de 64% a 67%; en cada región es notable la variación entre países.

El uso de métodos anticonceptivos por los hombres representa una proporción relativamente pequeña de las tasas de prevalencia mencionadas. Los métodos anticonceptivos masculinos se limitan al condón y la esterilización (21).

2.2.2 CONTRACEPTIVOS FEMENINOS

2.2.2.1. Anticoncepción sistémica parenteral. Progestágenos solos.

De esta existen 2 tipos, que son el depoprovera (DAMP) que es el depósito de medroxiprogesterona de 150 mg con un tiempo de duración de su acción de 3 meses (12 semanas). El otro tipo es el noristerat, que no es otra cosa que el enantato de norestisterona de 200 mg con 2 meses (8 semanas) como tiempo de acción.

En ellos el mecanismo de acción está caracterizado por cambios en el mucus cervical (más espeso), lo cual se convierte en una acción muy importante, cambios endometriales desfavorables para la implantación, cambios en la función ovárica (40 % de ovulaciones), y una disminución del peristaltismo tubario (por ello puede haber mayor incidencia de embarazo ectópico). Se indica en aquellas mujeres con efectos colaterales por el contenido de estrógeno, mayores de 40 años, o también a las diabéticas, obesas e hipertensas. Su efecto colateral principal es el sangrado intermenstrual irregular al inicio, y amenorrea posteriormente. Las ovulaciones posteriores, después de suspendido el medicamento, pueden ser algo retardadas.

La medroxiprogesterona es un progestágeno sintético activo por vía oral y parenteral, 15 veces más potente que la

progesterona. Se utiliza en el tratamiento de la amenorrea, hemorragias uterinas anormales, endometriosis debida a desequilibrios hormonales y carcinomas de endometrio y de células renales.

La inyección intramuscular es un producto "depot" que liberación sostenida. La medroxiprogesterona también puede ser útil como estimulante en algunas enfermedades respiratorias como la enfermedad pulmonar crónica obstructiva (EPOC), síndrome de Pickwick u otras condiciones hipercápnicas.

Mecanismo de acción: el efecto contraceptivo primario de los progestágenos se debe a la supresión del ciclo de hormona luteínica LH, si bien el mecanismo exacto de su acción es desconocido. A nivel celular, los progestágenos difunden en las células diana y se unen a los receptores estrogénicos. Las células diana son las del tracto reproductor femenino, la glándula mamaria, el hipotálamo y la pituitaria. Una vez fijados a sus receptores, los progestágenos reducen la frecuencia de la salida de la hormona liberadora de gonadotropina del hipotálamo e interfieren con la LH preovulatoria, previniendo la maduración del folículo y la ovulación. En general, los contraceptivos basados en progestágenos solos previenen la ovulación en el 70-80% de los ciclos, si bien su eficacia clínica alcanza al 96-98%, lo que sugiere que deben estar implicados otros mecanismos adicionales. Los progestágenos actúan también sobre el endometrio impidiendo la implantación e incrementan la viscosidad de la mucosa cervical, lo que dificulta la progresión de los espermatozoides en el útero. La medroxiprogesterona transforma un endometrio proliferativo en un endometrio secretor siempre que la mujer tenga unos niveles de estrógenos endógenos adecuados.

El mecanismo de acción por el cual la medroxiprogesterona es eficaz en algunos tipos de cáncer no es conocido. Como

todos los progestágenos, la medroxiprogesterona tiene propiedades estrogénicas, anabólicas y androgénicas.

Los progestágenos son estimulantes directos del centro respiratorio: durante el embarazo y la fase lútea del ciclo menstrual, las mujeres pueden hiperventilar y volverse hipercápnicas debido a las elevadas concentraciones de los progestágenos endógenos. Esta propiedad se utiliza terapéuticamente en el caso de la medroxiprogesterona en el tratamiento de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, síndrome de Pickwick y apnea del sueño.

Farmacocinética: la medroxiprogesterona se administra por vía oral e intramuscular. Las máximas concentraciones en el plasma se obtienen a las 2-4 horas después de la administración oral y en las 3 primeras semanas después de la inyección. Una vez alcanzado este máximo con la inyección, las concentraciones disminuyen exponencialmente hasta llegar a niveles indetectables a los 120-200 días. La semivida de eliminación después de una dosis oral es de unos 30 días y después de una dosis intramuscular de unos 50 días. Aproximadamente el 90% de la dosis absorbida se encuentra unida a las proteínas del plasma.

La medroxiprogesterona es extensamente metabolizada en el hígado por las enzimas del citocromo P450, produciendo más de 10 metabolitos. La mayoría de estos metabolitos se eliminan en la orina en forma de conjugados glucurónidos

La raza o el peso corporal de las mujeres no parece influir de forma significativa en la farmacocinética de la medroxiprogesterona, si bien las concentraciones plasmáticas del fármaco mostraron una tendencia a ser algo menores en mujeres con un índice de masa corporal $> 38 \text{ kg/m}^2$.

No se han realizado estudios clínicos para determinar los parámetros farmacocinéticos en pacientes con insuficiencia

hepática o renal, aunque por regla general el metabolismo de las hormonas sexuales suele estar reducido en las pacientes con insuficiencia hepática.

Posología:

Anticoncepción rutinaria:

Administración intramuscular: Mujeres adultas y adolescentes: 150 mg por vía i.m. cada 3 meses. La primera dosis se debe administrar dentro de los 5 primeros días después del parto o del comienzo de la menstruación. En las mujeres que amamantan a sus hijos, se puede esperar hasta 6 semanas después del parto para iniciar el tratamiento. Para las dosis siguientes, antes de la inyección de la dosis trimestral, debe asegurarse que la paciente no esté embarazada.

