

*"Año de la Consolidación del Mar de Grau"*

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA AMAZONÍA PERUANA**

**FACULTAD DE FARMACIA Y BIOQUÍMICA**

**TESIS**



**USO DE ANTICONCEPTIVOS HORMONALES Y EFECTOS  
SECUNDARIOS EN ADOLESCENTES. HOSPITAL APOYO  
IQUITOS-2015.**

**PRESENTADO POR:**

**Bach. ARIAS MAGNO MAGALY**

**Bach. RODAS HORNA ROBERT**

**ASESOR**

**Dr. QF. LUIS DOMINGO NONATO RAMÍREZ**

**IQUITOS – PERÚ**

**AÑO 2016**

**JURADO CALIFICADOR**

.....  
Q.F. WILFREDO OSWALDO GUTIÉRREZ ALVARADO  
PRESIDENTE

.....  
Q.F. BRENDA SORAYA URDAY RUÍZ  
MIEMBRO

.....  
Q.F. HENRY VLADIMIR DELGADO WONG  
MIEMBRO

**ASESOR**

.....  
Q.F. LUIS DOMINGO NONATO RAMÍREZ

## *Dedicatoria*

A Dios, porque sin el nada de esto hubiera sido posible, por el milagro de la vida, por guiarme y por acompañarme siempre, en todo momento de mi existencia.

A Nazaria, mi madre querida, por formar en mí cimientos fuertes a lo largo de mi vida, por su tenacidad, por sus desvelos; porque a pesar de las desavenencias de la vida siempre está a mi lado brindándome su apoyo incondicional.

A mis queridos hermanos Roberto, Carmen y Luis quienes fueron y son mi guía con su ejemplo, dedicación y palabras de aliento nunca bajaron los brazos para que yo tampoco lo haga aun aunque todo se complicara.

A mis amados sobrinos Robert, Enmanuel, Pilar y Roberta quienes con su inocencia de la niñez me han dado hermosos momentos brindándome su ternura.

*Magaly Arias Magno*

A Jesús, Hijo de Dios, por su testimonio de enseñanza y seguimiento por los más débiles, por su Opción Preferencial por los Pobres, y su actitud consecuente y liberadora de quienes lo necesitan, por su acercamiento a los más excluidos y referente de hombre joven, humano, y sensible a su realidad y su tiempo, su capacidad transformadora de lo injusto, lo indigno, lo marginado.

A mis padres, Abedias Rodas y Manuela Horna, por su seguimiento y apoyo incondicional en mi vida y la de mis hermanos, por tener como prioridad mi educación con amor y firmeza, por la paciencia de mi madre y padre, por su dedicación en la formación de profesionales sensibles y al servicio del prójimo, sus ejemplo de fortaleza y responsabilidad han forjado mis ideales y compromiso.

A mis hermanos que tanto los quiero y estimo, porque son lo más preciado y el mejor regalo que pudo darnos nuestros padres: Romy, Rocky y Denis, gracias por existir y ser mi familia, y a mi papé que nos alegra la vida...Luviana Abigail.

*Robert Rodas Horna*

## *Agradecimiento*

Expresamos, nuestra profunda y sincera gratitud:

A nuestras familias, por su apoyo moral, paciente, afectivo e incondicional, por su acompañamiento en los procesos de nuestra vida y por el aliento que hizo posible la realización de este trabajo.

A todas y todos los hombres y mujeres del Hospital Apoyo Iquitos, al personal administrativo y profesionales de salud quienes contribuyeron solidaria y responsablemente en el acercamiento y la recolección de la valiosa información encontrada en este nosocomio.

Gratitud especial a nuestros maestros de la Facultad de Farmacia y Bioquímica, a nuestros Miembros de Jurado de tesis, a la constancia de nuestro presidente el Dr. Wilfredo O. Gutiérrez A., Dra. Brenda S. Urday R., Dr. Henry V. Delgado W. Gracias por sus consejos y correcciones que fortalecieron nuestro trabajo y a nuestro asesor, Dr. Luis D. Nonato R. por sus rectificaciones y sugerencias para la adecuada elaboración de nuestra investigación.

A las adolescentes, mujeres responsables que libremente y respetando su integridad y derechos ayudaron en la aportación de este trabajo de investigación, sus respuestas son el alma de nuestro estudio del cual siempre estaremos agradecidos.

Al personal docente y administrativo de la Facultad de Farmacia y Bioquímica, profesionales cercanos y amigos que nos ayudaron y guiaron en la elaboración de este trabajo, sus aportes fueron muy valioso en la toma de decisiones para nuestra investigación.

Muchas gracias a todos y todas.

## INDICE DE CONTENIDO

<b>CONTENIDO</b>	<b>N° Pág.</b>
Dedicatoria.....	03
Agradecimiento.....	04
Resumen.....	10
Abstract .....	11
Índice de Tablas.....	07
Índice de Figuras .....	08
Índice de Anexos.....	09
<b><u>CAPITULO I</u></b>	
<b>1.1 INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>13</b>
<b>1.2 OBJETIVOS.....</b>	<b>15</b>
1. 2.1 Objetivo general.....	15
1.2.2 Objetivo específico.....	15
<b><u>CAPITULO II</u></b>	
2.1 Marco teórico.....	17
2.1.1 Antecedentes.....	17
2.1.2. Marco teórico conceptual.....	21
2.1.2.1. La adolescencia.....	21
2.1.2.2. Manifestaciones y conductas sexuales con desarrollo de la identidad...	21
2.1.2.3. Planificación Familiar.....	22
2.1.2.4. Historia de la Anticoncepción Hormonal .....	22
2.1.2.5. Métodos Anticonceptivos Hormonales.....	24
2.1.2.5.1. Clasificación Según su contenido.....	24
2.1.2.5.2. Efectos secundarios de los anticonceptivos.....	25
2.1.2.5.3. Clasificación Según vía de administración.....	26
I. .Anticonceptivos Hormonales Orales.....	26
a) Combinados.....	26
b) Solo de Progestina.....	27
c) Píldoras Anticonceptivas de Emergencia.....	29
II. Anticonceptivos Hormonales Inyectables.....	30

a) Anticonceptivos inyectables combinados.....	30
b) Anticonceptivos inyectables solo de progestina.....	32
c) Anticonceptivos inyectables solo de emergencias.....	34
2.2. Hipótesis.....	36
2.3. Definiciones Operacionales.....	37
 <b><u>CAPITULO III</u></b>	
3.1 Metodología.....	42
3.1.1 Método de investigación.....	42
3.1.2. Población y muestra.....	43
3.1.2.1. Universo.....	43
3.1.2.2. Población.....	43
3.1.2.3. Muestra.....	43
3.1.2.4.Tamaño De Muestra.....	43
3.1.2.5. Muestreo.....	44
3.1.2.6. Unidad de Análisis.....	44
3.1.2.7. Criterios de Inclusión y Exclusión.....	44
3.2. Técnicas e instrumentos.....	44
3.2.1. Procedimientos para la recolección de datos.....	44
a) Fuente de recolección de datos.....	44
b) Información recolectada.....	45
c) Periodo de recolección de datos.....	45
3.2.2. Análisis de datos.....	45
3.3. Aspectos éticos.....	45
 <b><u>CAPITULO IV</u></b>	
4.1. Resultados.....	47
 <b><u>CAPITULO IV</u></b>	
5.1. Discusión.....	62
5.2. Conclusiones.....	66
5.3. Recomendaciones.....	68
5.4. Referencias Bibliográficas.....	69
Anexos.....	73

**INDICE DE TABLAS**

PAG

<b>Tabla 01</b>	Uso de Anticonceptivos Hormonales en Adolescentes que acuden al Hospital Apoyo Iquitos-2015.	47
<b>Tabla 02</b>	Distribución Según Edad de las Adolescentes que usan Anticonceptivos Hormonales y que acuden al Hospital Apoyo Iquitos-2015.	48
<b>Tabla 03</b>	Procedencia de las Adolescentes que usan anticonceptivos Hormonales y que acuden al Hospital Apoyo Iquitos-2015.	49
<b>Tabla 04</b>	Grado de Instrucción de las Adolescentes que usan Anticonceptivos Hormonales y que acuden al Hospital Apoyo Iquitos-2015.	50
<b>Tabla 05</b>	Estado civil de las adolescentes que usan anticonceptivos hormonales y que acuden al hospital Apoyo Iquitos-2015.	51
<b>Tabla 06</b>	Antecedente obstétrico de embarazo y paridad de las Adolescentes que usan Anticonceptivos Hormonales y que acuden al Hospital Apoyo Iquitos-2015.	52
<b>Tabla 07</b>	Uso de Anticonceptivos Hormonales según tipo y tiempo de tratamiento en Adolescentes que acuden al Hospital Apoyo Iquitos-2015.	53
<b>Tabla 08</b>	Efectos secundarios de los anticonceptivos hormonales en adolescentes que acuden al Hospital Apoyo Iquitos-2015.	54
<b>Tabla 09</b>	Efectos secundarios según tipo de Anticonceptivos Hormonales usados en Adolescentes que acuden al Hospital Apoyo Iquitos-2015	55
<b>Tabla 10</b>	Frecuencia de Efectos secundarios del anticonceptivo hormonal “Oral” en usuarias adolescentes que acuden al Hospital Apoyo Iquitos-2015.	56
<b>Tabla 11</b>	Frecuencia de Efectos secundarios del anticonceptivo hormonal “Ampolla mensual” en usuarias adolescentes que acuden al Hospital Apoyo Iquitos-2015.	57
<b>Tabla 12</b>	Frecuencia de Efectos secundarios del anticonceptivo hormonal “Ampolla trimestral” en usuarias adolescentes que acuden al Hospital Apoyo Iquitos-2015.	58
<b>Tabla 13</b>	Relación de los efectos secundarios con el uso anticonceptivos hormonales en adolescentes que acuden al Hospital Apoyo Iquitos-2015.	59

**INDICE DE FIGURAS**

<b>Figura 01</b>	Uso de Anticonceptivos Hormonales en Adolescentes que acuden al Hospital Apoyo Iquitos-2015.	47
<b>Figura 02</b>	Distribución Según Edad de las Adolescentes que usan Anticonceptivos Hormonales y que acuden al Hospital Apoyo Iquitos-2015.	48
<b>Figura 03</b>	Procedencia de las Adolescentes que usan anticonceptivos Hormonales y que acuden al Hospital Apoyo Iquitos-2015.	49
<b>Figura 04</b>	Grado de Instrucción de las Adolescentes que usan Anticonceptivos Hormonales y que acuden al Hospital Apoyo Iquitos-2015.	50
<b>Figura 05</b>	Estado civil de las adolescentes que usan anticonceptivos hormonales y que acuden al hospital Apoyo Iquitos-2015.	51
<b>Figura 06</b>	Efectos secundarios de los anticonceptivos hormonales en adolescentes que acuden al Hospital Apoyo Iquitos-2015.	54

**INDICE DE ANEXOS**

<b>Anexo 01</b>	Permiso (Memorando N° 1521-2015-GRL-DRS-L-HICGG/30.17.01) para facilitar y realizar estudio en el Hospital Apoyo Iquitos-2015.	73
<b>Anexo 02</b>	Consentimiento informado para los padres o apoderados de las menores de edad, Adolescentes que usan Anticonceptivos Hormonales y que acuden al Hospital Apoyo Iquitos-2015.	74
<b>Anexo 03</b>	Formato de encuesta para las Adolescentes que usan anticonceptivos Hormonales y que acuden al Hospital Apoyo Iquitos-2015.	75
<b>Anexo 04</b>	Imágenes de Anticonceptivos hormonales HAI-AÑO 2015	77

## RESUMEN

Se analizó el uso de los anticonceptivos hormonales y los efectos secundarios en usuarias adolescentes del Programa de Planificación Familiar del Hospital Apoyo Iquitos entre los meses de mayo y noviembre del año 2015.

Estudio descriptivo, transversal y explicativo, se utilizó encuestas auto estructuradas a 330 mujeres adolescentes, el análisis estadístico fue con medidas de frecuencia y porcentaje, la relación entre los efectos secundarios y los anticonceptivos hormonales se midió con el cálculo de Chi cuadrado.

Se evaluó a 330 adolescentes entre 16 (4,2%) y 19 (58,2%) años, usuarias de anticonceptivos hormonales Orales (27,9%), Inyectable mensual (10,3%) y trimestral (61,8%); las adolescentes procedían del distrito de Belén (45,5%), San Juan (38,1%) e Iquitos (16,4%). El 61,2% de usuarias culminó sus estudios secundarios. El 55,2% dijo ser solteras y 39,3% son convivientes, más de 75,0% no tuvo un embarazo y cerca del 25% sí estuvo uno o más veces embarazadas. Más del 80% de adolescentes presentó uno o más efectos secundarios, los Trastornos de la menstruación tuvo mayor relación con todos los anticonceptivos hormonales con 57,6% ( $\chi^2$ : 27,8; p: 0,0001) por el uso de píldoras, 61,8% ( $\chi^2$ : 24,3; p: 0,0001) por el uso de ampollas mensuales y 41,2% ( $\chi^2$ : 22,3; p: 0,0015) por el uso de ampollas trimestrales; valores altos en el Aumento de peso por ampollas trimestrales con 51,9% ( $\chi^2$ : 24,45; p: 0,0001); Acné en 31,5% ( $\chi^2$ : 20,32; p: 0,0003), las Náusea/vómitos (23,9%) y cefalea (58,7%) ( $\chi^2$ : 25,43; p: 0,0001), alteraciones del ánimo con 26,1% en usuarias de Píldoras Orales; con similares valores para las ampollas mensuales con Náusea/vómitos (52,9%) ( $\chi^2$ : 24,01; p: 0,0001) y Cefalea (47,1%) entre otros efectos secundarios no significativos para las usuarias adolescentes.

Existe un gran número de usuarias adolescentes y el temprano inicio de relaciones coitales, con altos índices de efectos secundarios y un alto riesgo de contraer ETS, en usuarias solteras (55,2%), ya que no utilizan métodos de barrera (recomendados en estos casos); los altos niveles de efectos secundarios en las adolescentes motivan el cambio o abandono de tratamiento, futuros embarazos no deseados y problemas para su salud si no son atendidos adecuadamente por el sector salud.

***Palabras claves:*** Adolescentes, anticonceptivos hormonales, efectos secundarios.

## ABSTRACT

The use of hormonal contraceptives and side effects in adolescent users of the Family Planning Program Support Hospital Iquitos Between May and October 2015 was analyzed.

Descriptive, transversal and explanatory study, 330 surveys auto structured adolescent women was used Statistical analysis was with measured frequency and prevalence figures representation in bar and pie charts, the association was measured by calculating square Chi<sup>2</sup>.

