

Artículo Original

Comportamiento de la planificación familiar en un consultorio del Policlínico "Joaquín Albarrán" año 2014- 2015

Behavior of the family planning in a family Doctor clinic of the "Joaquín Albarrán" Policlínico year 2014 - 2015

Yamila Borrayo, Elaine Rodríguez Martínez,

Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, Facultad de Ciencias Médicas "General Calixto García"

Correspondencia. Yamila.borrayo@infome.sld.cu

Recibido: 2017-11-03 Aceptado: 2018-07-18

Resumen:

Se realizó un estudio comparativo descriptivo retrospectivo en la consulta de planificación familiar ubicada en el consultorio médico de la familia número 7 en el área de salud del Policlínico Docente "Joaquín Albarrán" del año 2014- 2015. Municipio Centro Habana. El universo de trabajo fueron de 350 usuarias y la muestra para este estudio fueron de 100 pacientes. Con el objetivo Describir el comportamiento de la consulta de planificación familiar en un consultorio del policlínico Joaquín Albarrán. Municipio Centro Habana en el año 2014-2015, Determinar factores sociodemográficos de la población en estudio, Identificar la edad de las primeras relaciones sexuales de los usuarios, Reconocer los métodos anticonceptivos más utilizados por la población que acude a la consulta de

planificación familiar, Identificar las reacciones adversas más frecuentes en el uso de los métodos anticonceptivos, Determinar las causas más frecuentes del abandono de los Métodos Anticonceptivos, Enunciar las funciones de la enfermera en la consulta de planificación familiar. Los datos se obtuvieron a partir de la historia clínica individual de cada paciente, los cuales fueron seguidos y controlados en consulta cada 3 meses durante 1 año, se recogieron las características sociodemográficas, la edad de las primeras relaciones sexuales, método anticonceptivo seleccionado y reacciones adversas más frecuentes. Los datos obtenidos fueron sometidos al análisis porcentual y los resultados se presentan en tablas y a modo de Conclusiones.....resumen truncado

Palabras Claves: Planificación Familiar, Método Anticonceptivos, Labor de la Enfermera

Summary:

A retrospective, descriptive, comparative study was carried out in the family planning clinic located in the medical office of family number 7 in the health area of the Teaching Polyclinic "Joaquin Albarrán" of the year 2014- 2015. Municipality of Centro Habana. 350 users and the sample for this study were 100 patients, with the objective of describing the behavior of the family planning consultation in a clinic of the Joaquín Albarrán polyclinic, Municipality of Centro Habana in the year 2014-2015. Determine sociodemographic factors of the population under study, Identify the age of the

first sexual relations of the users, Recognize the contraceptive methods most used by the population that goes to the family planning consultation, Identify the most frequent adverse reactions in the use of Contraceptive methods, Determine the most frequent causes of abandonment of Contraceptive Methods, Enunciate the functions of the nurse in the family planning consultation. The data were obtained from the individual clinical history of each patient, which were followed and checked in consultation every 3 months for 1 year. The sociodemographic characteristics, age of the first sexual relations, selected contraceptive

method and adverse reactions were collected. more frequent. The data obtained were subjected to the percentage analysis and the

Introducción.

La planificación familiar está vista como la facultad, el derecho y la obligación que tiene cada ser humano de procrear de manera responsable, es decir, decidir autónomamente cuantos hijos tendrá, en que intervalo de tiempo, en el momento óptimo y con la mejor posibilidad de atender a sus demandas económicas y espirituales¹.