Contraindicaciones: La medroxiprogesterona está contraindicada en pacientes con alergia al fármaco o a cualquiera de los componentes de las formulaciones.

La medroxiprogesterona está contraindicada en pacientes con cáncer de mama o cánceres de sistema reproductivo, incluyendo cáncer cervical, cáncer de útero, o cáncer vaginal con la excepción de algunos casos determinados de terapia paliativa. Aunque parece ser que el riesgo de cáncer de mama está ligeramente aumentado cuando se ha producido un tratamiento con medroxiprogesterona (2.2 veces) en los 5 años anteriores, se ha comprobado que la duración del tratamiento no es un factor determinando siendo el riesgo igual después de dosis únicas o múltiples. La medroxiprogesterona de acción prolongada puede acelerar el crecimiento de cánceres ocultos, pero no es necesariamente un factor de riesgo para el cáncer de mama

La medroxiprogesterona se debe utilizar con precaución en pacientes con hiperlipidemia. La hiperlipidemia ha sido confirmada en cuando se utilizan combinaciones de

estrógenos-progestágenos, pero no se han estudiado los efectos de los progestágenos solos. De todas maneras, como medida de precaución se recomienda la monitorización de las lipoproteínas séricas (LDLs y HDLs) durante un tratamiento con medroxiprogesterona.

La medroxiprogesterona se debe utilizar con precaución en pacientes con historia de tromboflebitis o de enfermedad tromboembólica. Además, el riesgo de una accidente tromboembólico es mayor si el consumo de tabaco se añade al tratamiento con la medroxiprogesterona. Se recomienda a las mujeres, en particular a las mayores de 35 años que abandonen el tabaco si inicial un tratamiento con progestágenos

Los contraceptivos hormonales y la terapia hormonal sustitutiva se deben utilizar con precaución en pacientes con historia de ictus, accidentes cerebrovasculares, enfermedad coronaria o intolerancia a los progestágenos

La medroxiprogesterona se clasifica dentro del grupo X de riesgo en el embarazo y está absolutamente contraindicada durante el embarazo confirmado o sospechado. Tampoco se debe utilizar si hay historia de embarazo ectópico, durante los 4 primeros de embarazo o si se van a realizar pruebas diagnósticas de embarazo. La medroxiprogesterona está absolutamente contraindicada en el sangrado vaginal anormal sin diagnosticar o en el aborto incompleto.

La medroxiprogesterona debe ser usar con precaución en los pacientes con diabetes mellitus. Aunque los efectos parecen ser mínimos durante el tratamiento con progestágenos sólo, se han comunicado casos de tolerancia a la glucosa alterada durante el tratamiento con anticonceptivos.

Los contraceptivos hormonales producen retención de fluidos y se deben administrar con precaución en casos de asma,

insuficiencia cardíaca congestiva, síndrome nefrítico u otra enfermedad cardíacas

La medroxiprogesterona se debe administrar con precaución a pacientes con historia de depresión, migraña o enfermedades convulsivas: los progestágenos pueden exacerbar estas condiciones, habiéndose descrito casos de convulsiones después de la administración de estos fármacos.

En algunas pacientes, al comenzar el tratamiento con medroxiprogesterona inyectable puede aparecer una pérdida inicial de masa ósea que va disminuyendo con el tiempo hasta normalizarse

La seguridad y eficacia de la medroxiprogesterona en pacientes de menos de 12 años de edad no han sido establecidas. Por otra parte, no está indicado el uso de anticonceptivos hormonales antes de la menarquia.

Los efectos secundarios se exponen en los siguientes cuadros:

CONTRACEPCIÓN

MedDRA	EVENTO
Infecciones e infestaciones	Vaginitis
Trastornos metabólicos y nutricionales	Retención de líquidos, variación del peso
Trastornos psiquiátricos	Libido disminuida o anorgasmia, insomnio
Trastornos del sistema nervioso	Convulsiones, depresión, mareo, cefalea, nerviosismo, somnolencia
Trastornos vasculares	Trastornos tromboembólicos, sofocos
Trastornos gastrointestinales	Náusea
Trastornos hepatobiliares	Ictericia colestásica/ictericia
Trastornos de la piel y el tejido subcutáneo	Acné, alopecia, hirsutismo, prurito, erupción, urticaria
Trastornos musculoesqueléticos y del tejido conectivo	Artralgia, dolor de espalda, calambres en las piernas
Trastornos del sistema reproductivo y las mamas	Sangrado uterino anormal (irregular, aumentado, disminuido), amenorrea, leucorrea, dolor pélvico, anovulación prolongada, galactorrea, mastodinia, sensibilidad

Trastornos generales y condiciones del sitio de administración	Reacciones de hipersensibilidad (p. ej., anafilaxis y reacciones anafilactoides, angioedema), fatiga, astenia, reacciones en el sitio de inyección, pirexia
Investigaciones	Tolerancia a la glucosa disminuida, pérdida de densidad mineral ósea

GINECOLOGÍA

MedDRA	EVENTO
Trastornos metabólicos y nutricionales	Variación del peso
Trastornos psiquiátricos	Insomnio
Trastornos del sistema nervioso	Depresión, mareo, cefalea, nerviosismo, somnolencia
Trastornos vasculares	Trastornos tromboembólicos
Trastornos gastrointestinales	Náusea
Trastornos hepatobiliares	Ictericia colestásica/ictericia
Trastornos de la piel y el tejido subcutáneo	Acné, alopecia, hirsutismo, prurito, erupción, urticaria
Trastornos del sistema reproductivo y las mamas	Sangrado uterino anormal (irregular, aumentado, disminuido), amenorrea, alteraciones de las secreciones cervicales, erosiones cervicales, anovulación prolongada, galactorrea, mastodinia, sensibilidad
Trastornos generales y condiciones del sitio de administración	Edema/retención de líquidos, reacciones de hipersensibilidad (p. ej., anafilaxis y reacciones anafilactoides, angioedema), fatiga, reacciones en el sitio de inyección, pirexia
Investigaciones	Tolerancia a la glucosa disminuida