330 adolescents between 16 (4.2%) and 19 (58.2%) years , users of monthly hormonal oral contraceptives (27.9%) , injectable (10.3%) and quarterly (61.8%), was identified; making a ratio of 6 users quarterly ampoule 1 and 3 monthly oral pill ; They came from Belen district (45.5%), San Juan (38.1%) and Iquitos (16.4%). 61.2 % of users culminated high school. 55.2% said they were single and 39.3% were living together, 75,0% had no pregnancy and about 25% did was pregnant one or more times , and to a lesser extent have culminated in deliveries. More than 80 % of teenagers present one or more side effects, Disorders of menstruation tube greater relationship with all hormonal contraceptives with 57.6% (Chi<sup>2</sup>:27,8; p:0.0001) for the use of pills, 61.8% (Chi<sup>2</sup>:24,3; p:0.0001) for the use of monthly blisters and 41.2% (Chi<sup>2</sup>:22,3; p:0.0015) for the use of quarterly blisters, high values also had the weight gain by quarterly blisters 51.9% (chi<sup>2</sup>: 24,45; p: 0.0001); Acne in 31.5% (Chi<sup>2</sup>:20.32; p:0.0003), the Nausea / vomiting (23.9%) and headache (58.7%) (Chi<sup>2</sup>:25.43; p:0.0001), mood disorders with 26,1% in users of oral pills; with similar values for monthly blisters with nausea/vomiting (52.9%) (Chi<sup>2</sup>: 24.01; p: 0.0001) and headache (47.1%) among others.

There are a number of teenage users and early onset of sexual relations, with high rates of side effects and high risk for STDs, single users (55.2 %), as no Barrier methods are used (recommended these cases); High Levels of Side Effects On Teenage motivate change or abandonment of Future Treatment unwanted pregnancies and problems for your health if no child adequately served by the health sector.

*Keywords: Teens, hormonal contraceptives, side effects.*

# **CAPITULO I**

## 1.1 INTRODUCCION

En cada era, ha existido interés en comportamientos sexuales de los adolescentes, particularmente en las interrelaciones sexuales y sus consecuencias, que preocupan a países en desarrollo como el nuestro donde los adolescentes inician su actividad sexual a una temprana edad y sin usar métodos anticonceptivos adecuados, aunque ellos refieren conocerlos <sup>1</sup>.

La amplia gama de métodos anticonceptivos disponibles en la actualidad, permiten a los programas de salud, ofrecer un método apropiado para evitar cada uno de los embarazos no deseados y sus efectos secundarios. Por ejemplo: los anticonceptivos orales, los condones y los espermicidas, son particularmente apropiados para proteger el primer embarazo, recomendado a las adolescentes; mientras que la esterilización voluntaria es eficaz en parejas mayores que no deseen más hijos.

El uso de métodos anticonceptivos modernos (hormonales) por adolescentes en la última década se ha incrementado; tanto por iniciativa de las adolescentes y familiares de sectores socio-culturales de mejores condiciones, y en el sector público de la salud como medida para contrarrestar los altos índices de embarazos en adolescentes, con mayor índice en la Amazonia Peruana <sup>4</sup>, labor en la que el país se encuentra abocado para cumplir metas de la OMS relacionadas a la inclusión segura en la salud sexual y reproductiva de todas las mujeres y la prevención de muertes por embarazos en condiciones fisiológicas no adecuadas<sup>2</sup>.

Los métodos de barreras son los ideales, pues son accesibles, baratos, seguros; y protegen contra las ITS, la falta de responsabilidad implica un desafío para la sociedad en su mejor uso<sup>3, 5</sup>. Los inyectables o implantes no se recomienda su uso sistemático durante la adolescencia porque pueden producir sangrado irregular <sup>6</sup> y otros malestares, sin embargo hoy en día debido al gran número de embarazo en adolescentes se hace necesario su uso en programas de planificación familiar como método en la prevención de nuevos casos por la irresponsabilidad del uso de métodos de barrera.

Hoy en día las investigaciones sobre métodos anticonceptivos que regulen la fertilidad con eficacia y que a su vez sean inocuos para la salud, y dependiendo de las condiciones fisiológicas de las mujeres, constituye uno de los esfuerzos en los cuales muchos científicos están enfrascados, debido al gran número de efectos secundarios reportados por las usuarias de anticonceptivos hormonales.

El uso de Anticonceptivos Hormonales se relaciona con efectos secundarios como: náuseas y vómitos que tienen relación con la dosis de estrógeno; sangrado intermensual; ausencia de sangrado; aumento de peso; mastalgia, dolor de cabeza, disminución de la frecuencia de coitos; cambios de humor en la mujer; presencia de cloasma, entre otras <sup>6</sup>. Dependiendo del tipo y tiempo de uso del anticonceptivo, así como de la edad y las condiciones fisiológicas de la mujer, con mayor frecuencia en jóvenes que inician tratamiento (adolescentes) reportados en múltiples estudios.

En Loreto dos de cada diez adolescentes están embarazadas o ya tienen un hijo, la región posee el mayor índice de inicio de embarazo en adolescentes, demostrando irresponsabilidad en el poco o mal uso de métodos anticonceptivos; como el uso de métodos anticonceptivos hormonales después de haber tenido un embarazo y el posterior abandono del tratamiento por los efectos secundarios y falta de adecuadas prácticas contraceptivas seguras a esa edad. La situación responde a una realidad compleja, como todos los grandes problemas, falta de educación, mala información, inseguridad, maltrato familiar, pobreza e incluso violaciones sexuales <sup>5</sup>. Problemas que deben ser mejor manejados por el estado y la sociedad civil organizada frente a esta población vulnerable y esperanzadora (los jóvenes) que son el presente y futuro de nuestro país.

## **1.2 OBJETIVOS**

### **1.2.1 Objetivo General**

- Analizar el uso de anticonceptivos hormonales y los efectos secundarios en usuarias adolescentes del Programa de Planificación Familiar. Hospital Apoyo Iquitos-año 2015

### **1.2.2 Objetivos específicos**

1. Identificar los anticonceptivos hormonales que utilizan las adolescentes del Programa de Planificación Familiar. Hospital Apoyo Iquitos-año 2015.
2. Describir las características socioculturales de las usuarias adolescentes de anticonceptivos hormonales del Programa de Planificación Familiar. HAI-2015
3. Conocer el antecedente obstétrico de embarazo y paridad de las usuarias adolescentes de anticonceptivos hormonales del Programa de Planificación Familiar. HAI-2015
4. Identificar el tipo y tiempo de uso de anticonceptivos hormonales en las usuarias adolescentes del Programa de Planificación Familiar. HAI-2015.
5. Conocer la existencia y los de efectos secundarios de los anticonceptivos hormonales en las usuarias adolescentes de Planificación Familiar. Hospital Apoyo Iquitos - 2015.
6. Relacionar los efectos secundarios en función al tipo de anticonceptivos hormonales que utilizan las usuarias adolescentes del Programa de Planificación Familiar. HAI-2015

# **CAPITULO II**

## 2.1 MARCO TEÓRICO

### 2.1.1 ANTECEDENTES

**RODRÍGUEZ** (Cuba, 2005) <sup>12</sup> en su estudio sobre “Percepciones y Comportamiento de Riesgo en la vida Sexual y Reproductiva de los Adolescentes”, concluyo con un comienzo temprano de la actividad sexual, entre las edades de 14 y 15 años, la mayoría de adolescentes lo hacen sin protección, y el uso de anticonceptivos lo realizan a partir de los 17 años, inician con métodos de barrera y las mujeres prueban el uso de anticonceptivos orales desde su tercera pareja sexual a los 17 años, el 21% indico usar ampollas mensuales, y un 18% indico haber usado píldoras orales tras el consentimiento de los padres, el 78% se encontraba en estudios de pre grado y no toleraban ser vigilados por su comportamiento sexual.

**GARCIA y Col-** (Lima, Callao, Huancayo e Iquitos, 2005) <sup>13</sup>, 2,181 adolescentes (15 a 19 años) y 435 (12 a 14 años): Concluyeron el uso de anticonceptivos hormonales en cerca del 30% de la población estudiada, el promedio de edad de uso fue a los 18 años con 48% de la población total, el 72% culminaron sus estudios secundarios y solo el 12% cursaba estudios superiores, el 60% provenía del sector Urbano y 32% de la zona marginal; y que el 48% indico utilizar Anticonceptivos Hormonales de Emergencia tras una relación no esperada y presentando múltiples molestias.

**TORRIENTE** (2006) <sup>14</sup> en su estudio de “Conocimientos sobre aspectos de sexualidad y uso de anticonceptivos en adolescentes de una institución pedagógica de Alamar”, concluyo que el promedio de edad de inicio de relaciones sexuales es de 15 y 16 años respecto a hombres y mujeres; 44% indicó ser soltera y haber estado embarazada en más de una oportunidad (12%) y el 8,2% ya tenían hijos; el uso de anticonceptivos hormonales lo realizaron hasta en 20% de Píldoras Orales, presentando Cefaleas (42%) y Nauseas (34%) y que preferían usar ampollas trimestrales aunque estos les Aumentara de peso (38%). Las Ampollas mensuales se utilizaron hasta 18%, por periodos de 6 meses (48%) y 1 mes de reposo, para continuar luego.

**MONTERROSA** (2006)<sup>15</sup> en su artículo anoto que debido al uso de anticonceptivos orales combinados en los periodos de un trimestre en 65 mujeres (62%) y 74(71,2%) en el segundo trimestre, pudo determinar ciertos efectos secundarios, los cuales generalmente se presentan en los dos o tres primeros ciclos. En general algunos de estos síntomas se presentan hasta en el 25% de las usuarias cuando reciben su primer ciclo, pero disminuyen hasta el punto que solo el 5% los presentan más allá del 3 ciclo o mes de tratamiento, determino la presencia de trastornos menstruales en más del 46% de adolescentes, la aparición de manchas y Acné en brazos, pecho y cara hasta en 24%, presentando constantes molestias y Nauseas hasta en 35% de ellas.

**ESPINOS** (2006) <sup>16</sup>. En nuestro país, en el Hospital de Apoyo de la Merced, Chanchamayo, Junín, se realizó un estudio sobre el acetato de medroxiprogesterona donde observó que es bastante empleado por las usuarias del Programa de Planificación Familiar durante el primer año de tratamiento en 75%, la mayor población proviene de áreas rurales (68%). Sin embargo con el uso de este método, el 53.7% de usuarias refiere algún efecto secundario siendo los más frecuentes los cambios menstruales tales como la amenorrea y trastornos de la menstruación (33.8%), aumento de peso (37.3%) y cefalea (25.4%), registrándose también náuseas, trastornos emocionales, y con menor frecuencia sensibilidad mamaria, cambios en la piel, como acné (12,2%), cloasma, trastorno visuales, debilidad entre otros.

**PATÍÑO y col.** (2007) <sup>17</sup> estudiaron la evolución en un año los efectos secundarios en una cohorte de pacientes con inyectables mensuales de Medroxiprogesterona + estradiol 25mg, observaron los efectos secundarios con mayor frecuencia; el primer mes fueron alteraciones del ciclo menstrual 48%, mastalgia 46%, amenorrea 40%, mareo 40%, cefalea 40%, náuseas 30%, acné 28%, aumento de peso 26% y dolor local 10%. Observó relación entre la presencia de Amenorrea (Chi2: 22,3; p<0,05) con dicho tratamiento; para el cuarto trimestre las náuseas y las alteraciones del ciclo (Chi2: 20,04; p<0,05) y en similar relación los vómitos (Chi2: 21,3; p: 0,005). El 61,1% de las pacientes deserto del método al final del estudio, de ellas 78% presento más de tres efectos secundarios tras la dosis del anticonceptivo inyectado.

**IBARRA y col.** (2007) <sup>18</sup> con la finalidad de determinar los efectos secundarios del inyectable mensual Mesigyna® en usuarias de Inppares en el año 2007, realizaron un estudio de tipo retrospectivo descriptivo, donde encontraron que el promedio de edad de las usuarias es de los 22 años, que más del 38% de la población cursa estudios superiores, tienen un buen conocimiento de los anticonceptivos hormonales, sin embargo la prevalencia de los efectos secundarios, fue un gran problema, teniendo en cuenta que el 18% le molesto haber Subido de peso, molestias por Cefaleas (36%) y los Trastornos de la menstruación en más del 62% de las mujeres cuya relación fue muy alta (Chi<sup>2</sup>: 28,2; p: 0.003).

**GIL (2010)** <sup>19</sup> determino la asociación que existe entre los conocimientos, el uso y la aceptación de efectos secundarios en usuarias del acetato de medroxiprogesterona como método anticonceptivo. Estudio observacional transversal, desarrollado en el Servicio de Planificación Familiar del Hospital Nacional Arzobispo Loayza en enero del 2010. En su mayoría las usuarias tienen conocimientos adecuados sobre los efectos secundarios, sin embargo la aparición de estos ocurre durante las dos primeras semanas de tratamiento, teniendo Cefalea en cerca del 32% de la población, así como Mastalgia (21,3%) y la aparición de Acné y manchas en el rostro en el 18%. La relación del Aumento de peso (42%) y el método utilizado fue muy significativo (Chi<sup>2</sup>: 26,1; p: 0,0015) y su Razón de Prevalencia de 4,6 (IC: 4,2-6,1).

**GALARZA y col.** (2012) <sup>20</sup> en Sayausí Cuenca, determinaron el uso de anticonceptivos hormonales en mujeres jóvenes; Ampollas mensual (29%), Ampolla trimestral (36%) y el 33,5% utilizo píldoras orales en mujeres de 18 a 25 años; los efectos secundarios manifestados: Alteraciones del sangrado menstrual: 44,1%; cefalea: 51,2%; Nausea 29,4%; Mareo 32,4%; Alteración del patrón menstrual 42,9%; sangrado infrecuente 24,7%; amenorrea 18,8%; mastalgia 11,8%; galactorrea 1,2%. Cuya prevalencia de los trastornos de la menstruación con 44%, es de 44 usuarias por 100 que utilizan anticonceptivos orales; la mayor prevalencia fue de la Cefalea con más de 50 casos por 100 usuarias de dicho método; con la relación altamente asociado a la Cefalea (Chi<sup>2</sup>: 24,2; p: 0,0025) y Nauseas (Chi<sup>2</sup>: 20,12; p: 0,005).

**ALVEAR y col.** (2013) <sup>21</sup> colocaron implantes contraceptivos subdérmicos en mujeres de diferentes edades que acudieron al Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora.; Determino: acné en un 37.5% en adolescentes (n=48) y en adultas 21.8% (n=29) p = 0.012 y, dismenorrea en un 32.1% (n=41) en adolescentes y 14.3% (n=19) en adultas p=0.003, siendo estos más prevalentes en adolescentes, en tanto que la presencia de nódulos mamarios en el grupo de adolescentes en un 0%, y en un 4,5% (n=6) en adultas, p = 0.015, cefalea en adolescentes en un 22.9% (n=29) y en adultas en un 54.9% (n=73), p = 0.000 y náusea el 11.8% (n=15).