La planificación de la familia significa en principio lograr una actuación consciente y responsable de la pareja en el derecho de decidir el número de hijos que se desea tener además de propiciar la salud materna infantil y la paternidad responsable¹

Según estudios realizados en países desarrollados como Suecia y Estados Unidos de América^{2,3} resulta importante la accesibilidad los servicios de planificación familiar de la población, el carácter confidencial y la gratuidad o bajo costo de los métodos, y la información que se brinda, así como la provisión de información franca y oportuna sobre sexualidad y métodos anticonceptivos mediante escuelas y medios de comunicación. De este modo, podríamos considerar que la planificación familiar puede ser usada como instrumento de una política de población. En este aspecto podemos señalar como ejemplo, el caso de China, país con miles de millones de habitantes, donde el programa de planificación familiar del Estado es un instrumento de la política de "cero crecimiento". También podría suceder lo contrario, donde otros países necesitan incentivar el nacimiento de más hijos por familias, como ocurre en Francia²

La realidad actual desdichadamente indica, que aún para millones de seres humanos, la salud reproductiva es algo muy difícil de obtener. Por lo menos 350 millones de personas que desean evitar un embarazo carecen de acceso a métodos de planificación familiar y 120 millones de mujeres carecen de servicios de salud reproductiva

results are presented in tables and in the manner of Conclusions..... Summary truncated

accesibles y aceptables, alrededor de medio millón de mujeres mueren cada año por causas relacionadas con el embarazo, donde el aborto es una de las causas más frecuente.²

En los últimos 30 años, los países llamados en desarrollo han logrado mejoras en los servicios de atención primaria, donde se incluyen los relacionados con la salud reproductiva y la planificación familiar; existen importantes diferencias entre países y regiones, con desventajas para la mujer.³

En Cuba se trabaja en la aplicación de un programa de planificación familiar cuyo servicio lo brindan especialistas entrenados y con un enfoque de trabajo Multidisciplinario e integral. Este servicio se ha ido desplazando cada vez más hacia la atención primaria de salud y desarrollándose en ésta mediante el pesquisaje activo, la orientación y consejería y la mayor equidad⁸

Es evidente que la planificación familiar significa una toma de conciencia y control del individuo sobre sus procesos y capacidades reproductivas. En los últimos años, los estudios médicos han revelado que la planificación familiar es un componente esencial en las estrategias de salud, de una forma tan importante, que en la actualidad ningún programa de salud puede ser considerado completo si no ofrece a todas las parejas el acceso fácil y total a los medios de planificación familiar adecuados⁸

Teniendo en cuenta estos factores, comenzó hace varios años el Programa de Profilaxis de Riesgo Materno y Peri natal, que constituyó desde su comienzo uno de los más importantes en la atención primaria, pues ha contribuido notablemente a disminuir las tasas de mortalidad materna y peri natal. Las actividades relacionadas con la planificación familiar, que están muy vinculadas con este programa, han adquirido singular relevancia en los últimos años. La

necesidad de introducir medidas para reducir las muertes de niños y madres, así como para mejorar las condiciones de vida de éstos en el mundo, mediante diversas acciones de desarrollo, incluye a la planificación familiar como uno de los aspectos de gran importancia⁹

La planificación familiar significa, como primer aspecto, una toma de conciencia y control del individuo sobre sus procesos y capacidades reproductivas, lo que contribuye a una participación más efectiva en su propio destino, su función en la familia, en la comunidad y en las estructuras de la sociedad. Por tanto, es una actuación consciente, que se hace con sentido de responsabilidad. Ello implica que para llevarla adelante se necesita de una buena información y educación y necesariamente hay que modificar costumbres y actitudes⁹

Control de la natalidad. Generalmente basado en la planificación familiar y determinado por las prácticas de una pareja que tengan por fin el control de la cantidad de hijos utilizando anticonceptivos. Además, cumple con la función de satisfacción sexual, es decir, la búsqueda del placer de uno mismo y del otro, con lo que se logra que la sexualidad sea indispensable para la vida de los seres humanos, en cuanto a su armonía entre lo físico y lo emocional¹⁴

La píldora anticonceptiva oral, a menudo referida como pastilla anticonceptiva o popularmente como "la píldora". Este método anticonceptivo sólo evita embarazos no planificados, pero no evita el contagio de infecciones de transmisión sexual, por lo que es recomendable combinar su uso con preservativos como el condón si se tiene más de una pareja. Fueron aprobadas para el uso anticonceptivo en la década de 1960 en los Estados Unidos, y son un método anticonceptivo muy popular. Son actualmente usadas por más de 100 millones de mujeres en todo el mundo y casi 12 millones en los Estados Unidos. Su uso varía ampliamente según el país, edad, educación, y estado civil: un tercio

de las mujeres de entre 16 y 49 años de edad en Gran Bretaña actualmente usan ya sea la píldora combinada o la "minipíldora" de progestágeno solo, en comparación con sólo el 1% de las mujeres en Japón¹⁴