ONCOLOGÍA

MedDRA	EVENTO
Trastornos de la sangre y el sistema linfático	Aumento en los recuentos de leucocitos y plaquetas
Trastornos endocrinos	Efectos corticoide-similares (p. ej., síndrome cushingoide)
Trastornos metabólicos y nutricionales	Variación del peso, exacerbación de la diabetes mellitus
Trastornos psiquiátricos	Confusión, euforia, cambios en la libido, insomnio
Trastornos del sistema nervioso	Depresión, mareo, cefalea, falta de concentración, nerviosismo, somnolencia, infarto cerebral, efectos adrenérgico-similares (p. ej., temblores suaves en las manos, sudoración, calambres nocturnos en las pantorrillas)
Trastornos oftálmicos	Alteraciones de la visión, catarata diabética, trombosis retiniana
Trastornos cardiacos	Infarto del miocardio, insuficiencia cardiaca congestiva, palpitaciones, taquicardia
Trastornos vasculares	Embolismo pulmonar, trastornos tromboembólicos, tromboflebitis

Trastornos gastrointestinales	Constipación, diarrea, boca seca, náusea, vómito
Trastornos hepatobiliares	Ictericia colestásica/ictericia
Trastornos de la piel y el tejido subcutáneo	Acné, alopecia, hirsutismo, prurito, erupción, urticaria
Trastornos renales y del sistema urinario	Glucosuria
Trastornos del sistema reproductivo y las mamas	Sangrado uterino anormal (irregular, aumentado, disminuido), amenorrea, alteraciones de las secreciones cervicales, erosiones cervicales, anovulación prolongada, galactorrea, mastodinia, sensibilidad
Trastornos generales y condiciones del sitio de administración	Edema/retención de líquidos, reacciones de hipersensibilidad (p. ej., anafilaxis y reacciones anafilactoides, angioedema), fatiga, reacciones en el sitio de inyección, malestar, pirexia
Investigaciones	Cambios en el apetito, hipercalcemia, tolerancia a la glucosa disminuida, presión sanguínea aumentada

REACCIONES ADVERSAS Y SECUNDARIAS:

Los siguientes efectos adversos/colaterales han sido seleccionados en base a su significancia clínica (posibles signos y síntomas entre paréntesis):

Aquellos que indican la necesidad de atención médica:

- Incidencia menos frecuente: Amenorrea (interrupción del periodo menstrual), sangrado menstrual o metromenorragia (sangrado uterino medio a fuerte entre periodos mensuales regulares); hiperglicemia (boca seca; polaquiurea; pérdida del apetito; sed inusual); menorragia (aumento de la cantidad de sangrado menstrual que ocurre en periodos mensuales regulares); manchado (ligero sangrado uterino entre periodos mensuales regulares).

Nota: todas las progestinas, si el sangrado uterino anormal es persistente (mayor de 10 días) o recurrente (más fuerte que los periodos normales que ocurren por más de 10 meses luego del inicio de la terapia o de manera más seguida que una vez al mes), la malignidad debe ser considerada como la causa del sangrado.

– Progestinas utilizadas para el control del ciclo o como parte de la terapia hormonal ovárica: El sangrado uterino no es tan prevalente como con los anticonceptivos solo de progestina; por lo tanto, cualquier sangrado uterino no esperado que persista de 3 a 6 meses debe ser investigado.

– Medroxiprogesterona parenteral: La amenorrea aumenta la duración de uso (12 meses – 55% y 24 meses – 68%). El sangrado menstrual ocurre en 90% de las usuarias.

- Incidencia menos frecuente: Galactorrea (flujo inesperado o aumentado de leche materna); depresión mental; erupción cutánea.

- Incidencia rara: Tromboembolismo y formación de trombos (cefalea o migraña; pérdida de, o cambio en la forma de hablar, coordinación, o visión; dolor o adormecimiento del tórax, brazo, o pierna; dificultad para respirar, sin explicación).

Nota: No queda claro si el tromboembolismo o la formación de trombos asociados con el uso de progestinas en altas dosis es debido al tratamiento o a la condición de fondo que está siendo tratada, como el cáncer.

- Incidencia indeterminada: Observada durante la práctica clínica para medroxiprogesterona parenteral para anticoncepción; no se pueden determinar los estimados de frecuencia.

Anafilaxis/reacción anafilactoidea (tos; dificultar para digerir; mareos; latidos cardiacos rápidos; urticaria, comezón, hinchazón de los párpados o alrededor de los ojos, cara, labios o lengua; dificultad para respirar; erupción cutánea; opresión de tórax; cansancio o debilidad inusual; sibilancia); pérdida de la densidad mineral ósea; osteoporosis (dolor de

espalda, costillas, brazos o piernas; disminución de la talla); fractura osteoporótica (dolor o hinchazón en los brazos y piernas sin ninguna lesión)

Nota: Medroxiprogesterona parenteral: Si existe una pérdida repentina parcial o completa de la visión, o si existe un inicio repentino de proptosis, diplopía o migraña, la medicación no debe readministrarse si existe una examinación pendiente. Si la examinación revela papiledema o lesiones vasculares retinales, la medicación no debe re-administrarse.