**ARRICIAGA** (2013) <sup>22</sup> identifico los principales efectos secundarios del uso de la píldora de anticoncepción de emergencia (AOE) a base de 1.5 mg de levonorgestrel entre adolescentes, incluyo 1733 registros de adolescentes de 14 a 18 años que acudieron a los centros de salud N° 1 y N°3 del Ministerio de Salud Pública del Ecuador para recibir una píldora de anticoncepción oral de emergencia. De 1733 casos se presentaron 23,4% de efectos secundarios entre adolescentes que emplearon AOE. El principal síntoma fue el spotting (58.7%) seguidos de retraso menstrual (23.1%), náusea (11,8%) y vómito (6,4%); concluye que la presencia de efectos colaterales es bajo con el uso de AOE, pero habría que considerar que podría existir un su registro de los casos con eventos de efectos secundarios.

**APAZA y col** (2014) <sup>23</sup> tuvieron como objetivo determinar los efectos secundario del uso continuo del Depo-Provera en mujeres fértiles de 15 – 49 años en la ciudad de Sucre. Al momento de efectuarse los experimentos se apreció que el 97% de las mujeres sometidas a prueba presentaron efectos secundarios, el 81% tuvo disminución de sangrado menstrual, el 76% tuvo dolor de cabeza, 69% aumento de peso, el 67% presento cambios de carácter, el 35% con dolor de espalda, el 26% dolor abdominal y amenorrea, el 24% tuvo mareos, el 20% hiperpigmentación y el 11% presento vómitos.

## **2.1.2 MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL**

### **2.1.2.1. La adolescencia**

Es una etapa entre la niñez y la edad adulta que se inicia por los cambios puberales y se caracteriza por profundas transformaciones biológicas psicológicas y sociales muchas de ellas generadoras de crisis, conflictos y contradicciones. No es solamente un periodo de adaptación a los cambios corporales, sino una fase de grandes determinaciones hacia una mayor independencia psicológica y social <sup>24</sup>, que implica mayor expresión de la sexualidad y responsabilidad de sus consecuencias.

La OMS define "la adolescencia es la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años, considerándose dos fases, la adolescencia temprana 10 a 14 años y la adolescencia tardía 15 a 19 años<sup>23, 24</sup>. Paralelamente a este tenemos también la juventud que comprende el periodo entre 15 y 24 años de edad, es una categoría psicológica que coincide con la etapa post-puberal de la adolescencia, ligada a los procesos de interacción social, de definición de identidad y la toma de responsabilidad, es por ello que la condición de juventud no es uniforme, varía de acuerdo al grupo social que se considere<sup>25</sup>.

Independientemente de las influencias sociales, culturales y étnicas la adolescencia se caracteriza por los siguientes eventos: Desarrollo sexual caracterizado por la maduración de los órganos sexuales, aparición de caracteres sexuales secundarios y se inicia la capacidad reproductiva<sup>24</sup>.

### **2.1.2.2 Manifestaciones y conductas sexuales con desarrollo de la identidad sexual**

- Familias disfuncionales.
- Deserción escolar.
- Consumo de alcohol y drogas.
- Enfermedades de transmisión sexual asociadas a prácticas riesgosas.
- Embarazo, abortos.

### **2.1.2.3 Planificación Familiar**

Se define la planificación familiar como el derecho que tienen las parejas a decidir libre y responsablemente la cantidad, el espaciamiento de sus hijos, así como de disponer de la información, educación y medios para hacerlo <sup>27</sup>.

### **2.1.2.4 Historia de la Anticoncepción Hormonal**

En el primer texto médico del que se tiene noticia, *El Papiro de Petri*, de 1850 antes de Cristo, figuraban ya las recetas anticonceptivas. Se aconsejaba el uso de excremento de cocodrilo mezclado con una pasta que servía como vehículo, usado seguramente como pesario insertado en la vagina; otra receta consistía en una irrigación de la vagina con miel y bicarbonato de sodio nativo natural. El segundo texto importante, *El Papiro de Ebers*, contiene la primera referencia a un tapón de hilaza medicado: “Tritúrese con una medida de miel, humedézcase la hilaza con ello y colóquese en la vulva de la mujer”.

La referencia bíblica citada con más frecuencia es un pasaje del Génesis, capítulo 38: “Pero Onán, sabiendo que la prole no sería suya, cuando entraba a la mujer de su hermano se derramaba en la tierra para no dar prole a su hermano”. La primera referencia griega sobre la anticoncepción, se encuentra en el libro de Aristóteles *Historia Animalium*, del siglo IV antes de Cristo que decía: “Algunos impiden la concepción untando la parte de la matriz en la que cae el semen con aceite de cedro o con un ungüento de plomo o con incienso mezclado con aceite de olivo”. La mención más antigua en un texto chino es de *Sub Ssu M*: “Tómese algo de aceite y de mercurio y fríase sin parar y tómese una píldora tan grande como una semilla de yayuba con el estómago vacío e impedirá la preñez para siempre”.

*Soranos*, el ginecólogo más importante de la antigüedad, hizo la descripción más brillante y original sobre las técnicas anticonceptivas antes del siglo XIX: “Un anticonceptivo se diferencia de un abortivo en que el primero no permite que tenga lugar la concepción, mientras que el último destruye lo que ha sido concebido”.

Desde finales del siglo XIX se sospechaba que los ovarios segregaban una sustancia que inhibía la ovulación. En 1932 dos científicos de Schering, Walter Hohlweg y Karl Junkmann, postularon que la glándula pituitaria juega un papel principal en el control cíclico. Hohlweg a su vez desarrolló el concepto de retroalimentación negativa, el cual explicó por primera vez cómo se podría obtener esterilidad funcional como resultado de la administración hormonal. En 1937 Hohlweg y su colega Hans H. Inhoffen sintetizaron el etinilestradiol, el primer derivado del estrógeno que podía aplicarse efectivamente en dosis oral. Inhoffen sintetizó etinil testosterona en 1939, pero entonces no contaban con la tecnología necesaria para refinar la sustancia.

Un año más tarde, del otro lado del Atlántico, el científico americano Russell E. Marker fue exitoso en sintetizar la progesterona, obtenida de la raíz de un tubérculo de origen mexicano llamado barbasco. Pero el progreso más decisivo provino del trabajo de Carl Djerassi y Frank Colton. La síntesis de 19-norprogesterona y, luego, noretisterona, el cual representó el primer derivado de la progesterona altamente efectivo y aplicable en forma oral. Es a partir de 1950 que el Doctor *Gregory Pincus* y el Doctor *John Rock* comenzaron a realizar diferentes trabajos con compuestos hormonales, y en 1956 el Doctor *Pincus* anuncia en Puerto Rico el descubrimiento de la píldora<sup>28</sup>.

La primera píldora contenía 10 mg de noretinodrel y 150 mcg de mestranol. Ahora, existen píldoras con dosis diarias de gestágeno tan bajas como 0.060 mg y dosis de sólo 0,015 mg de etinilestradiol. La posibilidad de reducir la dosis diaria requerida para producir una anticoncepción hormonal efectiva ha sido producto de múltiples investigaciones.

A la fecha los avances sobre los anticonceptivos hormonales han seguido por lo menos cuatro posibles direcciones en la búsqueda por minimizar los riesgos, manteniendo e incluso mejorando su efectividad, su facilidad de uso y sus efectos positivos en la salud de las usuarias. Estas cuatro direcciones han sido: la reducción en la dosificación de hormonas la búsqueda de vías no orales de administración, la síntesis de nuevos progestágenos con un perfil metabólico más favorable y una mejor selección de las mujeres que usarán el método<sup>28</sup>.

### 2.1.2.5 Métodos Anticonceptivos Hormonales

La anticoncepción hormonal es un método anticonceptivo basado en el fenómeno de retroalimentación entre hipófisis y ovarios, de tal manera que al administrar hormonas habitualmente producidas por estos, tales como las hormonas aportadas en pastillas (que son similares a las producidas por los ovarios durante el embarazo) las células de la hipófisis frenan la producción de gonadotropinas, pues es fisiológico que durante el transcurso de un embarazo el organismo evite el inicio de otro para que no haya dos con diferente cronología. Las acciones farmacológicas de los anticonceptivos hormonales, en especial las formulaciones combinadas afectan a varios órganos y tejidos del cuerpo (efectos secundarios).

Son los métodos temporales de planificación familiar que contienen estrógenos y progestina o sólo progestina, se usan por vía oral, intramuscular o subdérmica, con el objetivo de prevenir el embarazo. Estos métodos no protegen de las infecciones de transmisión sexual (ITS).

#### 2.1.2.5.1. Clasificación Según su contenido:

- Los métodos anticonceptivos hormonales combinados contienen estrógenos y progestina.
- Los métodos anticonceptivos hormonales sólo de progestina no contienen estrógeno.

Efectos secundarios según componentes hormonales:

- **Exceso estrogénico:** Menorragia/dismenorrea, náuseas y vómitos, retención de fluidos, tensión mamaria (puede deberse también a exceso de actividad progestagénica).
- **Exceso progestagénico:** Amenorrea, acné, seborrea, aumento de peso, depresión y/o irritabilidad, reducción de la libido<sup>28</sup>.

### 2.1.2.5.2 Efectos Secundarios de los Anticonceptivos

Efecto	Causa	Manejo
Retención de líquido	Exceso de estrógeno	Disminuir estrógeno
Sensación de plenitud y llenura	Exceso de progestágeno	Disminuir progestágeno
Náuseas y vómitos	Exceso de estrógeno	Disminuir estrógeno
Ingurgitación e hipersensibilidad mamaria	Estrógeno y progestágeno	Disminuir ambos o aumentar progestágeno
Irritabilidad	Exceso de progestágeno	Disminuir progestágeno
Cefalea, migraña.	Exceso de ambos	Disminuir ambos
Menorragia	Exceso de estrógeno	Disminuir estrógeno
Menstruación escasa estrógeno deficiente	Exceso de progestágeno,	Aumentar estrógeno
Hemorragia en brecha estrógeno deficiente	Exceso de progestágeno,	Aumentar estrógeno, disminuir progestágeno
Aumento de peso	Exceso de progestágeno	Disminuir progestágeno
Pigmentación cutánea	Exceso de estrógeno	Disminuir estrógeno
Tromboflebitis	Exceso de estrógeno	Disminuir estrógeno
Disminución de la libido	Exceso de progestágeno	Aumentar estrógeno, disminuir progestágeno
Depresión estrógeno deficiente	Exceso de progestágeno,	Aumentar estrógeno, disminuir progestágeno

Vagina reseca	Estrógeno deficiente	Aumentar estrógeno
Acné	Exceso de progestágeno	Disminuir progestágeno, aumentar estrógeno
Hirsutismo	Exceso de progestágeno	Disminuir progestágeno, aumentar estrógeno
Disminución del tamaño mamario	Disminución de estrógeno	Aumentar estrógeno.

### 2.1.2.5.3. Clasificación Según su vía de administración:

#### I. Anticonceptivos Hormonales Orales

##### a) Combinados

###### Definición

Son pastillas que contienen estrógeno y progestina en diferentes dosis, que previenen temporalmente el embarazo. Se recomienda utilizar aquellos denominados de baja dosis, es decir, los que contienen 35 microgramos de Etinil Estradiol o menos.

- **Mecanismo de acción**

Principalmente inhiben la ovulación y en forma secundaria espesan el moco cervical dificultando el paso de los espermatozoides. No actúan interrumpiendo la gestación.

- **Duración del efecto anticonceptivo**

La protección anticonceptiva está limitada a cada uno de los ciclos en los cuales se ingieren las pastillas o píldoras en forma correcta y sistemática.

- **Retorno de la fertilidad**

El retorno de la fertilidad es inmediato a la suspensión del método.

- **Efectividad**

Es un método muy efectivo cuando se usa correcta y sistemáticamente teniendo una tasa de embarazo accidental al primer año de uso de menos del 1%. (Tasa teórica). Cuando no se usa en forma correcta y sistemática, la tasa de embarazo accidental al primer año es del 6 al 8%. (Tasa típica). Los diferentes proveedores de planificación familiar deben conocer y destacar en la consejería a las usuarias los siguientes aspectos:

- **Beneficios**

- ✓ Ayuda a proteger contra:
  - Cáncer endometrial
  - Cáncer de ovario
  - Enfermedad pélvica inflamatoria sintomática
- ✓ Puede ayudar a proteger contra:
  - Quistes ováricos
  - Anemia por deficiencia de hierro

- **Efectos secundarios posibles:** Algunas mujeres pueden presentar:

- Cefalea
- Náusea y vómitos
- Mareo
- Sensibilidad mamaria anormal
- Irregularidades menstruales
- Cambios del estado de ánimo

## **b) Solo de Progestina**

- **Definición**

Son píldoras que contienen bajas dosis de progestina, no contienen estrógenos y que se ingieren diariamente en forma continua.

- **Descripción o tipo**

Existen 2 formulaciones:

1. Linestrenol 500 mcg.
2. Desogestrel 75 mcg

- **Mecanismo de acción**

- Inhibe la ovulación
- Espesa del moco cervical dificultando la penetración de los espermatozoides.
- Hace lento el desplazamiento del óvulo en las Trompas de Falopio.

- **Duración del efecto anticonceptivo**

La protección anticonceptiva depende del uso diario y continuo. Si se omiten 1 ó más tabletas el método no es efectivo.

- **Retorno de la fertilidad**

El retorno de la fertilidad es inmediato a la suspensión del método.

- **Efectividad**

Cuando el método se usa de una manera correcta y sistemática, la tasa de embarazo accidental después del primer año de uso es menor al 1% en mujeres en período de lactancia. En mujeres que no están lactando la tasa de efectividad es ligeramente menor. En uso irregular del método la tasa de embarazo es de aproximadamente un 12%.

- **Beneficios:** Ayuda a proteger contra:

- ✓ En enfermedades en las cuales los estrógenos están contraindicados
- ✓ Disminuye la enfermedad pélvica inflamatoria
- ✓ Pueden utilizarse en mujeres que están amamantando

- **Signos de alarma**

Dolor abdominal intenso (signo de alerta de embarazo ectópico), en este caso se debe acudir inmediatamente a consulta.

- **Efectos secundarios posibles**

Los efectos secundarios que algunas mujeres pueden presentar son:

*Más comunes:*

- Irregularidades menstruales (hemorragia, manchado prolongado o amenorrea) que son menos frecuentes cuando se usa durante la lactancia

*Menos comunes:*

- Cefalea
- Náuseas y aumento de peso
- **Manejo de efectos secundarios**
  - En caso de sintomatología leve, se debe reforzar la información, consejería y recomendar a la usuaria continuar el uso del método anticonceptivo

### **c) Píldoras Anticonceptivas de Emergencia (PAE)**

- **Definición**

Consiste en el uso de anticonceptivos orales dentro de las primeras 72 horas posteriores a una relación sexual sin protección para la prevención del embarazo.