La píldora anticonceptiva oral combinada no protege contra las infecciones de transmisión sexual como el VIH (SIDA), clamidia, herpes genital, condiloma acuminado, gonorrea, hepatitis B y sífilis. Si se desea protección contra las infecciones de transmisión sexual es necesario utilizar preservativo¹⁴

Nuestro estudio fue realizado en el consultorio médico de la familia número 7 ubicado en San Miguel / Oquendo y Soledad. Municipio Centro Habana. Policlínico Joaquín Albarrán donde el anticonceptivo oral es uno de los más usados, teniendo en cuenta que es uno de los métodos más antiguos y usados coincidiendo con varios países que es uno de los más usados combinados como:

En España se legalizó la comercialización y el uso de la píldora anticonceptiva el 7 de octubre de 1978.¹⁵

Estados Unidos

El 10 de junio de 1957, la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los Estados Unidos aprobó *Enovid* para trastornos menstruales, basado en datos de su uso por más de 600 mujeres. El 9 de mayo de 1960, la FDA anunció que iba a aprobar el uso de *Enovid* 10 mg como anticonceptivo, y lo hizo el 23 de junio de 1960. En julio 1961, Searle finalmente comenzó a comercializar *Enovid* 5 mg (5 mg noretinodrel and 75 µg mestranol) a los médicos como un anticonceptivo. Tomaría casi una década de estudios epidemiológicos para establecerlo¹⁵

La píldora anticonceptiva oral combinada, como también otros métodos anticonceptivos, fue legalizada en Canadá en 1969. El primer anticonceptivo oral introducido fuera de los

Estados Unidos fue el *Anovlar* de Schering (acetato de noretisterona 4 mg + etinilestradiol 50 µg) el 1 de enero de 1961 en Australia.

Alemania. El primer anticonceptivo oral introducido en Europa fue el *Anovlar* de Schering el 1 de junio de 1961 en Alemania Occidental. La baja dosis hormonal, aún en uso, fue estudiada por el ginecólogo belga Ferdinand Peeters. Posteriormente, Gergory Pincus cambió su *Enovid*, en julio de 1961, a la misma dosis¹⁵

Antes de mediados de 1960, el Reino Unido no requería aprobación de pre-comercialización de los medicamentos. La Asociación de Planificación Familiar (*Family Planning Association*) (FPA) británica a través de sus clínicas era el proveedor principal de servicios de planificación familiar en Gran Bretaña y proporcionaba sólo anticonceptivos que estuvieran en su lista de anticonceptivos aprobados (establecido en 1934). En 1957, Searle empezó a comercializar *Enavid* (*Enovid* 10 mg en los Estados Unidos) para trastornos menstruales. También en 1957, la FPA estableció un Consejo para la Investigación de Control de la Fertilidad (*Council for the Investigation of Fertility Control*) (CIFC) para probar y monitorear los anticonceptivos orales que empezaron con la experimentación de anticonceptivos orales en animales y en 1960 y 1961 empezaron tres grandes ensayos clínicos en Birmingham, Slough, y Londres¹⁵

En marzo de 1960, la FPA de Birmingham empezó ensayos de noretinodrel 2.5 mg + mestranol 50 µg, pero inicialmente ocurrió una alta tasa de embarazo cuando las pastillas contuvieron accidentalmente sólo 36 µg de mestranol-los ensayos fueron continuados con noretinodrel 5 mg + mestranol 75 µg (*Conovid* en Gran Bretaña, *Enovid* 5 mg en EE.UU.). En agosto de 1960, la FPA de Slough empezó ensayos de noretinodrel 2.5 mg + mestranol 100 µg (*Conovid-E* en Gran Bretaña, *Enovid-E*

en EE.UU.). En mayo de 1961, la FPA de Londres empezó ensayos con el *Anovlar* de Schering. (15)