Aquellos que indica la necesidad de atención médica sólo si continúan o si causan molestia:

- Incidencia más frecuente: Dolor o calambre abdominal; diarrea; mareos; somnolencia – sólo para progesterona; edema (inflamación o hinchazón de tobillos o pies); fatiga; cefalea, leve; cambios de humor; náuseas; nerviosismo; agrandamiento ovárico o formación de quistes ováricos (dolor abdominal); dolor, enrojecimiento, o irritación cutánea en el sitio de inyección o implantación – incluyendo cambio de color de la piel local y bulto residual; cansancio o debilidad inusual; aumento de peso rápido o inusual; vómitos.

Nota: Medroxiprogesterona parenteral para anticoncepción: El aumento promedio de peso es de 2,5 a 7,5 kilogramos (kg) después de 1 a 6 años de uso.

- Incidencia menos frecuente: Acné; dolor o sensibilidad en las mamas; bochornos; insomnio (problemas al dormir); disminución de la libido (pérdida del deseo sexual); pérdida o aumento de cabello en el cuerpo, cara o cabeza; melasma (manchas marrones en la piel expuesta, las cuales pueden persistir luego de la interrupción del tratamiento); náusea –

desaparece en 3 meses para las progestinas de dosis baja para anticoncepción.

Aquellos que indican la necesidad de atención médica si ocurren después de la discontinuación del medicamento: Supresión adrenal o insuficiencia o hipotensión (mareos; náusea o vómitos; cansancio o debilidad inusual) puede ocurrir cuando se interrumpe el tratamiento crónico con megestrol; retorno demorado de la fertilidad en mujeres (interrupción de los periodos menstruales); sangrado menstrual inusual, continuo).

CAPITULO 3

HIPÓTESIS, VARIABLES Y DEFINICIONES OPERACIONALES

3.1 Hipótesis

Por ser un estudio observacional no se considera hipótesis

3.2 Operacionalización de las variables

VARIABLE	INDICADOR	CATEGORIAS	ESCALA
Uso del acetato de Medroxiprogesterona	Tarjeta de Planificación Familiar. Usaria que está utilizando por primera vez el método y tiene sólo una dosis o que tiene más de dos dosis del mismo método anticonceptivo, y que viene usándolo sin Interrupción.	1. si 2. no	Nominal
Conocimiento del Mecanismo de Acción	Encuesta	Completamente Verdadero 2. Verdadero 3. Ni falso, ni verdadero 4. Falso 5. Completamente falso	Nominal
Edad	Mujeres en edad reproductiva (15-44 años)	1. 15-19 2. 20-24 3. 25-29 4. 30-34 5. 35-39 6. 40-44	Intervalo
Estado Civil	Encuesta	1. Soltera 2. Casada 3. Conviviente	Nominal
Grado de instrucción	Encuesta	1. Analfabeta 2. Primaria Incompleta	Nominal

		<ul style="list-style-type: none"> 3. Primaria Completa 4. Secundaria Incompleta 5. Secundaria Completa 6. Superior 	
Ocupación actual	Encuesta	<ul style="list-style-type: none"> 1. Ama de Casa 2. Empleada 3. Otro 	Nominal
Número de hijos	Encuesta	<ul style="list-style-type: none"> 1. 0 2. 1 3. 2 4. >2 	Normal
Efectos adversos	Encuesta	<ul style="list-style-type: none"> 1. Disminución de la libido 2. Amenorrea 3. Sangrado 4. Otro: _____ 	Nominal

CAPITULO 4

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 Diseño

Estudio Retrospectivo Descriptivo, Transversal.

4.2 Población y muestra.

En este estudio de tipo descriptivo, se asignará a todas las usuarias de Acetato de Medroxiprogestreona del Centro de Salud Metropolitano de Tacna, que debían de cumplir con los criterios de inclusión y exclusión.

Mujeres en edad reproductiva que acudan al Metropolitano-MINSA de Tacna y que sean usuarias del acetato de medroxiprogesterona.

Se estudiará el efecto del contraceptivo hormonal inyectable medroxiprogesterona según efectos adversos percibidos en usuarias de 3 meses a más después de haber iniciado el tratamiento con el contraceptivo, incluyéndose aquellas que lo abandonaron o fueron cambiadas de método por indicación específica sanitaria.

4.1.1 Criterios de Inclusión

- Mujeres en edad reproductiva que acuden al Centro de Salud Metropolitano de Tacna.
- Mujeres que acepten participar en la investigación.
- Mujeres que se hayan aplicado 02 o más dosis de acetato de medroxiprogesterona en el Centro de Salud Metropolitano de Tacna

4.1.2 Criterios de Exclusión

- Mujeres que no se encuentren en edad reproductiva.
- Mujeres que no deseen participar en la investigación
- Mujeres que presenten o tengan sospecha de embarazo.

El tipo de muestreo utilizado será no probabilística, el tipo intencional o por conveniencia; ya que, se tomará como parte de la muestra sólo a las mujeres en edad reproductiva que sean usuarias del acetato de medroxiprogesterona proporcionado en el centro de salud, que acudieron los días de la recolección de datos.