- **Descripción o tipos**

- Anticonceptivos orales combinados
- Anticonceptivos orales que contienen sólo progestina.

- **Presentación**

- **Pastillas combinadas.** Se usan anticonceptivos orales combinados que contengan una mezcla de etinilestradiol y levonorgestrel o norgestrel. Existen algunas presentaciones que contienen 50 microgramos de etinilestradiol y 250 microgramos de levonorgestrel ó 500 microgramos de norgestrel.

- **Pastillas de progestina sola.** Existen presentaciones en las que cada pastilla contienen 750 microgramos de levonorgestrel. Existen otras pastillas más comúnmente disponibles en las que cada una contiene 37.5 microgramos de levonorgestrel ó 75 microgramos de norgestrel

- **Mecanismo de acción**

El mecanismo principal, es la inhibición o postergación de la ovulación, impidiendo así la fecundación; interfiere en la migración y función de los espermatozoides en la fase lenta o sostenida de la migración espermática. Además aumenta la viscosidad del moco cervical impidiendo el paso de los espermatozoides a la cavidad uterina.

- **Efectos secundarios posibles**

Son comunes náuseas y vómitos, particularmente con el uso de los orales combinados. Irregularidades en el ciclo menstrual siguiente al uso de PAE pueden presentarse, la alteración más común es un retraso en el inicio de la nueva menstruación.

## **II. Anticonceptivos Hormonales Inyectables**

Son aquellos que contienen hormonas sintéticas, las cuales se administran por medio de una inyección intramuscular profunda.

### **a) Anticonceptivos inyectables combinados.**

- **Definición**

Los anticonceptivos inyectables combinados son compuestos de estrógenos sintéticos, que se metabolizan a nivel hepático y liberan un estrógeno natural; y progestina sintéticas, que se usan por vía intramuscular con el objetivo de prevenir temporalmente el embarazo.

- **Descripción o tipo**

- 5 mg. de Valerato de Estradiol más 50 mg de Enantato de noretisterona.

**Nombre comercial:** Mesigyna, Norigynon, Mesigest

- 5 mg. de Cipionato de estradiol más 25 mg. de Acetato de medroxiprogesterona.

**Nombre comercial:** Ciclofem, Ciclofemina

- 10 mg. de Enantato de estradiol más 150 mg. Acetofénido de dihidroxiprogesterona.

- **Mecanismo de acción**

Principalmente inhibe la ovulación y en forma secundaria espesa el moco cervical, dificultando el paso de los espermatozoides.

- **Duración del efecto anticonceptivo**

La protección anticonceptiva es por un período de 30 días.

- **Retorno de la fertilidad**

El retorno de la fertilidad es inmediato una vez terminados los 30 días de protección anticonceptiva. Aproximadamente un mes más que con la mayoría de los otros métodos

- **Efectividad**

Bajo condiciones correctas y sistemáticas de uso, este método tiene una tasa de riesgo de embarazo accidental al primer año menos de 1%.

- **Signos de alarma:** En muy raras ocasiones pueden presentar los siguientes signos:

- Visión borrosa
- Cefalea intensa con síntomas neurológicos focales
- Dolor intenso en las piernas o en el abdomen
- Dolor intenso en el pecho o dificultad para respirar

- **Efectos secundarios posibles**

- Cefalea
- Aumento de peso
- Náuseas
- Sensibilidad mamaria anormal
- Irregularidades menstruales
- Amenorrea
- Cambios del estado de ánimo

## **b) Anticonceptivos inyectables solo de progestina**

- **Definición**

Son los anticonceptivos hormonales inyectables que contienen solamente una progestina sintética. Son de larga duración, que se aplican cada 2 ó 3 meses, según el tipo de inyectable.

- **Descripción o tipo**

Existen 3 formulaciones diferentes, todas contienen una progestina sintética esterificada:

- 200mg. de Enantato de noretisterona (NET-EN) en ampollas de 1 ml. de solución oleosa. **Nombre comercial** = Noristerat
- 150mg. de Acetato de medroxiprogesterona microcristalina (DMPA) en ampollas de 3 ml. de suspensión acuosa. **Nombre comercial** = Depoprovera.
- 104 mg de Acetato de medroxiprogesterona subcutánea. Aprobada por la FDA con el **nombre comercial**= Depo-subQ provera 104. (aun no disponible en el país).

- **Mecanismo de acción**

Inhibición de la ovulación; espesamiento del moco cervical, dificultando la penetración de los espermatozoides

- **Duración del efecto anticonceptivo**

- La protección anticonceptiva conferida por el Enantato de Noretisterona (NET-EN) se extiende por lo menos a 60 días después de su aplicación.
- La protección anticonceptiva conferida por el Acetato de medroxiprogesterona (DMPA) se extiende hasta por lo menos 90 días después de su aplicación.

- **Efectividad**

Es un método altamente efectivo con una tasa de embarazo accidental después del primer año de uso menor del 1%.

- **Beneficios:** Ayuda a proteger contra:

- Riesgo de embarazo
- Cáncer de endometrio
- Fibromas uterinos
- Puede ayudar a proteger de Enfermedad pélvica inflamatoria
- Anemia por deficiencia de hierro.
- Crisis de anemia falciforme.
- Síntomas de endometriosis (dolor pélvico y sangrado endometrial)

- **Signos de alarma**

No se han descrito complicaciones importantes con su uso.

- **Efectos secundarios**

Los problemas principales asociados con el uso de este método son las irregularidades menstruales, sangrado prolongado o abundante y amenorrea. Algunas mujeres pueden presentar cefalea, mastalgia, aumento de peso, náusea, nerviosismo, cambio del estado de ánimo o del deseo sexual, mareos, distensión y molestia abdominal. El retraso en el retorno a la fertilidad puede también ser un problema en algunos casos.

### **c) Anticonceptivos Inyectables de Emergencia.**

#### **• Definición**

Consiste en la aplicación de una inyección dentro de las primeras 72 horas, para prevenir un posible embarazo como consecuencia de relaciones sexuales no protegidas.

#### **• Composición:**

Cada ampolla contiene:

Progesterona..... 30 mg

Benzoato de estradiol.....30 mg

Vehículo c.s.p..... 2ml

#### **• Mecanismo de acción**

VERMAGEST es un medicamento combinado de estrógenos y progesterona que es utilizado para prevenir una gestación no deseada cuando se han sostenido relaciones sexuales no protegidas, alrededor del día de la ovulación. Su acción se ejerce sobre el endometrio, disminuyendo su capacidad de fijar y anidar el óvulo fecundado, haciéndolo así no adecuado para la reproducción.

#### **• Indicaciones**

Anticoncepción de emergencia para evitar un embarazo no deseado, cuando se ha tenido coito no planificado y desprotegido, en casos de violación sexual, falla en el método anticonceptivo (por ejemplo, ruptura del preservativo, olvido de una o más píldoras, dudas en la fecha de ovulación).

#### **• Recomendaciones**

- Debe utilizarse en una sola ocasión dentro del mismo ciclo y evitar su uso en ciclos sucesivos.
- El periodo menstrual se presentará alrededor de la fecha esperada (entre 8 y 18 días).
- Se recomienda el uso del medicamento dentro de un periodo que no exceda a las 48 horas después del coito.

- **Efectos secundarios**

En raras ocasiones se podrían presentar náusea, vómito, mareo y dolor en los senos, que desaparecen espontáneamente en las 24 horas después de administrada la inyección.

- **Dosis y vía de administración**

Administrar una ampolla vía intramuscular lo más pronto posible después del coito desprotegido, de preferencia antes de 48 horas.

- **Creencias de los Anticonceptivos Hormonales**

Aunque los anticonceptivos modernos ya tengan más de 50 años de vida, aún hay muchos mitos relacionados con ellos. La principal razón por la cual muchas mujeres se niegan a usarla es la creencia de que provoca un aumento de peso. Debido a esto se llevó a cabo un estudio, publicado en enero en *Human Reproduction*, por la Dra. Judy Cameron, experta en obstetricia y ginecología de la Universidad de Oregon, Estados Unidos, que reveló que la píldora no sólo no provoca un incremento de peso, sino hasta podría ayudar a bajar algunos kilos <sup>33</sup>.

Existe una creencia equivocada sobre la píldora, que su uso continuo puede provocar esterilidad en las mujeres. “Es falso. Las mujeres que dejan de tomar la píldora se embarazan tan fácilmente como aquéllas que nunca la han usado”, afirma Lynn Hearnton, de la organización británica *Family Planning Association*. Cabe mencionar que existe el mito de la disminución de la libido a causa de los anticonceptivos por lo que se han realizado estudios comparativos de la frecuencia de relaciones sexuales y orgasmo, antes y después del uso de anticonceptivos orales no han revelado diferencias. Es posible que algunas pacientes experimenten un aumento del deseo sexual. Otro mito sobre los anticonceptivos hormonales: es el creer que es necesario hacer una pausa o descanso en su toma. “La prescripción de estas pausas resulta, sin embargo, un error médico”. La Organización Mundial de la Salud (OMS) afirma que los descansos son perjudiciales para las mujeres que toman pastillas ya que interrumpen la protección anticonceptiva, obligan a la pareja a utilizar otros métodos que les son menos familiares, cómodos o confiables, y facilitan la reaparición de efectos adversos al reiniciar la toma de sus pastillas.

## **2. 2. HIPOTESIS**

Al tratarse de un estudio de Nivel descriptivo, no es necesario proporcionar Hipótesis, ya que en este estudio solo se describe la situación tal y como es.

## **2.3. DEFINICIONES OPERACIONALES**

### **2.3.1. Variables**

#### **2.3.1.1. Variable Asociadas**

- Uso de anticonceptivos hormonales en adolescentes. Hospital Apoyo Iquitos. Año 2015.

#### **2.3.1.2. Variable de Interés**

- Efectos secundarios de los anticonceptivos hormonales en adolescentes. Hospital Apoyo Iquitos. Año 2015.

### 2.3.1.3 Operación de variables

VARIABLES ASOCIADAS	DEFINICION CONCEPTUAL	INDICADOR	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA	INSTRUMENTO
<b>Características socioculturales</b>	Es el conjunto de características sociales, demográficas, culturales de la unidad de estudio dentro de la población; como Edad, Nivel de instrucción, Estado civil.	<b>Edad</b>	<b>Edad:</b> años vividos desde el nacimiento hasta el momento del estudio.	<b>Numérico</b>	<b>Años</b>
		<b>Nivel de instrucción</b>	<b>Nivel de instrucción:</b> Años de estudios cursados y aprobados, tendrá 4 índices: sin estudios, Primaria, secundaria y técnica o superior.	<b>Ordinal</b>	<b>Grado de instrucción:</b> 1. Sin estudios 2. Primaria 3. Secundaria 4. Superior/Técnica

		<b>Estado civil:</b>	<p><b>Estado civil:</b> Estado en la persona con respecto a sus deberes y derechos con niveles sociales, económicos y legales.</p> <p><b>Soltera:</b> vive sola con o sin hijos y/o no tiene vínculo con el padre.</p> <p><b>Casada:</b> tiene vínculo legal (civil) con su pareja.</p> <p><b>Conviviente:</b> No tiene vínculo legal pero vive con su pareja.</p>	<b>Nominal</b>	<p><b>Estado civil</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Soltera</li> <li>2. Conviviente</li> <li>3. Casada</li> </ol>
<b>Antecedente Obstétrico</b>	Es el conjunto de características obstétricas de la usuaria de AH como paridad y embarazo.	<b>Paridad:</b>	<p>Número de partos que registra la usuaria de anticoncepción Hormonal.</p> <p><b>Nulípara:</b> no tuvo ningún parto.</p> <p><b>Primípara:</b> solo tuvo 1 Parto.</p> <p><b>Múltiparas:</b> Mujer que ha presentado 2 o más</p> <p><b>Gran Múltipara:</b> mujer con 5 partos a más.</p>	<b>Nominal</b>	Número de veces de partos.

		<b>Embarazos:</b>	Numero de fecundaciones positivas en las que se encontró la usuaria anterior al estudio.	<b>Nominal</b>	Número de veces de embarazo
<b>Anticonceptivo hormonal</b>	Sustancias en base a progestágenos, estrógenos o combinados que se usan por vía oral o parenteral para evitar la ovulación, con el fin de evitar un embarazo.	<b>Tipo de tratamiento</b>	Sustancia hormonal que usa la mujer para evitar un embarazo. 1. Etinil estradiol 0,03 mg (blíster mensual; 2. Medroxiprogesterona 150 mg (ampolla trimestral); 3. Medroxiprogesterona/Estradiol 25mg (ampolla mensual)	<b>Nominal</b>	1. Etinil estradiol 0,03 mg (blister); 2. Medroxiprogesterona 150 mg (ampolla trimestral); 3. Medroxiprogesterona/Estradiol 25mg (ampolla mensual)
		<b>Tiempo tratamiento:</b>	<b>Tiempo de uso:</b> es el tiempo que viene tomando la usuaria de anticonceptivo hormonal.	<b>Continua</b>	<b>Meses</b>

VARIABLES DE INTERES	DEFINICION CONCEPTUAL	INDICADOR	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA	INSTRUMENTO
<b>Efectos secundarios</b>	Efecto no intencional de un medicamento que aparece a dosis utilizadas en humanos con fines profilácticos, diagnósticos o terapéuticos”.	<b>Clínica</b>	Información que la paciente describe en la historia clínica como efecto no deseado en su organismo tras la toma del anticonceptivo hormonal, cual es recabado en el estudio.	<b>Nominal</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.Dolor de cabeza</li> <li>2.Alteración del sangrado menstrual</li> <li>3.Sangrado intermensual</li> <li>4.Amenorrea</li> <li>5.Aumento de peso</li> <li>6.Otros.</li> </ol>

# **CAPITULO III**

## 3.1. METODOLOGÍA

### 3.1.1 Metodología de investigación

- Según el tipo de estudio:  
**No experimental:** Porque no existió manipulación de las variables asociadas.
- Según la intervención del investigador:  
**Observacional:** Porque no existió intervención de los investigadores, los datos reflejan la evolución natural de los eventos, ajena a la voluntad del investigador.
- Según la planificación de la toma de datos:  
**Prospectivo:** Porque los datos fueron recogidos en registros (Hoja Formato de Encuesta), donde los investigadores diseñaron antes los datos de las variables a recolectar.
- Según el número de ocasiones en que se mide de la variables de estudio:  
**Transversal:** Porque se recolectó datos en un tiempo y veces único.
- Según la comparación de poblaciones:  
**Descriptivo:** Porque nos centramos en recolectar datos que describan la situación tal como es el fenómeno.