En octubre 1961, por recomendación del Consejo Asesor Médico (*Medical Advisory Council*) de su CIFC, la FPA añadió el *Conovid* de Searle a su lista de anticonceptivos aprobados. El 4 de diciembre de 1961, Enoch Powell, el aquel entonces Ministro de Salud, anunció que la pastilla anticonceptiva *Conovid* a través del Servicio Nacional de Salud (NHS) a un precio subvencionado de 2 por mes. En 1962, el *Anovlar* de Schering y *Conovid-E* de Searle fueron agregados a la lista de anticonceptivos aprobados de la FPA¹⁵

La pastilla anticonceptiva está actualmente disponible de forma gratuita en el NHS - los anticonceptivos prescritos están exentos del pago del valor de prescripciones del NHS.

Francia .El 20 de diciembre de 1967, la Ley Neuwirth legalizó la anticoncepción en Francia, incluyendo la píldora. La píldora es el método anticonceptivo más popular en Francia, especialmente en las mujeres jóvenes. Da cuenta del 60% de los anticonceptivos usados en Francia. La tasa de abortos ha permanecido estable desde la introducción de la píldora. (15) Italia .Aunque los medicamentos conteniendo los mismos químicos usados en PAOC han estado aprobados para la venta en Italia desde 1965 para el propósito de "*regularizar el ciclo menstrual*", la venta de medicamentos explícitamente etiquetados como "*anticonceptivos*" se mantuvo ilegal hasta 1971, cuando un fallo de la Corte Constitucional anuló una disposición del Código Penal (promulgada en 1938 por el régimen fascista) que definió el control de natalidad como un "crimen contra la raza humana". Sin embargo, debido a la fuerte oposición de la Iglesia Católica a los métodos anticonceptivos (destacado en 1968 por el Papa Pablo VI en su encíclica "*Humanae vitae*") y la propaganda negativa de los medios conservadores, Italia va a la zaga a todas las

demás naciones de Europa occidental en prescripciones de PAOC. Datos estadísticos recientes revelan que menos del 20% de las mujeres de 15 a 55 años en Italia usan algún tipo de anticonceptivo de manera regular¹⁵

En Japón, el cabildeo de la Asociación Médica de Japón impidió la aprobación de la píldora durante casi 40 años. Las dos objeciones principales planteadas por la asociación fueron los posibles problemas de salud por el uso a largo plazo de la píldora y la preocupación de que el uso de la píldora llevaría a un menor uso de condones y de ese modo potencialmente aumentar las tasas de infecciones de transmisión sexual (ITS). A partir del 2004, los condones representan el 80% del uso de anticonceptivos en Japón, y esto podría explicar las tasas relativamente bajas de SIDA de Japón¹⁵

La píldora fue aprobada para su uso en junio de 1999. De acuerdo con estimaciones, sólo el 1,3% de las 28 millones de mujeres japonesas usan la píldora, en comparación con el 15,6% en los Estados Unidos. Las directrices de prescripción de la píldora que el gobierno aprobó requieren que las usuarias de la píldora visiten un médico cada tres meses para exámenes pélvicos y someterse a pruebas de detección de enfermedades de transmisión sexual y cáncer uterino. En Estados Unidos y Europa, en contraste, el estándar para una usuaria de la píldora es tener visitas clínicas anuales o semestrales. Sin embargo, ya desde 2007, muchos ginecólogos japoneses ahora sólo requieren una visita anual para las usuarias de la píldora, con las visitas trimestrales sólo recomendadas para aquellas que son mayores o con un mayor riesgo de sufrir efectos secundarios¹⁵

La Organización Mundial de la salud interpreta el concepto de Salud Reproductiva como "el estado de completo bienestar físico mental y social del individuo, que favorece o determina la reproducción humana en condiciones

saludables", entendido como tal el proceso cíclico que se inicia antes de la concepción misma, el embarazo, parto, recién nacido, desarrollo del niño, adolescentes, jóvenes, adultos, hasta volver a la concepción como punto de partida. Se trata entonces de salud y de Calidad de Vida en todo el ciclo vital que repercute de forma directa en la reproducción humana, no sólo visto como ausencia de enfermedad en el proceso reproductivo¹⁰