4.3 Instrumentos de Recolección de datos.(ver anexos)

Se establecerán cuatro áreas para la recolección de datos:

- Datos generales de la usuaria.
- Los conocimientos de la usuaria hacia el método dentro de lo cual se considerará el conocimiento sobre el mecanismo de acción, los efectos secundarios, los signos de alarma y la forma de uso del método.
- La aceptación de la usuaria a los principales efectos secundarios del método

Se utilizará instrumento ya validado por investigación en el Perú por expertos de la revista peruana de epidemiología vol.14 No 3 diciembre 2010 (21) (anexo 01) previa firma del consentimiento informado por parte del paciente (anexo 02). Para evaluar el nivel de conocimientos, se agrupará los resultados en tres categorías, alto, medio y bajo. Las categorías serán halladas mediante la escala de estaninos , para lo cual se calculará primero la suma de los puntajes de los 5 primeros ítems, para el grupo caso, el conocimiento de medio variaba de 12 a 17 puntos, donde los puntajes mayores corresponderán a conocimiento alto y los puntajes menores a conocimiento bajo, y para el grupo control, el conocimiento de medio variaba de 13 a 17 puntos, donde los puntajes mayores correspondían a conocimiento alto y los puntajes menores a conocimiento bajo. Para evaluar los efectos secundarios se sumará los siguientes 11 ítems, para el grupo estudiado, el conocimiento de medio variaba de 29 a 42 puntos, donde los puntajes mayores correspondían a conocimiento alto y los puntajes menores a conocimiento bajo, y para el grupo control, el conocimiento medio variaba de 30 a 42 puntos, donde los puntajes mayores correspondían a conocimiento alto y los puntajes menores a conocimiento bajo. La

asociación entre las variables se determinará con test de Spearman

CAPITULO 5

PROCEDIMIENTOS DE ANÁLISIS DE DATOS

La aplicación de la encuesta estará a cargo de seis encuestadoras ajenas al investigador y dirigidas por un supervisor de campo con experiencia en el campo. Seleccionadas previamente y capacitadas durante tres días. El programa de capacitación contemplará los siguientes aspectos:

- Explicación de los objetivos del estudio de medición
- Características del instrumento a utilizar
- Asignación de la muestra y organización de la recolección de información.
- Práctica de campo en Instituto Piloto.
- Discusión de los resultados de la práctica de campo.
- Organización de la supervisión y control de la calidad de la información recolectada.
- Entrega de materiales y guía de la encuesta.
- Se trabajara a doble ciego

Consideraciones éticas

El presente estudio tendrá en cuenta las siguientes consideraciones éticas:

- Ninguna persona será obligada a participar en la investigación
- Todos los datos recolectados serán para fines exclusivos de la investigación.
- Por ningún motivo o razón se identificarán los datos particulares de los entrevistados/as.

- A cada entrevistada se le explicará las razones y motivos del estudio, a la vez que se garantizará la confidencialidad de los datos individuales.

Para el procesamiento de los datos se procederá a calificar la ficha de recolección de datos (encuesta) y elaborar una Matriz de datos digital, de donde se obtendrá las distribuciones y las asociaciones entre variables según indican los objetivos, representados luego en el programa de hoja de cálculo: EXCEL.

Para el procesamiento de la información se elaboran cuadros de distribución de frecuencias absolutas y relativas. Los datos se presentarán en cuadros tabulares y con gráfico de barras con el programa SPSS versión 10.

RESULTADOS

TABLA N 1

DISTRIBUCION DE FRECUENCIA SEGUN EDAD, ESTADO CIVIL, GRADO DE INSTRUCCIÓN Y OCUPACION DE LAS USUARIAS DE MEDROXIPROGESTERONA ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE MEDICINA DEL CENTRO DE SALUD METROPOLITANO-MINSA 2014

		Medroxiprogesterona	
		N	%
Edad	< 20 años	0	0.0%
	20 a 29 años	31	62%
	30 a 39 años	16	32%
	40 a más	3	6%
	Total	50	100%
Estado civil	Soltera	0	0.0%
	Casada	23	46%
	conviviente	27	54%
	Total	50	100%
Grado de instrucción	primaria completa	1	2%
	primaria incompleta	0	0.0%
	secundaria completa	21	42%
	secundaria incompleta	8	16%
	superior	20	40%
	Total	50	100%
ocupación	ama de casa	31	62%
	empleada	11	22%
	trabajador independiente	8	16%
	Total	50	100%

Observamos que se encuentra mayor frecuencia del uso de medroxiprogesterona según edad entre los 20 a 29 años con un 62% de usuarias, luego respecto a estado civil se encuentra una mayor frecuencia en las convivientes con un 54% de usuarias, y terminando las variables con sin diferencia significativa tenemos al grado de instrucción donde encontramos que las personas con secundaria incompleta representan el 42% de usuarias.

Las usuarias de medroxiprogesterona tienen una diferencia significativa de acuerdo a la ocupación, teniendo en las amas de casa (52.5%), podemos decir que las amas de casa tienden más al uso de medroxiprogesterona que a otros métodos anticonceptivos.

TABLA N 2
DISTRIBUCION DE FRECUENCIA DE NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE
LAS USUARIAS DE MEDORXIPROGESTERONA ATENDIDAS EN EL
SERVICIO DE MEDICINA DEL CENTRO DE SALUD METROPOLITANO
MINSA 2014

		Medroxiprogesterona	
		N	%
Nivel de conocimientos	Muy malo	18	36%
	Regular	14	28%
	Bueno	18	36%
	Muy bueno	0	0.0%
	Total	50	100%

Las usuarias de medroxiprogesterona son diferente de acuerdo al nivel de conocimientos sobre el mecanismo de acción de la medroxiprogesterona, tienen buen conocimiento 18 personas, por lo que podemos afirmar que 36% las usuarias de medroxiprogesterona tienen buen conocimiento del método.

Las usuarias de medroxiprogesterona que tienen regular conocimiento son 14 personas, por lo que podemos afirmar que 28% las usuarias de medroxiprogesterona tienen regular conocimiento del método.