### 3.1.2. Población y Muestra

#### 3.1.2.1. Universo

El universo estuvo constituido por todas las pacientes que acuden a los consultorios de ginecoobstetricia del Hospital Apoyo Iquitos, año 2015.

#### 3.1.2.2. Población

La poblacional estuvo constituido por pacientes adolescentes que acuden al programa de Planificación Familiar del consultorio de ginecoobstetricia del Hospital Apoyo Iquitos, y que reciben la terapia de anticoncepción hormonal, año 2015.

#### 3.1.2.3. Muestra

La muestra estuvo constituida por mujeres adolescentes que son usuarias de anticonceptivos hormonales del programa Estratégico de Salud Sexual y Reproductiva del área de Planificación Familiar del Hospital Apoyo Iquitos, y que cumplen con los criterios de inclusión y exclusión.

#### 3.1.2.4. Tamaño de muestra

Se utilizó la fórmula del muestreo:

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

$n$  = tamaño de la muestra

Dónde:

$N$  = tamaño de población

$\sigma$  = desviación estándar de la población (constante 0,5)

$Z$  = 1.96, para  $p < 0.05$

$e$  = Límite aceptable del error muestral 5% (0,05)

$$n = \frac{N \times (1,96)^2 \times (0,5)^2}{(N-1) \times (0,05)^2 + (1,96)^2 \times (0,5)^2}$$

### **3.1.2.5. Muestreo**

Método probabilístico simple, el cual se eligió de la sumatoria total de usuarias adolescentes de anticonceptivos hormonales del Hospital Apoyo Iquitos, año 2015.

### **3.1.2.6. Unidad de análisis**

Mujeres adolescentes usuarias de anticonceptivos hormonales que acuden al Hospital Apoyo Iquitos, año 2015

### **3.1.2.7. Criterios de Inclusión y Exclusión**

#### **Los criterios de inclusión son:**

- Toda mujer adolescentes que se encuentre recibiendo terapia de anticoncepción hormonal oral e inyectable en el Hospital Apoyo Iquitos - 2015.
- Aceptación de la usuaria adolescente y/o familiares de anticoncepción hormonal al estudio.

#### **Los criterios de exclusión serán:**

- Toda mujer que acude al consultorio de ginecoobstetricia que no recibe terapia de anticoncepción hormonal.
- Mujer que recibe terapia de reemplazo hormonal.
- Mujeres que no sea adolescente y que reciben terapia de anticoncepción hormonal.

## **3.2. Técnicas e Instrumentos**

### **3.2.1. Procedimiento para la Recolección de datos**

#### **a. Fuente de recolección de datos**

La información fue recolectada directamente de los instrumentos utilizados (Hoja Formato de Encuesta) revisado por el Comité de Ética e Investigación para el área de Planificación Familiar del Hospital Apoyo Iquitos-2015.

### **b. Información recolectada**

Datos relacionados con los niveles socioeconómicos, edad, nivel de instrucción, estado civil, antecedente obstétrico de paridad, embarazo, anticoncepción hormonal, tipo y tiempo de tratamiento y efectos secundarios.

### **c. Periodo de recolección de datos**

La recolección de datos se realizó en un lapso de siete meses consecutivos.

### **3.2.2. Análisis de datos**

La información recogida fue analizada en la base de datos SPSS 20.0. Se realizó análisis descriptivo de las variables, los resultados se presentan a través de estadística descriptiva mediante tablas y figura; la estadística a través de porcentajes y frecuencia y la relación de las variables a través de la prueba no paramétrica de Pearson ( $\text{Chi}^2$ )

### **3.3. Aspectos éticos**

Los derechos humanos corresponden de manera igual a toda persona, sin discriminación alguna y sólo a la persona humana. Por lo tanto, ellos pueden hacerse valer en la jurisdicción de cualquier Estado, en todo el mundo y frente a todo el mundo. (Jiménez E; 1988)

Precisamente por ser inherentes a la condición humana, todas las personas son titulares de los derechos humanos y no pueden invocarse diferencias de políticas, sociales, culturales, religiosas, raciales, étnicas, de género ni de ningún otro tipo como pretexto para ofenderlos o menoscabarlo.

Por la naturaleza y características del estudio no se trasgredió de ninguna manera los derechos humanos de los alumnos, por las encuestas que fueron realizadas, la identidad se mantiene en absoluta reserva.

# **CAPITULO IV**

#### 4.1 RESULTADOS

**TABLA N° 1: Uso de anticonceptivos hormonales en adolescentes que acuden al Hospital Apoyo Iquitos-2015.**

ANTICONCEPTIVO HORMONAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PÍLDORA ORAL	92	27,9%
AMPOLLA MENSUAL	34	10,3%
AMPOLLA TRIMESTRAL	204	61,8%
<b>TOTAL</b>	<b>330</b>	<b>100%</b>

**FIGURA N° 1: Uso de anticonceptivos hormonales en adolescentes que acuden al Hospital Apoyo Iquitos-2015.**

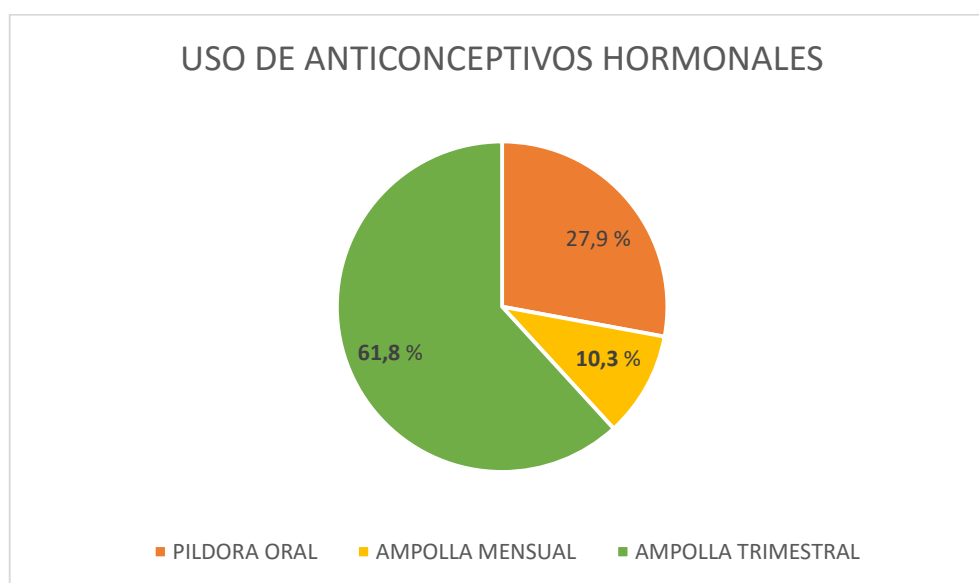


Figura 1 Fuente: Cuadro N° 1

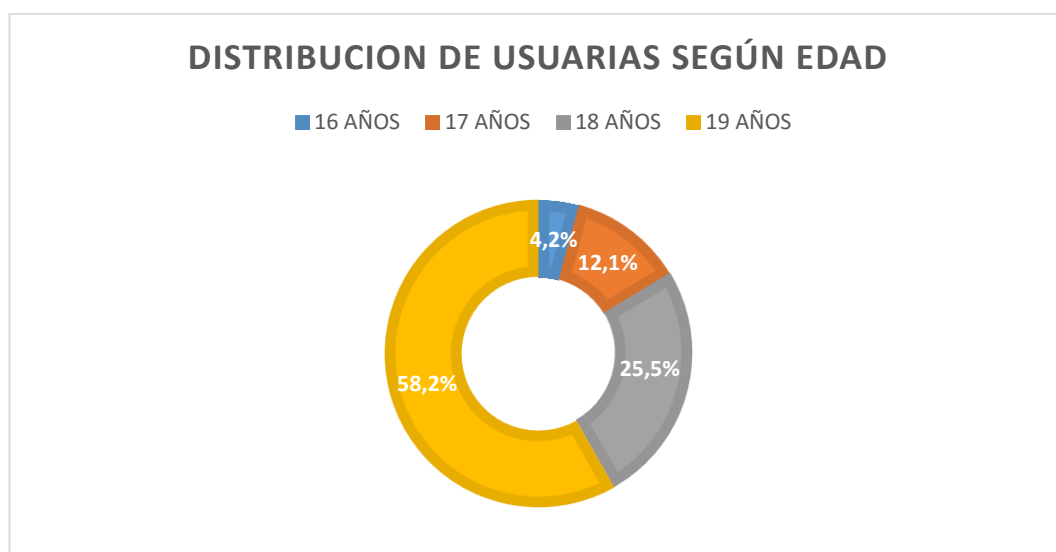
Se identificó a 330 adolescentes, de las cuales 204(61,8%) utilizan ampollas trimestrales; 92(27,9%) adolescentes utilizan anticonceptivos hormonales Orales y solo 34(10%) de ellas utilizan anticonceptivos Inyectables mensuales, que hace una relación de 10 adolescentes por cada 100 de las Ampollas Mensual. También se relaciona que por cada adolescente de ampolla mensual, existen 6 usuarias de ampolla trimestrales y cerca de 3 adolescentes de métodos anticonceptivos hormonales orales.

**TABLA N° 2: Distribución Según Edad de las Adolescentes que usan Anticonceptivos Hormonales y que acuden al Hospital Apoyo Iquitos-2015.**

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
16 AÑOS	14	4,2%
17 AÑOS	40	12,1%
18 AÑOS	84	25,5%
19 AÑOS	192	58,2%
<b>TOTAL</b>	<b>330</b>	<b>100%</b>

Fuente: Cédula de entrevista – Hospital Apoyo Iquitos.

**FIGURA N° 2: Distribución Según Edad de las Adolescentes que usan Anticonceptivos Hormonales y que acuden al Hospital Apoyo Iquitos-2015.**



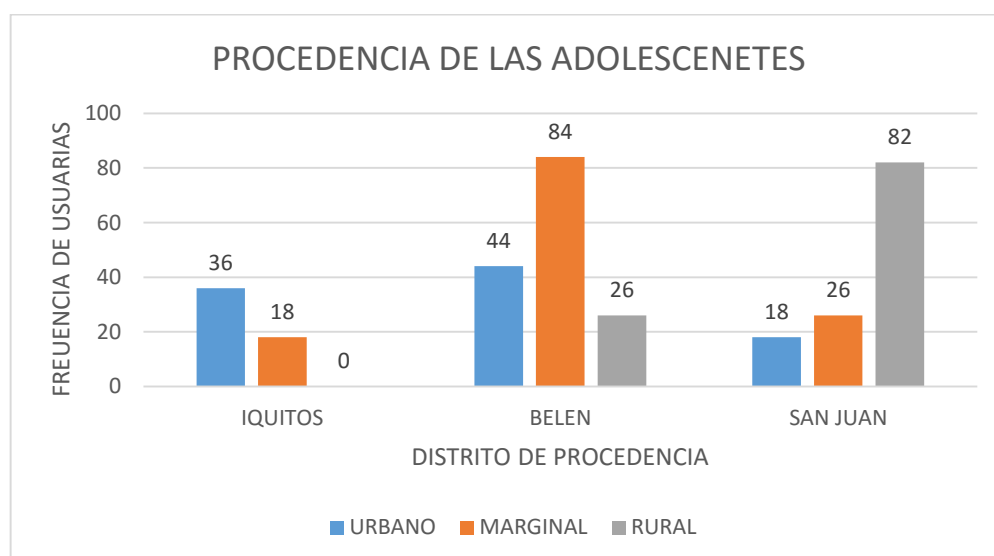
Fuente: Tabla N° 2 – Hospital Apoyo Iquitos.

Se pudo encontrar adolescentes entre los 16 y 19 años, según la edad, también ascendía la frecuencia de usuarias de métodos anticonceptivos hormonales; la edad de 19 años fue la que presentó mayor porcentaje 58,2% (192 adolescentes), 84 (25,5%) adolescentes con 18 años, 40 (12,1%) de 17 años y 14 adolescentes con 16 años de edad, las de menor porcentaje (4,2%).

**TABLA N° 3: Procedencia de las Adolescentes que usan anticonceptivos hormonales y que acuden al Hospital Apoyo Iquitos-2015.**

PROCEDENCIA	DISTRITO DE IQUITOS	DISTRITO DE BELEN	DISTRITO DE SAN JUAN	TOTAL
<b>URBANO</b>	36	44	18	98
	66,7%	29,3%	14,3%	29,7%
<b>MARGINAL</b>	18	84	26	128
	33,3%	56,0%	20,6%	38,8%
<b>RURAL</b>	0	22	82	104
	0%	14,7%	65,1%	31,5%
<b>TOTAL</b>	<b>54</b>	<b>150</b>	<b>126</b>	<b>330</b>
	<b>16,4%</b>	<b>45,5%</b>	<b>38,1%</b>	<b>100%</b>

**FIGURA N° 3: Procedencia de las Adolescentes que usan anticonceptivos hormonales y que acuden al Hospital Apoyo Iquitos-2015.**



Las adolescentes proceden de tres distritos, las de mayor frecuencia (150) fueron del distrito de Belén, distrito donde se encuentra el Hospital Apoyo Iquitos, seguido por el distrito de San Juan con 126 usuarias, de la cual la mayoría de ellas son del sector rural (82) y las de menor frecuencia de adolescentes procedían del distrito de Iquitos (54) y sin población rural.