En el país se ha realizado un esfuerzo sostenido por incrementar el progreso y la calidad de la vida de la población, lo que se refleja en el comportamiento de indicadores importantes entre los que se encuentran los relacionados con la salud reproductiva. En tal sentido se observan bajos niveles de mortalidad infantil, del niño mayor de 1 año y materna, aunado a bajos ritmos de crecimiento poblacional, entre otros¹³

En Cuba no se han fijado metas al respecto del tamaño de la población y de su crecimiento, pero si se considera la evolución de estas categorías como satisfactorias, al igual que su estructura por sexo y edades, lo cual ha permitido dar respuesta a situaciones coyunturales existentes en determinados grupos de edades, o áreas del país, en relación con implicaciones en servicios básicos tales como educación, salud, seguridad social, entre otros, y en función de los objetivos del desarrollo trazados¹³

En relación con la Planificación Familiar, los derechos reproductivos y la salud sexual y reproductiva, en Cuba desde hace más de 30 años, las actividades de Planificación de la Familia han estado vinculadas principalmente con la salud de la mujer y el niño, y también en función del libre derecho de la pareja a la reproducción¹³

En nuestro país a partir del triunfo de la revolución en 1959 se sucedieron cambios y transformaciones sociales profundas entre las

cuales, y como prioritarias, estuvieron las relacionadas con la salud del pueblo y así el Ministerio de Salud Pública creó los primeros programas de trabajo, entre los que se destacaron: Programa de Reducción de la Mortalidad Infantil, más tarde .Programa de Atención Integral a la Mujer y el Niño, Control de Enfermedades Transmisibles. Programas de Higiene Rural y Urbana. Se creó y desarrolló el Servicio Médico Rural y otra serie de medidas y acciones que sentarían las bases de los logros en materia de salud¹³

Todos los programas de Planificación Familiar en el mundo, responden a determinadas políticas y aunque en Cuba no ha existido una política poblacional en el sentido de aumentar o disminuir la misma, si existen una serie de principios básicos del derecho de la familia, la pareja y en específico de la mujer a decidir el número de hijos y el espaciamiento de los mismos, se respeta el derecho de libre decisión, el ejercicio de igualdad de la mujer y se trabaja por disminuir el riesgo materno-infantil. El programa de Planificación de la Familia propicia el desarrollo de la salud reproductiva, el respeto a derechos básicos como el de la reproducción y avances en el proceso de transición demográfica de la fecundidad y mortalidad, principalmente la infantil y materna y por ende contribuye a la concepción actual de familia cubana, que además se caracteriza por expectativas de baja fecundidad. En este momento la estrategia principal del Programa está relacionado con la prevención del riesgo preconcepcional.¹³

Planificación Familiar y Riesgo Reproductivo, propicia el desarrollo de la salud reproductiva, el respeto a derechos básicos como el de la reproducción y avances en el proceso de transición demográfica de la fecundidad y mortalidad, principalmente la infantil y materna y por ende contribuye a la concepción actual de familia cubana. Dirige sus acciones a propiciar

información, orientación, educación y servicios a las parejas, incluidas las infértiles. Con este programa se han obtenido logros significativos en la salud de madres y niños, pero aún se persigue mejorar algunos aspectos, especialmente disminuir el riesgo preconcepcional. Tiene sus bases en un trabajo comunitario, interdisciplinario y multisectorial, que se apoya en el subsistema de la medicina familiar¹³

La consulta de Planificación familiar del tiene como referencia básica el trabajo del médico de la familia que identifica y selecciona los casos de riesgo reproductivos relevantes. Así, de esta forma, estamos en las mejores condiciones de cumplir y llevar adelante un objetivo fundamental⁹