Las usuarias de medroxiprogesterona que tienen mal conocimiento son 18 personas, por lo que podemos afirmar que 36% las usuarias de medroxiprogesetrona tienen mal nivel de conocimiento del método.

TABLA N 3
DISTRIBUCION DE FRECUENCIA SEGÚN LOS PRINCIPALES EFECTOS ADVERSOS PERCIBIDOS POR LAS USUARIAS DE MEDROXIPROGESTERONA ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE MEDICINA DEL CENTRO DE SALUD METROPOLITANO-MINSA 2014.

		Medroxiprogesterona	
		N	%
sequedad vaginal	Sí	1	2%
	No	49	98%
	Total	50	100%
aumento de peso	Sí	45	90%
	No	5	10%
	Total	50	100%
Cefalea	Sí	9	18%
	No	41	82%
	Total	50	100%
cambios menstruales	Sí	50	100%
	No	0	0.0%
	Total	50	100%
sangrado prolongado	Sí	2	4%
	No	48	96%
	Total	50	100%
dolor abdominal	Sí	2	4%
	No	48	96%
	Total	50	100%
náuseas y/o vómitos	Sí	1	2%
	No	49	98%
	Total	50	100%

Observamos que las usuarias de medroxiprogesterona no perciben sequedad vaginal en un 98% pero este resultado no tiene diferencia significativa, de acuerdo al aumento de peso 45 personas lo percibieron, por lo que podemos afirmar que el 90% de usuarias sintieron un aumento de peso. Con respecto a la cefalea se encontró que 9 personas la percibieron, con lo que podemos afirmar que el 18% presento cefalea. Seguidamente las usuarias de medroxiprogesterona que percibieron cambios menstruales son 50

personas, por lo que podemos afirmar que el 100% de las usuarias presento cambios menstruales.

Continuando encontramos el sangrado prolongado en 2 personas, por lo que podemos afirmar que el 4% presento sangrado prolongado. Además el dolor abdominal se encontró en 2 personas, por lo que podemos afirmar 4% presento dolor abdominal.

Finalizando se encontró que 1 persona presento náuseas y vómitos, por lo tanto podemos afirmar que el 2% percibió náuseas y vómitos.

Las usuarias de medroxiprogesterona tienen diferencia significativa de acuerdo al aumento de peso, cefalea, cambios menstruales, sangrado prolongado, dolor abdominal, náuseas y vómitos

DISCUSIÓN

Como resultado del estudio es importante tener en cuenta las características de las usuarias de medroxiprogesterona acudieron al CENTRO DE SALUD METROPOLITANO-MINSA EN EL 2014, todas las pacientes pertenecen a una zona urbana, para tener una mejor visión de acuerdo a los resultados.

Se trabajó en las mujeres que estuvieran entre los 15-44 años, donde se encontró que las usuarias de medroxiprogesterona tienen una edad entre los 20 – 29 años, llegando a un 62% de uso del método, mientras las edades de 30-39 años presentaron un 32%, terminando con las usuarias mayores de 40 que se encontró un total de 6%. Viendo la variable estado civil observamos que se encontró predominancia en las convivientes llegando a ser un 54% de las usuarias del método, siendo el otro grupo las mujeres casadas con un 46%. También se demuestra que las mujeres con educación secundaria completa son las usuarias más frecuentes con un total de 42%, seguidas de las que culminaron estudios superiores en 40%, siendo las mujeres con estudios secundarios incompletos las últimas con 16%. En la variable ocupación la ama de casa son las más frecuentes con 52.5%, por lo que podemos ver que las mujeres con ocupación su hogar presenta preferencia por el uso de la medroxiprogesterona, también observamos que las empleadas presentan 22% y las trabajadoras independientes 8% (tabla N 1).

Las dimensiones en el área “conocimiento”, se puede observar que las usuarias de medroxiprogesterona si tienen un buen nivel de conocimientos sobre el mecanismo de acción

que presenta la medroxiprogesterona en un 36%, presentan en un regular nivel de conocimiento 28% y un mal nivel de conocimiento en otro 36%, lo que se confirma con el trabajo de Lopez(12) en donde refieren que el nivel de conocimiento no debe estar asociado al uso del anticonceptivo por el contrario las usuarias de métodos anticonceptivos deberían tener un conocimiento regular de todos los métodos anticonceptivos y no solo del cual son usuarias(Tabla N°2), Según la Federación Internacional de Planificación Familiar(21), un buen número de estudios han demostrado que los profesionales de la salud, aunque sea con buena intención, suelen dar información incompleta durante las sesiones de asesoramiento, pasando por alto las contraindicaciones; además, de no utilizar el tiempo extra para dar más información detallada sobre los efectos secundarios o las señales de alarma del método seleccionado; o tal vez, los profesionales de la salud no estaban dispuestos a hablar de los efectos colaterales, por miedo a que la información franca desaliente el uso de anticonceptivos o simplemente guían hacia un método anticonceptivo para completar las coberturas.

Si bien las usuarias no necesitan un conocimiento fisiológico al nivel técnico de los profesionales de la salud, pero sí de información que debería ser comunicada a la persona claramente, de preferencia en su idioma, debiendo verificarse que el mensaje ha sido comprendido; ya que, como lo menciona en el Manual para proveedores: Planificación Familiar 2010 de la OMS(21), por ejemplo la mujer puede dejar de tener cambios menstruales, en nuestro estudio fueron el 100% de pacientes, pero eso no es malo, es como no menstruar durante el embarazo, la sangre no se acumula en su cuerpo.