**TABLA N° 4: Grado de Instrucción de las Adolescentes que usan Anticonceptivos Hormonales y que acuden al Hospital Apoyo Iquitos-2015.**

<b>GRADO DE INSTRUCCIÓN ADQUIRIDO</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE (%)</b>
<b>SIN ESTUDIOS</b>	12	3,6%
<b>PRIMARIA COMPLETA</b>	18	5,5%
<b>SECUNDARIA COMPLETA</b>	202	61,2%
<b>TÉCNICO/SUPERIOR</b>	98	29,7%
<b>TOTAL</b>	<b>330</b>	<b>100,0%</b>

**FIGURA N 4: Grado de Instrucción de las Adolescentes que usan Anticonceptivos Hormonales y que acuden al Hospital Apoyo Iquitos-2015.**

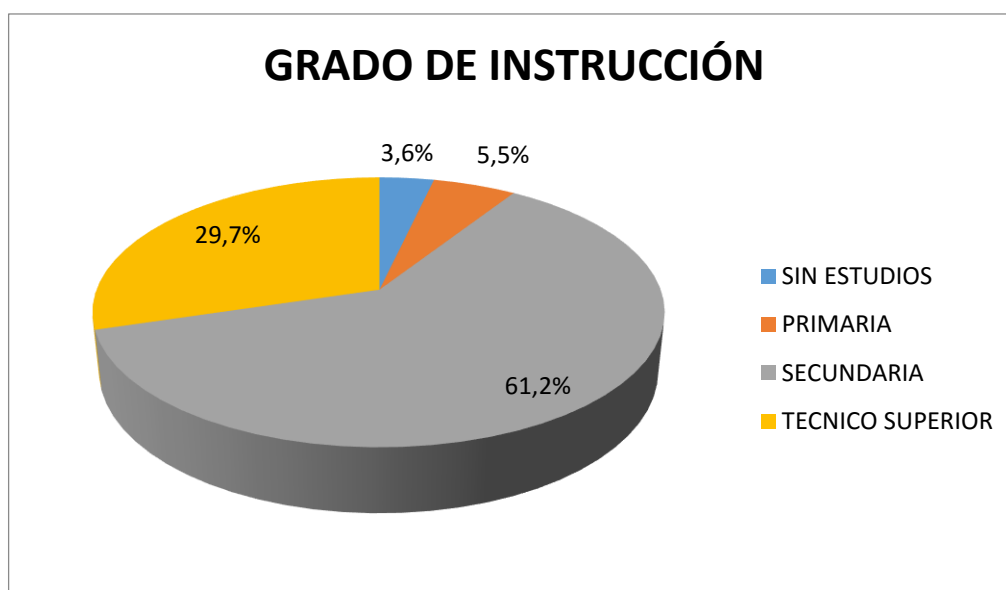


Figura 4 Fuente: TABLA 4

El grado de instrucción de las adolescentes en estudio, se encontró que existen adolescentes sin estudio (12), más de la mitad de la población estudiada culminaron sus estudios secundarios (61,2%), solo 18 adolescentes terminaron la primaria (5,5%) y cerca de 100 (29,7%) adolescentes realizan estudios de nivel técnico/superior, cabe resaltar que la mayoría de la población sin estudios es rural.

**TABLA N°5: Estado civil de las adolescentes que usan anticonceptivos hormonales y que acuden al hospital Apoyo Iquitos-2015.**

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SOLTERA	182	55.2%
CONVIVIENTE	130	39.3%
CASADA	18	5.5%
<b>TOTAL</b>	<b>330</b>	<b>100.0%</b>

Fuente: Cedula De Entrevista-Hospital Apoyo Iquitos

**FIGURA N°5: Estado civil de las adolescentes que usan anticonceptivos hormonales y que acuden al hospital Apoyo Iquitos-2015.**

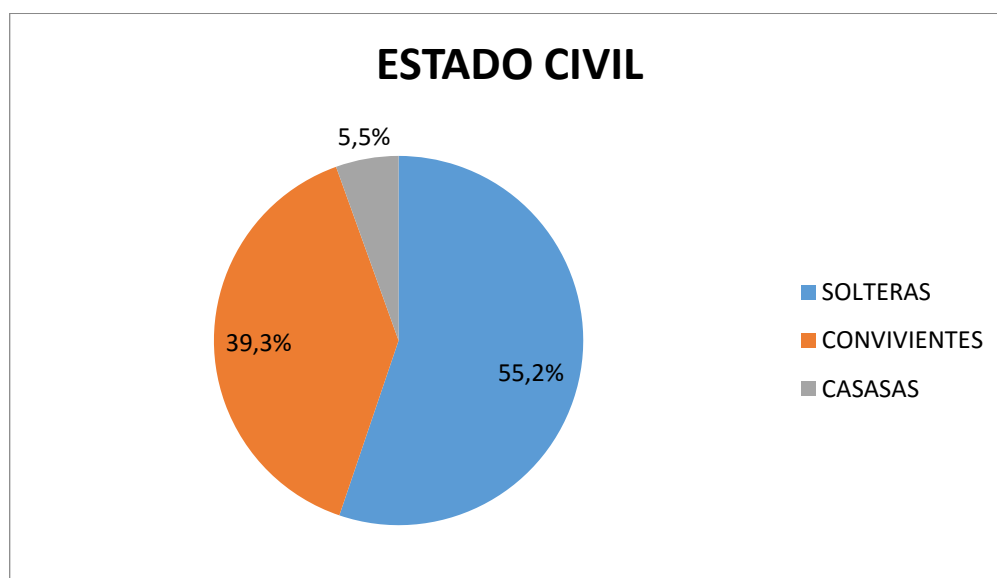


FIGURA5 Fuente TABLA 5

De acuerdo al estado civil se pudo identificar que más de la mitad (55,2%) de las adolescentes indicaron ser solteras (182), el 39,3% de adolescentes (130) convive con su pareja y el 5,5% indico estar casada (18), cabe resaltar que más de la mitad de la población en estudio manifestó encontrarse soltera pudiendo ser un riesgo si es que no presentan una pareja estable, lo cual los métodos anticonceptivos hormonales no garantizan la protección de enfermedades de transmisión sexual.

**TABLA N° 6: Antecedente obstétrico de embarazo y paridad de las Adolescentes que usan Anticonceptivos Hormonales y que acuden al Hospital Apoyo Iquitos-2015.**

N° DE VECES	ANTECEDENTE OBTTETRICO	
	EMBARA	PARIDAD
<b>0</b>	256 77,6%	256 77,6%
<b>1</b>	53 16,1%	46 13,9%
<b>2</b>	19 5,7%	16 4,8%
<b>+2</b>	2 0,6%	0
<b>TOTAL</b>	<b>330</b>	<b>100%</b>

Fuente: Cédula de entrevista – Hospital Apoyo Iquitos.

Con los datos recolectados de acuerdo al antecedente obstétrico de embarazo y paridad, se pudo conocer que 53 adolescentes(16,1%) ya estuvieron embarazadas por primera vez, seguido de 19 (5,7%) adolescentes que estuvieron en 2 ocasiones y 2 (0,6%) que tuvieron hasta más de 2 embarazos; cabe resaltar que producto de los embarazos, no todos culminaron en veces de antecedentes de paridad, es decir de todas las adolescentes (74) que ya estuvieron embarazadas solo 62 de ellas indicaron terminar en partos, cuya diferencia (12) indicaría los embarazos que no culminaron satisfactoriamente. Un ejemplo se puede observar en las adolescentes que por vez primera estuvieron embarazadas (53) solo 46 de ellas índico haber llegado al parto, deduciendo que la diferencia de 7 adolescentes no llegó a tener a su hijo. También existe un gran número de adolescentes 256 (77,6%) que no indicaron haber estado embarazadas y consecuentemente no tener antecedente de paridad, teniendo una prevalencia de 77/100 que no estuvieron antes embarazadas.

**TABLA N° 7: Uso de anticonceptivos hormonales según tipo y tiempo de tratamiento en adolescentes que acuden al Hospital Apoyo Iquitos-2015.**

METODO ANTICONCEPTIVO	TIEMPO DE USO			TOTAL
	1-3 MESES	3-6 MESES	6-12 MESES	
<b>ORAL</b>	40	36	16	92
	48,2%	32,7%	11,7%	27,9%
<b>AMPOLLA MENSUAL</b>	4	18	12	34
	4,8%	16,4%	8,7%	10,3%
<b>AMPOLLA TRIMESTRAL</b>	39	56	109	204
	47%	50,9%	79,6%	61,8%
<b>TOTAL</b>	<b>83</b>	<b>110</b>	<b>137</b>	<b>330</b>
	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Fuente: Cédula de entrevista – Hospital Apoyo Iquitos.

Según el tiempo y tipo de anticonceptivos hormonales que usan las adolescentes del Hospital Apoyo Iquitos, se pudo identificar que entre el tiempo de 1 a 3 meses el tipo de anticonceptivo hormonal más utilizado fue el anticonceptivo Oral 40(48,2%), seguido de la ampolla trimestral 39 (47%) y un mínimo de adolescentes 4 (4,8%) que utilizan ampollas mensuales 4 (4,8%), debido a que la mayoría de usuarias inician en el área de planificación familiar con anticonceptivos orales debido a la asesoría del personal de salud. Entre el tiempo de uso de 3 a 6 meses, el mayor número de anticonceptivos hormonales fue el de ampollas trimestrales 56 (50,9%), seguido de los anticonceptivos orales con 36 (32,7%) usuarias adolescentes y aumentando la cantidad de uso de ampollas mensuales en este periodo con 18 (16,4%) adolescentes. Mientras que en los periodos de 6 meses a más de uso de anticonceptivos; se identificó la mayor frecuencia del uso de ampollas trimestrales, pasando de 56 usuarias en el trimestre anterior a 109(79,6%), y disminuyendo significativamente el uso de anticonceptivos Oral en 16 (11,7%) usuarias y 12 (8,7%) de ampollas mensuales, esto demuestra que las usuarias que tienen mayor tiempo de tratamiento son las de ampollas trimestrales.

**TABLA N° 8: Efectos secundarios de los anticonceptivos hormonales en adolescentes que acuden al Hospital Apoyo Iquitos-2015.**

<b>EXISTENCIA DE EFECTOS SECUNDARIOS</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>SI</b>	265	80,3%
<b>NO</b>	65	19,7%
<b>TOTAL</b>	<b>330</b>	<b>100.0%</b>

Fuente: Cédula de entrevista – Hospital Apoyo Iquitos.

**FIGURA N° 6: Efectos secundarios de los anticonceptivos hormonales en adolescentes que acuden al Hospital Apoyo Iquitos-2015**



Fuente: Tabla 8 – Hospital Apoyo Iquitos.

De la población (330) adolescente en estudio, se identificó que más del 80% presentó efectos secundarios y cerca del 20% no tuvo ningún efecto secundario en las adolescentes; esto demuestra un alto índice de casos en adolescentes que si tuvieron efectos secundarios, haciendo un promedio de 80 casos por cada 100 adolescentes de métodos anticonceptivos hormonales que si presentaron efectos secundarios y en promedio solo 20 de cada 100 no presenta efecto secundario.

**TABLA N° 9: Efectos secundarios según tipo de anticonceptivos hormonales usados en adolescentes que acuden al Hospital Apoyo Iquitos-2015.**

TIPO DE ANTICONCEPTIVO HORMONAL	EXISTENCIA DE EFECTOS SECUNDARIOS		TOTAL
	SI	NO	
<b>Oral Mensual</b>	57 (61.9 %)	35 (38.1 %)	92 (27.9 %)
<b>Ampolla Mensual</b>	28 (82.4 %)	6 (17.6 %)	34 (10.3 %)
<b>Ampolla Trimestral</b>	180 (88.2 %)	24 (11.8 %)	204 (81.8 %)
<b>TOTAL</b>	<b>265</b> <b>(80.3 %)</b>	<b>65</b> <b>(29.7 %)</b>	<b>330</b> <b>(100 %)</b>

Fuente: Cédula de entrevista – Hospital Apoyo Iquitos.

De acuerdo a la relación entre el tipo de anticonceptivo hormonal y la frecuencia de efectos secundarios, se pudo identificar que el método con mayor prevalencia de efectos secundarios fue el de las ampollas trimestrales, con 180 (88,2%) casos de adolescentes que presentaron efectos secundarios de las 204 usuarias de este tipo de método; es decir que por cada 100 usuarias de ampollas trimestrales, 88 presentan efectos secundarios. Seguido por las ampollas mensuales, de las 34 usuarias, 28(82,4%) presento más de un efecto secundario, una relación inferior a los efectos secundarios de las ampollas trimestrales. El anticonceptivo que menos frecuencia de efectos secundarios tuvo, fue las píldoras orales con 57(61,9%) casos de las 92 usuarias adolescentes, haciendo una prevalencia de 6 adolescentes por cada 10 que usan anticonceptivos hormonales orales.

**TABLA N° 10: Frecuencia de Efectos secundarios del anticonceptivo hormonal “Oral” en usuarias adolescentes que acuden al Hospital Apoyo Iquitos-2015.**

<b>EFFECTOS SECUNDARIOS</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>CEFALEA</b>	54	58.7%*
<b>AUMENTO DE PESO</b>	6	6.5%
<b>TRASTORNO DE LA MENSTRUACIÓN</b>	53	57.6%
<b>DOLOR DE MAMA</b>	32	34.8%
<b>NAUSEAS / VOMITO</b>	22	23.9%
<b>ALTERACIONES DEL ESTADO DE ANIMO</b>	24	26.1%
<b>ACNÉ</b>	29	36.5%
<b>NINGUNO</b>	35	38.1%

Fuente: Cédula de entrevista – Hospital Apoyo Iquitos.

\* Frecuencia y porcentaje en relación al número de respuestas de las adolescentes que utilizan anticonceptivo hormonal Oral (92).

De las 92 adolescentes que utilizan anticonceptivos hormonales Orales, se pudo identificar que el mayor efecto secundario fue la Cefalea con 54 (58%) casos que presentan dicha molestia, esto hace una prevalencia cerca de 60 mujeres por 100 que utilizan anticonceptivos orales. Seguido de los trastornos de la menstruación con 53 (57,6%) casos, un valor elevado; el dolor de mama, acné y Náuseas/Vómitos tuvieron 34,5%; 31,5% y 23,9% respectivamente. El efecto secundario que menor frecuencia tuvo fue el Aumento de peso, con solo 6 (6,5%) casos; que hacen una prevalencia cerca de 7 mujeres por cada 100 adolescentes que utilizan este tipo de anticonceptivo. También se encontró que 35 (38,1%) adolescentes no presentaron ningún efecto secundario, que hace una prevalencia de 38 adolescentes por cada 100 que no presentaron efectos secundarios.

**TABLA N° 11: Frecuencia de Efectos secundarios del anticonceptivo hormonal “Ampolla mensual” en usuarias adolescentes que acuden al Hospital Apoyo Iquitos-2015.**

<b>EFECTOS SECUNDARIOS</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>CEFALEA</b>	16	47.1%
<b>AUMENTO DE PESO</b>	8	23.0%
<b>TRASTORNO DE LA MENSTRUACIÓN</b>	21	61.8%
<b>DOLOR DE MAMA</b>	6	17.6%
<b>NAUSEAS / VOMITO</b>	18	52.9%
<b>ALTERACIONES DEL ESTADO DE ANIMO</b>	4	11.8%
<b>ACNÉ</b>	7	20.6%
<b>NINGUNO</b>	6	17.6%

Fuente: Cédula de entrevista – Hospital Apoyo Iquitos.

\*Porcentaje y frecuencia en relación al número de respuestas de las adolescentes que utilizan anticonceptivo hormonal Ampolla mensual (34).

De las 34 adolescentes que utilizan Ampollas mensuales, 21 (61,8%) presentaron Trastornos de la menstruación, con una prevalencia de 60 mujeres por 100 que utilizan este tipo de anticonceptivo hormonal. Se encontró también que las Náuseas/Vómito y Cefaleas tienen una alta frecuencia con 18 (52,9%) y 16 (47,1%) casos respectivamente. El Acné y Aumento de peso tuvieron frecuencias similares con 7(20,6%) y 8 (23,0%) casos cada uno, que hacen una prevalencia de más de 20 adolescentes por 100. Cabe resaltar que la menor frecuencia de efectos secundarios fue el de Alteraciones del estado de ánimo con 4 (11,8%) casos y quienes no presentaron ningún efecto secundario fueron 6 (17,6%), con una prevalencia de solo 17 adolescentes por 100 que no presentaron efectos secundarios con este anticonceptivo hormonal.