- La Disminución de la morbilidad y la mortalidad materna infantil.
- Disminuir los embarazos con riesgos reproductivos
- Disminuir los riesgos en el embarazo.
- Reducir la incidencia de embarazos en los adolescentes y jóvenes
- Reducir los abortos voluntarios.
- Proporcionar que la mujer haga uso racional, consciente y responsable del derecho de decidir libremente sobre su capacidad reproductiva.
- Incrementar la participación del hombre en la consulta de planificación familiar.
- Participar en la distribución establecida de medios y métodos anticonceptivos¹¹

Contamos en la actualidad con herramientas fundamentales aplicables a los aspectos preventivos de la atención de salud. El papel del médico y la enfermera de la familia son fundamentales en este programa y en esta estrategia, pues tienen la responsabilidad de proteger y mejorar la salud de la familia y la comunidad. Su colaboración en este aspecto importante de la salud humana se hace cada vez más necesaria y es el único que puede llevar adelante estos conceptos como una verdadera estrategia porque comprende y utiliza a todo el

sistema de salud y a toda la población que sirve a este sistema.¹²

En nuestro Policlínico Joaquín Albarrán la Consulta de Planificación Familiar comenzó en el año 2007 y se mantiene hasta nuestros días en el consultorio del médico de la familia, por lo que es nuestro propósito realizar una comparación entre el año 2014 y 2015 mostrando algunos aspectos relevantes sobre anticonceptivos, conocer el comportamiento de éstos, en la consulta, reconocer los métodos más utilizados por la población que acude a dicha consulta, identificar las reacciones adversas y determinar las causas más frecuentes del abandono del tratamiento, enunciar las funciones de Enfermería y actividades en dicha consulta

Todos estos elementos expuestos hasta aquí nos dan una idea de la situación de una temática en nuestro país. Este trabajo surge a partir del crecimiento del interés, que en los últimos tiempos, se ha despertado en torno a la problemática de la planificación familiar y que sumado al de nosotras motivaron este trabajo, con el objetivo de .Describir el comportamiento de la consulta de planificación familiar, en el consultorio del médico de la familia en el Policlínico Joaquín Albarrán. Municipio Centro Habana en el año 2014-2015, pudiendo desarrollar y enriquecer los programas de promoción, educación, prevención y atención en la comunidad

Objetivos:

General

Describir el comportamiento de la consulta de planificación familiar en un consultorio del médico de la familia del Policlínico Joaquín Albarrán. Municipio Centro Habana en el año 2014-2015

ESPECIFICOS

1- Determinar factores sociodemográficos de la población en estudio.

2- Identificar la edad de las primeras relaciones sexuales de los usuarios.

3- Reconocer los métodos anticonceptivos más utilizados por la población que acude a la consulta de planificación familiar.

4- Identificar las reacciones adversas más frecuentes en el uso de los métodos anticonceptivos.

5- Determinar las causas más frecuentes del abandono de los Métodos Anticonceptivos.

6-Enunciar las funciones de la enfermera en la consulta de planificación familiar.

Métodos

Se realizó un estudio comparativo descriptivo retrospectivo en la consulta de planificación familiar ubicada en el consultorio médico de la familia número 7, en el área de salud del Policlínico Docente " Joaquín Albarrán del año 2014- 2015 en el Municipio de Centro Habana. El universo de trabajo fueron de 350 usuarias y la muestra para este estudio año 2014-2015 fueron de 100 pacientes.

Los datos se obtuvieron a partir de la historia clínica individual de cada paciente, los cuales fueron seguidos y controlados en consulta cada 3 meses durante 1 año, se recogieron las características sociodemográficas, la edad de las primeras relaciones sexuales, método anticonceptivo seleccionado y reacciones adversas más frecuentes.