Con respecto a los son los efectos adversas no deseadas percibidas por las usuarias de medroxiprogesterona son sequedad vaginal en 2% , aumento de peso en 90% , cefalea 18%, cambios menstruales en 100%, sangrado prolongado 4%, dolor abdominal en 4%, náuseas y vómitos en 2%. Sin embargo las usuarias de medroxiprogesterona refieren percibir más frecuentemente molestias de acuerdo al aumento de peso y cambios menstruales(90% y 100% respectivamente), nos refiere que las usuarias de medroxiprogesterona culpan del aumento de peso a este método anticonceptivo que contrasta con lo encontrado en Lopez(20)y colaboradores en el 2011 en una revisión sobre anticonceptivos con progesterona sola: efectos sobre el peso, en donde se refiere que la medroxiprogesterona no presenta un aumento de peso mayor de 2 kg , nos damos cuenta que en lo que más fallan las usuarias de este método es justamente en el aumento de peso por lo que podemos afirmar que la medroxiprogesterona no es la culpable del aumento de peso que ellas perciben sino de otros motivos que podrían ser causa de futuros estudios.

Además del aumento de peso también se ha visto que se debe reforzar el conocimiento en lo que es la disminución de calcio en los huesos por su uso prologado(mayor de 2 años) ,el sangrado prolongado , la cefalea y la protección que causa el uso de la medroxiprogesterona en las infecciones de transmisión sexual.

En la revista Network (21) menciona que tal vez los proveedores de la salud no están dispuestos a hablar de los efectos colaterales, por miedo a que la información franca desaliente el uso de anticonceptivos entre los clientes. No obstante, varios estudios indican que los efectos colaterales son motivo de gran preocupación para las mujeres; además

se encuentra dentro de los derechos sexuales y reproductivos.

CONCLUSIONES

- El nivel de conocimiento que presentan las usuarias de medroxiprogesterona es significativo, podemos afirmar que las usuarias de medroxiprogesterona que si conocen sobre su método anticonceptivo son el 36%, las de regular conocimiento son 28% y las de mal conocimiento son 36%, presentando mayor erros sobre el aumento de peso y disminución de calcio en los huesos.
- Los efectos adversos más percibidos por las usuarias de medroxiprogesterona son el aumento de peso en 90% y cambios menstruales en el 100%, mientras que la cefalea presento 18%, el sangrado prolongado 4%, el dolor abdominal 4%, náuseas y vómitos 2%.

RECOMENDACIONES

- Se necesita reforzar el conocimiento de las usuarias de medroxiprogesterona con respecto al aumento de peso y disminución de calcio en los huesos.
- Se recomendaría hacer estudios sobre el porqué las usuarias de medroxiprogesterona tienen diferencia en el nivel de conocimientos del método entre ellas mismas.
- Se recomendaría hacer estudios sobre cuáles son las causas de aumento de peso en pacientes usuarias de medroxiprogesterona.
- Se recomienda un estudio desde el punto de vista de la oferta sobre cuáles son razones por las que las usuarias de medroxiprogesterona tienen un mal conocimiento sobre su método.

BIBLIOGRAFÍA

1. González Labrador I, Miyar Pieiga E. Consideraciones sobre planificación familiar: métodos anticonceptivos. Rev Cuba Med Gen Integral. agosto de 2001;17(4):367-78.
2. MGI-4-2001 - MGI-4-2001.pdf [Internet]. [citado 11 de enero de 2015]. Recuperado a partir de: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol17_4_01/MGI-4-2001.pdf
3. Fernández R, López L, Martínez H, Kopecky D, Uzcátegui G, Muñoz M. Métodos anticonceptivos: prevalencia de uso según método en el Hospital «Materno Infantil del Este», Petare. Rev Obstet Ginecol Venezuela. marzo de 2009;69(1):28-34.
4. Allen-Leigh B, Villalobos-Hernández A, Hernández-Serrato MI, Suárez L, Vara E de la, de Castro F, et al. Use of contraception and family planning in adolescent and adult women in Mexico. Salud Pública México. enero de 2013;55:S235-40.
5. Madiedo Hernández J, Otero Alonso M, González Izquierdo Y, Pulido González T. Conducta sexual en adolescentes varones y anticoncepción. Rev Cuba Enferm. abril de 2001;17(1):9-13.
6. E:\traspasos apoyo tecnico\Vers - 01.pdf [Internet]. [citado 14 de enero de 2015]. Recuperado a partir de: <http://portal.conapo.gob.mx/publicaciones/sdm/sdm2002/01.pdf>
7. .: MINSA.: - Ministerio de Salud del Perú [Internet]. [citado 19 de diciembre de 2014]. Recuperado a partir de: <http://www.minsa.gob.pe/>
8. FHI 360 [Internet]. FHI 360. [citado 15 de enero de 2015]. Recuperado a partir de: <http://www.fhi360.org/>
9. Planificación Familiar - Compromiso de tod@s - Ministerio de Salud del Perú [Internet]. [citado 15 de enero de 2015]. Recuperado a partir de: <http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2010/pf/>