**TABLA N° 12: Frecuencia de Efectos secundarios del anticonceptivo hormonal “Ampolla trimestral” en usuarias adolescentes que acuden al Hospital Apoyo Iquitos-2015.**

<b>EFFECTOS SECUNDARIOS</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>CEFALEA</b>	42	20.6%
<b>AUMENTO DE PESO</b>	106	51.9%
<b>TRASTORNO DE LA MENSTRUACIÓN</b>	84	41.2%
<b>DOLOR DE MAMA</b>	14	6.9%
<b>NAUSEAS / VOMITO</b>	28	13.7%
<b>ALTERACIONES DEL ESTADO DE ANIMO</b>	33	16.2%
<b>ACNÉ</b>	54	26.5%
<b>NINGUNO</b>	24	11.8%

Fuente: Cédula de entrevista – Hospital Apoyo Iquitos.

\*Porcentaje y frecuencia en relación al número de respuestas de las adolescentes que utilizan anticonceptivo hormonal Ampolla trimestral (204).

De las 204 adolescentes que utilizan anticonceptivos Ampollas trimestral, 106 (51,9%) presentaron Aumento de peso, con una prevalencia más de 50 mujeres por 100 que utilizan este tipo de anticonceptivo hormonal. Se encontró también que los Trastornos de la menstruación tuvieron una elevada frecuencia con 84 (41,2%) adolescentes que presentaron dicha molestia. El Acné y la Cefalea estuvieron presentes en cerca de un cuarto de las adolescentes en estudio con 54 (26,5%) y 42 (20,6%) respectivamente. Cabe resaltar que la menor frecuencia de efectos secundarios fue el Dolor de mama con 14 (6,9%) casos; y quienes no presentaron ningún efecto secundario fueron 24 (17,6%) de las 204 adolescentes, con una prevalencia de solo 18 mujeres por 100 que no presentaron efectos secundarios con la Ampolla trimestral.

**TABLA N° 13: Relación de los efectos secundarios con el uso anticonceptivos hormonales en adolescentes que acuden al Hospital Apoyo Iquitos-2015.**

EFECTOS SECUNDARIOS	USO DE ANTICONCEPTIVOS HORMONALES					
	Oral		Ampolla Mensual		Ampolla Trimestral	
	Chi	P	Chi	P	Chi	P
<b>Cefalea</b>	25,43	0,0001	20,2	0,0002	18,9	0,003
<b>Aumento de Peso</b>	17,52	0,002	18,31	0,005	24,45	0,0001
<b>Trastorno de la Menstruación</b>	24,34	0,001	27,8	0,0001	22,31	0,0015
<b>Dolor de Mama</b>	21,4	0,004	17,32	0,0002	6,61	0,001
<b>Náuseas / Vomito</b>	13,6	0,005	24,01	0,0001	12,54	0,0012
<b>Alteraciones Del Estado De Animo</b>	14,81	0,0001	12,12	0,0003	14,2	0,0011
<b>Acné</b>	20,32	0,0003	16,02	0,00011	21,7	0,001
<b>Ninguno</b>	21,3	0,004	15,8	0,0045	12,01	0,003

Se pudo encontrar relaciones estadísticamente significativas entre el uso de anticonceptivos hormonales y los efectos secundarios en adolescentes que acuden al Hospital Apoyo Iquitos. Tales como el uso de anticonceptivos orales en relación a la Cefalea ( $\text{Chi}^2$ : 25,4; p: 0,0001); los trastornos de la menstruación ( $\text{Chi}^2$ : 24,3; p; 0,002) así como la presencia de Dolor de mama y Acné con relación al uso de píldoras orales en ( $\text{Chi}^2$ : 21,4 ; p: 0,0004) y ( $\text{Chi}^2$ : 20,3 ; p: 0,0003) respectivamente; cabe resalta que la no presencia de efectos secundarios también tuvo una relación significativa con el uso de anticonceptivos Oral ( $\text{Chi}^2$ : 20,3; p: 0,0003); las Nauseas/Vómitos y las Alteraciones del estado de ánimo, no tuvieron mayor relevancia significativa con el uso de anticonceptivos orales.

El efecto secundario que tuvo relación con todos los anticonceptivos hormonales fue los Trastornos de la menstruación, teniendo la mayor relación con el uso de Ampollas mensuales (Chi<sup>2</sup>: 27,8; p: 0,0001) seguido por el uso de anticonceptivos Orales (Chi<sup>2</sup>: 24,3; p: 0,0001) y con el uso de Ampollas trimestrales (Chi<sup>2</sup>: 22,3; p: 0,0015).

Nauseas/Vómitos también tuvo relación con el uso de Ampollas mensuales (Chi<sup>2</sup>: 24,01; p: ,0001) seguido por la Cefalea en menor relación (Chi<sup>2</sup>: 20,2; p: 0,0002) con este tipo de anticonceptivo

# **CAPITULO V**

## 5.1. DISCUSIÓN

En el presente estudio se identificó tres métodos de anticonceptivos hormonales en 330 usuarias adolescentes; Píldoras Orales (27,9%); Ampolla Mensual (10,3%) y Ampolla Trimestral (61,8%); estos resultados difieren ampliamente comparando con el estudio de Flores y Col (2012) UNSLG. Ica – Perú, sobre el “Uso de anticonceptivos Hormonales en adolescentes”, el 36% utilizó ampollas trimestrales, el uso de Ampollas mensuales fueron similares al de Píldoras Orales en (21,3%) y (20,9%) respectivamente.

Según el estudio el uso de anticonceptivos hormonales en adolescentes, se inició desde los 16 años (4,2%) predominando adolescentes del sector rural (65,1%), más de la mitad (58,2%) tuvieron 19 años y las de 18 (25,5%); estos resultados son similares a los obtenidos por Rodríguez A, Álvarez L. en el 2006 Realizados sobre “Comportamientos sexuales y preventivos en Cuba”, de los cuales las edades fluctúan entre 14-19 años, con un promedio de 17 (36%) años y cuya población procedía de sectores marginales de la ciudad en 42% y Urbana 32%. Sin embargo existieron dos adolescentes de 15 años que no participaron en el estudio.

Se encontró que el 61,2% culminó sus estudios secundarios, el 3,6% indicó no tener estudios básicos, cerca del 30% cursaba estudios Superiores y más del 55% indicaron estar solteras; estos datos difieren de los estudios de Torriente (2006) en un Instituto pedagógico de la Habana. Cuba, donde reportó que solo el 44% de mujeres eran solteras y de ellas el 76% tenían actividad sexual, todas culminaron sus estudios de pre grado y solo el 22% convivía.

Más del 22% de adolescentes presentaron antecedente obstétrico, indicando haber estado embarazadas hasta en 2 oportunidades (5,7%); 53 (16,1%) adolescente indicaron haberse embarazado en una sola oportunidad y terminar en parto 46 (13,9%), estos datos difieren al de Peláez J, en Ventanilla. Lima (2011) en “Anticoncepción en adolescentes y adultos jóvenes” donde hubo casos de embarazo en 24% de la población, cerca del 6% indicaron no haber concluido con su embarazo. Y que el uso de anticonceptivos era posterior a estos.

De acuerdo al tiempo de tratamiento hormonal referido por las usuarias adolescentes, demostró que en el período 1-3 meses se utilizó más la píldora oral y que en el segundo trimestre hubo mayor uso de ampollas trimestrales (50,9%) seguido de la píldoras orales (32,7%), demostrando la preferencia a largo tiempo por las ampollas trimestrales. Estos resultados difieren a los reportados por Monterrosa (2012) en Tumbes, en el Programa de Planificación Familiar donde el uso de anticonceptivos orales fue de 62% en el primer trimestre seguido de los inyectables mensuales en 18% y solo el 22% utilizó inyectables trimestrales hasta el segundo semestre del año, haciendo una gran diferencia.

Las usuarias adolescentes manifestaron tener uno o varios efectos secundarios hasta en 80% de la población, y solo un mínimo de 20% que mencionó no haber sentido molestia tras el uso de los anticonceptivos. Estos resultados difieren ampliamente en comparación al estudio en el Policlínico Turcios en Lima (2012) por Quintero PP, y otros; donde solo se reportó que el 68% de las mujeres presentaron algún efecto secundario durante las primeras semanas, más con el uso de Ampollas mensual (54%) y Píldoras (44,3%).

Los efectos secundarios manifestados por el uso de Píldoras orales en adolescentes fueron Alteraciones del estado de ánimo (26,1%), Dolor de mama (34,8%); Cefalea y Trastornos de la menstruación en 58,7% y 57,6% respectivamente, las Náuseas/Mareos en 23,9% y Acné en más del 30%. Estos resultados difieren con las cifras encontradas por Galarza y Col (2012) en Sayausí-Cuenca, Ecuador en relación a Cefalea (51%), Amenorrea con 45%, al igual que el estudio de Monterrosa (2006) en “Anticonceptivos hormonales combinados” con Trastornos de la menstruación 46% y Acné en 24%.

El uso de Ampollas mensuales produjo trastornos de la menstruación (62%); Náuseas y Cefaleas en promedio del 50% de adolescentes; incremento de peso (23%) y Acné en 20,6%. Estos resultados difieren al estudio de Patiño y Col (2007) que en su trabajo de un año con inyectables mensuales, encontró: Cefalea y Náuseas en 40%; problemas menstruales en la mitad de la población, inferior a lo reportado en este estudio (61,8%); similar prevalencia de Aumento de peso (26%) y un porcentaje superior de Acné (30%) con lo del Hospital (20,6%).

El uso de Ampollas trimestrales por las usuarias adolescentes manifestó, aumento de peso en 51,9%, seguido por los trastornos de menstruación 41,2%, cefalea en 20,6% y acné (26,5%). Sin embargo el estudio por Espinos (2006) en el Hospital Apoyo de la Merced, Chanchamayo-Junín demostró, Aumento de peso (37%), Amenorrea (34%) y la Cefalea en mayor porcentaje con 25% de casos que los encontrados en nuestro estudio (20,6%); y Acné solo en 12,2%.

La relación entre los efectos secundarios y el uso de los anticonceptivos hormonales se determinó a través de la prueba no paramétrica de Pearson ( $\chi^2$ ), encontrando una relación de los trastornos de la menstruación con todos los anticonceptivos hormonales utilizados, superior al uso de Ampollas mensuales ( $\chi^2$ : 27,8; p: 0,001); Ampollas trimestrales ( $\chi^2$ : 22,31; P: 0,0015); y el uso de Píldoras Orales ( $\chi^2$ : 24,34; p: 0,001), valores similares a los encontrados por Quintero PP, Santalla R, Torres Jb, donde la relación es altamente significativa debido al uso de anticonceptivos hormonales solos o combinados y la aparición de problemas en la menstruación superiores al  $\chi^2$ :22,03; p: 0,005; sin embargo en el estudio de Ibarra y col (2007) sobre la aceptación de la Mesigyna, reporto una elevada relación ( $\chi^2$ : 28,2 p: 0,003).

El aumento de peso tuvo una significativa relación con el uso de Ampollas trimestrales ( $\chi^2$ : 24,45; p: 1,0001); sin embargo la relación del Aumento de peso debido al uso de Ampollas trimestrales, reportado por Gil (20010) en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza demostró una relación ( $\chi^2$ : 26,1; p: 0015); superior a la relación encontrada en presente trabajo de investigación. La Cefalea tuvo una relación significativa con el uso de Píldoras Orales y las Ampollas mensuales con ( $\chi^2$ : 25,45; p: 0,0001) y ( $\chi^2$ : 20,2; p: 0,0002) respecto a cada método, similar relación reportado por Galarza y Col (2012) debido al uso de Píldoras orales encontró una relación ( $\chi^2$ : 24,2; p: 0,00025), la relación entre Nauseas/Vómitos estuvo más ligada al uso de Ampollas mensuales ( $\chi^2$ : 24,01; p: 0,0001), superior a lo encontrado también por Galarza y Col ( $\chi^2$ : 20,12; p: 0,005).

## 5.2 CONCLUSIONES

- Existe una gran demanda de adolescentes que utilizan anticonceptivos hormonales y muchas que necesitan inscribirse en el programa de planificación familiar, tal como lo demuestra nuestro estudio con 330 usuarias adolescentes en el Hospital Apoyo Iquitos.
- La menor edad de uso de anticonceptivos fue de 16 (4,2%) años y las de mayor edad y frecuencia de 19 (58,2%) años con 192 adolescentes; la mayor población procedía del distrito de Belén, seguido por el de San Juan con un gran número de mujeres provenientes del sector que necesitaron ser atendidas.
- De las usuarias adolescentes 256 (77,6%) no presentaron antecedente obstétrico de embarazo y paridad, y cuya diferencia corresponde a las mujeres que sí estuvieron embarazadas una o más veces, y que sin embargo hubo un menor porcentaje que culminaron en partos.
- En el periodo de 1-3 meses se iniciaron con el uso de anticonceptivos Orales con 40 (48,2%), por sugerencia del personal de salud. Durante el periodo de 3-6 meses el anticonceptivo más usado es la Ampolla trimestral con 56 (50,9%) y la Píldora Oral con 36 (32,7%). Las de 6 meses a más la Ampolla trimestral aumenta considerablemente su uso en 109 (79,6%) y el gran descenso de la Píldora Oral 16 (11,7%) y la ampolla mensual en 12 (8,7%).
- Existe una gran frecuencia de efectos secundarios y poco seguimiento y control de los mismos en las usuarias adolescentes, hecho que se demuestra en el constante cambio del método anticonceptivo hormonal.

- El 80% de usuarias adolescentes manifestaron presentar efectos secundarios y solo el 20% no presento. Las usuarias adolescentes manifiestan que las ampollas trimestrales dan más efectos secundarios con 180 (88,2%); mientras que las Píldoras Orales con 61,9% (6/10) en las 92 usuarias. Las ampollas mensuales 82,4% (82/100) presentaron efectos secundarios que utilizaron este método.
- Los tipos de efectos secundarios con mayor frecuencia son los Trastornos de la menstruación en 62% de adolescentes que utilizaron Ampollas mensuales, seguido de las Náuseas/Vómitos con 52,9% y las Cefaleas en 47%. Inyectable de menor uso que el trimestral.
- Las píldoras Orales presentaron una alta frecuencia de efectos secundarios como Cefalea y Trastornos de la menstruación en 58% (6/10) y 57% (5/10), molestias a diario reportada por las usuarias.
- Las Ampollas trimestrales produjo mayores casos de Aumento de peso en más del 50% de las adolescentes que lo utilizaron, seguido de los Trastornos de la menstruación con 41,2% y en un menor caso la Cefalea con 20,6% y el Dolor de mama en solo 14 (6,9%) adolescentes, sin embargo es el anticonceptivo más usado a mayor tiempo de tratamiento.