10. MAILLIL - Resultado de la búsqueda <página 1> [Internet]. [citado 14 de enero de 2015]. Recuperado a partir de: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&nextAction=Ink&base=MAILLIL&lang=e&exprSearch=PE7.1&>
11. Pesquisa por: Rev. Soc. Méd.-Quir. Hosp. Emerg. Pérez de León [Internet]. [citado 14 de enero de 2015]. Recuperado a partir de: <http://portal.revistas.bvs.br/index.php?search=Rev.%20Soc.%20M%E9d.-Quir.%20Hosp.%20Emerg.%20P%E9rez%20de%20Le%F3n&connector=ET&lang=pt>
12. Pesquisa por: Rev. Soc. Argent. Ginecol. Infanto Juvenil [Internet]. [citado 14 de enero de 2015]. Recuperado a partir de: <http://portal.revistas.bvs.br/index.php?search=Rev.%20Soc.%20Argentin.%20Ginecol.%20Infanto%20Juvenil&connector=ET&lang=pt>
13. Pesquisa por: Rev. obstet. ginecol. Venezuela [Internet]. [citado 14 de enero de 2015]. Recuperado a partir de: <http://portal.revistas.bvs.br/index.php?search=Rev.%20obstet.%20ginecol.%20Venezuela&connector=ET&lang=pt>
14. Somogyi L, Mora E. Métodos anticonceptivos: Entonces y ahora. Rev Obstet Ginecol Venezuela. junio de 2011;71(2):118-23.
15. Stang A, Schwingl P, Rivera R. New contraceptive eligibility checklists for provision of combined oral contraceptives and depot-medroxyprogesterone acetate in community-based programmes. Bull World Health Organ. agosto de 2000;78(8):1015-23.
16. Sekler E, Limongi F. Acetato de medroxiprogesterona de depósito como anticonceptivo en la adolescente. Rev Obstet Ginecol Venezuela. enero de 2001;61(1):43-7.

17. Gil Cipirán JF. Asociación entre conocimientos, actitudes y la aceptación a efectos secundarios del acetato de medroxiprogesterona en usuarias del Servicio de Planificación Familiar-Hospital Nacional Arzobispo Loayza, 2005. 2013.
18. Camacho Quezada JL, Condori Tito M del C. Conocimiento y actitud que tienen las puérperas sobre el acetato de medroxiprogesterona (Depo-provera) y su aceptación como método anticonceptivo. Instituto Especializado Materno Perinatal, 2005. Univ Nac Mayor San Marcos Programa Cybertesis PERÚ [Internet]. 2005 [citado 15 de enero de 2015]; Recuperado a partir de: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/2984>
19. Caracterización del riesgo preconcepcional - Revista Electrónica de PortalesMedicos.com [Internet]. [citado 11 de enero de 2015]. Recuperado a partir de: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/2052/9/Caracterizacion-del-riesgo-preconcepcional->
20. López Laureen M, Edelman Alison, Chen-Mok Mario, Trussell James, Helmerhorst Frans M, en el año 2011 realizaron una revisión sobre Anticonceptivos con progesterona sola: efectos sobre el peso.
21. Chavez Melgarejo C, Asociación entre el uso del acetato de medroxiprogesterona con el grado de conocimiento del mecanismo de acción y efectos secundarios en el C.S. Primavera : enero - febrero, 2012 Recuperado a partir de : http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3002/1/chavez_m c.pdf

ANEXOS 01

I. Datos Generales:

- 1.1 Edad:
- 1.2 Estado Civil:
- Soltera Casada Conviviente
- Otros: _____
- 1.3 Grado de instrucción:
- Primaria Completa Primaria Incompleta
- Secundaria Completa Secundaria Incompleta Superior
- 1.4 Ocupación
- Ama de Casa Otro _____
- Empleada

II. Usaria de:

- Usaria de la inyectable de 03 meses
 - Usaria de otro tipo de método anticonceptivo
- ¿Cuál? _____

III. Conocimientos

Conocimientos sobre la ampolla de 03 meses	Completamente verdadero	Verdadero	Ni falso, ni verdadero	Falso	Completamente falso
▪ Cree Ud. Que todos los meses sale el óvulo a esperar al espermatozoide.					
▪ Cree Ud. que la ampolla actúa evitando la salida del óvulo.					
▪ La ampolla causa cambios en la capa interna del útero, alterando el volumen de la menstruación.					
▪ La ampolla actúa cambiando el moco cervical, que es como una clara de huevo que elimina la mujer normalmente antes de menstruar, pero este					

se espesa por acción de la ampolla.					
▪ La ampolla retarda el desplazamiento del óvulo a lo largo de las trompas de Falopio.					
▪ La ampolla protege contra las infecciones de transmisión sexual					
▪ La ampolla protege contra el VIH-SIDA					
▪ Durante el uso de la ampolla Ud. podría disminuir el nivel de Calcio de los huesos.					
▪ Durante el uso de la ampolla Ud. podría producir cambios óseos que le producirían riesgos de fracturas en el futuro.					
▪ La ampolla puede desaparecer la menstruación.					
▪ La ampolla puede producir sólo gotas de sangrado					
▪ La ampolla puede producirle sangrado prolongado.					
▪ Durante el uso de la ampolla Ud. podría registrar dolor de cabeza.					
▪ Durante el uso de la ampolla Ud. podría aumentar <2kg de su peso corporal					
▪ La ampolla: A todas las mujeres le causa dolor de cabeza.					
▪ La ampolla: A todas las mujeres les hace subir de peso.					

Percepción de cambios en los últimos 30 días:

- a. Sequedad vaginal si () no ()
b. Aumento de peso si () no ()
c. Cefalea si () no ()
d. Cambios menstruales si () no ()
e. Sangrado prolongado si () no ()
f. Dolor abdominal si () no ()
g. Nauseas y/o vómitos si () no ()

ANEXO 02

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, (nombre y apellidos):

.....

- He aceptado participar de esta encuesta que es con fines académicos.

- He podido hacer preguntas sobre el estudio.

- He recibido suficiente información sobre el estudio.

- Comprendo que mi participación es voluntaria

- Comprendo que puedo retirarme del estudio:

1. Cuando quiera
2. Sin tener que dar explicaciones
3. Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Firma del participante.....

Fecha:...../...../.....