### 5.3 RECOMENDACIONES

- Garantizar y tener mayor control sobre las usuarias adolescentes de anticonceptivos hormonales y su vigilancia en su actividad y riesgo sexual al solo protegerse con métodos Anticonceptivos hormonales, teniendo en cuenta que gran número indicó ser solteras y no tener una pareja estable, motivo por el cual podrían contraer alguna ETS.
- Vigilar los posibles riesgos de los efectos secundarios que podrían incidir negativamente en las actividades diarias, sociales y de salud, para mejorar el desarrollo pleno de las mujeres usuarias de estos métodos anticonceptivos, previniendo disgustos e incluso abandono del método.
- Mejorar la asistencia del personal de salud frente a las adolescentes, para promover mayor accesibilidad a los servicios de contracepción, iniciando desde la educación y prevención; a todas las mujeres y varones, sugiriendo el uso responsable y adecuado de métodos anticonceptivos acorde a su edad y el inicio de la actividad sexual en esta etapa de la vida.
- Elaborar un plan educativo desde la secundaria sobre consejería de planificación familiar que sea más interactivo y que permita mejor comprensión en los adolescentes acerca de los riesgos y beneficios de los anticonceptivos hormonales a corto y largo plazo. Haciendo mayor énfasis que el objetivo primordial de la planificación hormonal que es espaciar el periodo de embarazos y mejorar el futuro de cada adolescente.
- Mantener el abastecimiento adecuado de anticonceptivos hormonales, que garantice una disponibilidad permanente según la demanda particular de cada unidad y ampliar y mejorar el acceso a nuevas usuarias.

#### 5.4. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. FLORES Y COL. (2012) UNSLG- “Uso de anticonceptivos en la adolescencia.” Facultad de Medicina de la Universidad Nacional San Luis Gonzaga. Ica – Perú. 2012.
2. ESSALUD III “FÉLIX TORREALVA GUTIÉRREZ. “Médico Asistente del Servicio de Ginecología-Obstetricia” del Hospital Base EsSalud III “Félix Torrealva Gutiérrez”, Ica – Perú. 2011, pp 12-18.
3. GORZA FLORES J. “Anticonceptivo hormonal, reevaluación y sus riesgos y beneficios”. Salud reproductiva en las Américas. La Habana: Ed Científico-Técnica, 1992:226-39.
4. ENDES. “Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2012”, Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) LIMA-2012, p 82.
5. PROMSEX. “Inicio de embarazo en adolescentes”. Disponible: <http://www.promsex.org/notas-de-prensa/item/2492-loreto-es-la-region-del-peru-donde-adolescentes-son-madres-a-mas-corta-edad-y-amazonas-la-que-registra-mayor-tasa-de-embarazo-adolescente/2492-loreto-es-la-region-del-peru-donde-adolescentes-son-madres-a-mas-corta-edad-y-amazonas-la-que-registra-mayor-tasa-de-embarazo-adolescente.html>
6. PELÁEZ J. “Anticoncepción en los adolescentes y adultos jóvenes”. En: Peláez J. Métodos anticonceptivos. Actualidad y perspectivas para el nuevo milenio. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 2001.p.54-83.
7. QUINTERO PP, SANTALLA R, TORRES JB, REGAL I. (2012) “Anticonceptivos en la adolescencia”. Policlínico “Turcios. Lima”, año 2002. Bol Med Gen Integr. 2004; 8(34):1-6.
8. NOTA DE PRENSA DEL MINSA. Consultado el 10 de junio del 2015. Disponible on line en: [http://www.minsa.gob.pe/portada/prensa/notas\\_auxiliar.asp?nota=9347](http://www.minsa.gob.pe/portada/prensa/notas_auxiliar.asp?nota=9347)
9. HERNDON EJ, ZIEMAN M. “New contraceptive options. Am Fam Physician”. USA-2004; 69(4):853-60.
10. RODRICH. “Embarazo en adolescentes de Loreto” Disponible on line en: <https://rodrigorodrich.wordpress.com/2012/10/15/embarazo/PPPT>

11. JARIS MUJICA, NICOLÁS ZEVALLOS Y SOFÍA VIZCARRA “Estudio de estimación del impacto y prevalencia de la violencia sexual contra mujeres adolescentes en un distrito de la Amazonía peruana”, realizada para Promsex. Ed. Promsex-Lima 2013.
12. RODRÍGUEZ A, ÁLVAREZ L. “Percepciones y Comportamientos de Riesgo en la vida Sexual y Reproductiva de los Adolescentes”. Revista cubana de Salud Pública, 2006.32 (01):1 – 9.
13. L GARCIA y Col- “Uso y conocimiento de anticonceptivos hormonales en adolescentes” (Lima, Callao, Huancayo e Iquitos, 2005), 2,181 adolescentes (15 a 19 años) y 435 (12 a 14 años)-Lima-2005, pp 32-35
14. TORRIENTE, N. (2007). “Conocimiento sobre Aspectos de Sexualidad en Adolescentes y uso de anticonceptivos hormonales en una Institución pedagógica en el periodo 2006-2007”. Trabajo de Máster. La Habana, Cuba. Consultado el día 28 de enero de 2009. [http://www.bpvillena.ohc.cu/index.php?Itemid=48&id=365&option=com\\_content&task=view](http://www.bpvillena.ohc.cu/index.php?Itemid=48&id=365&option=com_content&task=view)
15. MONTERROSA A (2005). “Anticonceptivos Orales Combinados: Efectos Secundarios”. Disponible on line en: <http://socesfar.com/attachments/article/98/Hormonas%20sexuales%20y%20anticonceptivos.pdf>
16. ESPINÓS J., BALASCH J., BARRANCO E., LERTXUNDI R., PARRILLA J. “Efectos secundarios de los anticonceptivos hormonales Inyectables Trimestrales”. Hospital Apoyo de la Merced. Chanchamayo. Junín. Tomado el 3 de mayo del 2015 en [www.sec.es/area\\_cientifica/manuales.../cap07.php](http://www.sec.es/area_cientifica/manuales.../cap07.php)
17. PATIÑO A., RUELAS M., VILLARREAL E., MARTÍNEZ L., GALICIA L. VARGAS E. “Evolución a un año de los efectos secundarios, en una cohorte de pacientes con inyectables de medroxiprogesterona”. Rev Chil Obstt Ginecol 2006, 71(3):170-173
18. IBARRA L., CALDERÓN J., ALZAMORA L., DE LOS GODOS D., BENDEZÚ R. “Aceptación y efectos colaterales de la ampolla mensual Mesigyna en usuarias de INPPARES” – 2007. [Impares.org](http://Impares.org)

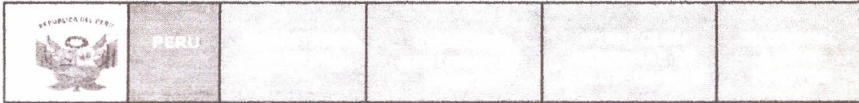
19. GIL J. Conocimientos, actitudes y aceptación de los efectos secundarios del acetato de medroxiprogesterona en usuarias de un servicio de planificación familiar de Lima, 2005. Rev. Peru. Epidemiol. 2010, 14 (3): 1-10.
20. GALARZA P., LOJANO M., MÉMDEZ J. “Anticoncepción hormonal y efectos secundarios en mujeres que acuden al subcentro de salud de Sayausí, Cuenca 2012”. En: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/3579>
21. ALVEAR M., INCA M. “Prevalencia de efectos adversos de los implantes contraceptivos subdérmicos en adolescentes y adultas en el Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora de Quito. 2012” Universidad Central del Ecuador facultad de Ciencias Médicas Instituto Superior de Postgrado. Postgrado de Ginecología y Obstetricia. Quito, 2013. García Sevillano L. Arranz Madrigal E. Estudio de las reacciones adversas de los anticonceptivos hormonales desde la farmacia comunitaria. Pharm Care Esp. 2014; 16(3): 98-109
22. ARRICIAGA H. “Efectos secundarios por el uso de levonorgestrel 1,50 mg como anticoncepción de emergencia en adolescentes de 14 a 18 años de edad. Período 1 marzo a octubre de 2013. Centro de Salud 1 y 3 del Guayas.” Universidad Católica de Santiago de Guayaquil Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Medicina. Trabajo de investigación. 2013
23. APAZA S Y COL., Arambulo S., Arana L., Baure D., Vargas V., Llanos R. Determinación de las reacciones adversas por el uso prolongado de la depo-provera en mujeres fértiles entre 15 y 49 años que acuden a los centros de salud en la ciudad de Sucre. Universidad Mayor, Real y Pontificia de San Francisco Xavier de Chuquisaca, Facultad de Medicina, Calle Colon esq. Rene Moreno s/n, Sucre, Bolivia. Ciencias de la Salud, Handbooks -©USFX- Sucre, Bolivia, 2014.
24. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Temas de Salud Publica en el nuevo contexto de Salud Reproductiva, Segunda Edición, San Salvador, El Salvador 2002, Pág. 362

25. La Anticoncepción en América Latina [en línea] México 2008. [Fecha de acceso 22 de abril de 2011] URL disponible en:  
[http://www.celsam.org/home/interiorCelsam.asp?cve\\_cont=112](http://www.celsam.org/home/interiorCelsam.asp?cve_cont=112)
26. Asociación Demográfica Salvadoreña. Encuesta Nacional de Salud Familiar\_El Salvador 2008. Informe Final Octubre 2009. “El Salvador: Geografía y Demografía” Pág. 2.
27. Salud Sexual y Reproductiva [en línea], [fecha de acceso 24 de abril de 2011] URL disponible en:  
<http://www.msc.es/organizacion/sns/plancalidadSNS/pdf/equidad/13modulo12.pdf>
28. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. Guía Técnica de Atención en Planificación Familiar, San Salvador, El Salvador, Centro América. 2008. Pág. 4.
29. Ministerio de Salud morbimortalidad [En Línea] , [fecha de acceso 24 de abril de 2011] URL disponible en: <http://siis.salud.gob.sv/>
30. MALCOLM, Potts.SHORT, Roger.Historia de la sexualidad, desde Adán y Eva.Primer Edición. Capítulo 12, pág. 317-345
31. HATCHER, Robert.REINHART, Ward.Manual para personal clínico: Lo esencial de la Tecnología Anticonceptiva. Capítulo 4. Pág. 20.
32. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. Guía Técnica de Atención en Planificación Familiar, San Salvador, El Salvador, Centro América. 2008. Pág. 17.
33. GOODMAN & GILMAN. Las bases farmacológicas de la terapéutica. Décima Edición. Mc Graw Hill. Vol. II. Capítulo 58.Página 1613-1647
34. LASA, Iñaki Lete. Manual de Anticoncepción Hormonal. Sociedad Española de Contracepción. Capítulo 6. Págs. 63-92

# **ANEXOS**

ANEXO N° 01

**PERMISO PARA REALIZAR ESTUDIO EN EL HOSPITAL APOYO  
IQUITOS-AÑO 2015**



**MEMORANDO N° 1521 -2015-GRL-DRS-L-HICGG/30.17.01.**

**PARA:** Dr. Nicolás Jorge HERNANDEZ HERNANDEZ  
Jefe del Departamento de Gineco-Obstetricia

**ASUNTO:** BRINDAR FACILIDADES

**Ref. :** Solicitud con hoja de Tramite N° 4799/15

**FECHA:** Iquitos, 07 de junio del 2015

Mediante el presente comunico a usted que la Bachiller(a) de la Facultad de Farmacia y Bioquímica de la UNAP, **Magaly Arias Magno**, realizara una encuesta anónima a los usuarios atendidos en el área de Planificación Familiar del Hospital Iquitos "Cesar Garayar García"

Dicha encuesta realizara a partir del 10 del presente en horario de atención en el área de Planificación Familiar del Departamento a su cargo.

Por lo que agradeceré brindarle las facilidades.

Atentamente,



GOBIERNO REGIONAL DE LORETO  
DIRECCION REGIONAL DE SALUD LORETO  
HOSPITAL IQUITOS "CESAR GARAYAR GARCIA"  
*[Handwritten Signature]*  
ING. ELEODORO GUERRA VALLÉS  
DIRECTOR EJECUTIVO  
C.M.P. N° 33835

- C.c.:
- i Interesado
  - Planificación Familiar
  - Und Adm. RRHH.
  - Archivo
- EGV/ANJA/YLRS/GPM/mjgmh

**ANEXO N°02**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PADRE O APODERADO DE LA MENOR**

Yo ..... , identificado con DNI N°.....he sido informado (a) para que mi menor hija y/o apoderada sea elegida para participar en la investigación llamada “USO DE ANTICONCEPTIVOS HORMONALES Y EFECTOS SECUDARIOS EN ADOLESCENTES. HOSPITAL APOYO IQUITOS-2015”.

Se me ha explicado en que consiste la investigación y he tenido la oportunidad de hacer preguntas y estoy satisfecha con las respuestas brindada por los investigadores. Así mismo, se me ha informado que la información vertida en la cedula de entrevista de mi hija y/o apoderada será de carácter confidencial, y con fines únicamente descriptivos, ya que no se vulneran los derechos de mi menor.

Por tanto me comprometo a hacer partícipe voluntariamente a mi hija y/o apoderada, y dando fe de lo anterior, firmo el presente consentimiento.

.....

**FIRMA**



**3. Antecedente obstétrico:**

Nº de Embarazos: .....

Paridad: 1. Nulípara 2. Primípara 3. Multípara 4. Gran multípara

**4. Método Anticonceptivo**

Tipo de método anticonceptivo utilizado:

1. Anticonceptivo oral 2. Ampolla mensual  
3. Ampolla trimestral 4. Otro:.....

Presenta efectos secundarios por el uso del anticonceptivo: 1. **SI** 2. **NO**

Tiempo de uso del anticonceptivo hormonal:

1. De 1-3 meses 2. De 3-6 meses  
3. Más de 6 meses 4. Otro: .....

¿Utilizo otro método anticonceptivo anterior al actual? 1. **SI** 2. **NO**

Tipo: .....

Tiempo: .....

Motivo de cambio: .....

**5. Efectos adversos:**

Ninguno ( )

Nauseas/Vomitos ( )

Cefalea ( )

Dolor de mama ( )

Alteración del estado de ánimo ( )

Acné ( )

Mareos ( )

Aumento de peso ( )

Otros: .....

## ANEXO N°04

### ANTICONCEPTIVOS HORMONALES ADMINISTRADOS EN EL H.A.I.- 2015



**MICROGINON**

**LOFEM**



**NOMAGEST**

### FANTICONCEPTIVOS INYECTABLES COMBINADOS



**DEPOPROVERA**

### ANTICONCEPTIVOS INYECTABLES SOLO DE PROGESTINA