Los datos obtenidos fueron sometidos al análisis porcentual y los resultados se pr

Resultados:

Análisis de los Resultados:

En el análisis de las características sociodemográficas de nuestras usuarias el grupo de edades que más asistencia tiene a nuestra consulta en ambos años estudiados fue las de 20-24 años 2014 44(44%) 2015 34(34%) período de mayor actividad sexual y

reproductiva, y en menor cantidad las de 35 y más 2014 9 (9%) 2015 7(7%). anexo (1)

En el nivel de escolaridad predominó el preuniversitario o técnico medio en los años 2014 45(45%) y 2015 54(54%). anexo (1)

En cuanto al estado civil en el año 2014 predominaron las uniones estables 49(49%) y en el año 2015 las solteras 45(45%) anexo (1)

En cuanto al comienzo de la edad de las primeras relaciones sexuales en los dos años estudiados fueron entre 15 - 19 años 2014 71 (71%) y el 2015 79 (79%), El inicio precoz de las relaciones sexuales es hoy un hecho casi universal, sobre todo, en los países de América. anexo (2)

Los tipos de métodos anticonceptivos más utilizados en ambos años fueron las hormonas inyectables y los anticonceptivos orales, año 2014 ACO 40 (40%) y los inyectable 42 (42%) y 2015 ACO 33% y los inyectable 55% las cuales se encuentran en la consulta de Planificación de forma gratuita y mantenida, se ofertan las tabletas anticonceptivas orales del tipo Triquilar y Roselle, las hormonas inyectables Petogen y Noristerat anexo (3)

En cuanto a los efectos colaterales más frecuentes según los métodos más utilizados por nuestras usuarias en el 2014 el aumento de peso 42,5 % en los ACO y en los inyectables 23,5% y el 2015 ACO el aumento de peso 42,4 % y los inyectables 34,5 % y la amenorrea un 23,6% en las hormonas inyectables, en Referencias bibliografías revisadas existen opiniones controvertidas acerca de este efecto, muchos autores los describen como efecto propio de las tabletas y otros, como una complicación y la amenorrea en la utilización de las hormonas inyectables muchos autores opinan que su efecto colateral principal es el sangrado intermenstrual irregular al inicio y amenorrea posteriormente. Anexo (4)

En este estudio los casos de abandono del MAC fue muy bajo, en el año 2014 se produjo entre las usuarias que utilizaban hormonas inyectables y DIU (11 casos) y en el año 2015

(9 casos) con los mismo MAC la causa fue el sangramiento y el dolor. Anexo⁵

En cuanto al accionar de la enfermera enunciamos las funciones específicas de la enfermera en la consulta de planificación familiar (anexos)

Discusión:

Los resultados con respecto a la edad de mayor asistencia a la consulta, coincide con los de otros autores como Pérez Monte de Oca en que es el periodo de mayor actividad sexual y reproductiva, observamos que las adolescentes acuden a nuestra consulta y que esta edad mantiene también una intensa actividad sexual¹⁰

El nivel de escolaridad responde a que mientras mejor sea la base educacional permite una planificación familiar con éxito y posibilidades de desarrollo lo cual coincide con estudio realizado en Centro Habana 2007 Casal Hechevarría¹¹ El estado civil predominó las solteras y las uniones estables lo cual difiere con otro estudio realizado en Alamar por Borrayo Segundo. Casal Hechevarría¹²

Las relaciones sexuales en edades adolescentes se observan con mayor frecuencia en la época actual, estudios realizados en América demuestran que las relaciones sexuales comienzan entre los 15-19 años. Coinciden con artículos revisados sobre la sexualidad¹⁴

Nuestro estudio arrojó que los MAC más utilizados por nuestras usuarias son Las Hormonas inyectables y ACO que se ofertan en nuestra consulta de forma gratuita, los tabletas que se ofertan son triquilar y roselle reducen la pérdida de sangre intermenstrual y disminuyen la anemia por déficit de hierro ya que tienen un ciclo de fumarato ferroso, son los AC más utilizados a nivel mundial, las hormonas inyectables petogen y noristerat y sus efectos son muy positivos en nuestras usuarias.

Coinciden con la utilización de estos métodos anticonceptivos más usados en otros países¹⁵

Los efectos colaterales más frecuentes según los métodos más utilizados por nuestras usuarias tenemos el aumento de peso y la amenorrea en Referencias bibliografías revisadas existen opiniones controvertidas acerca de este efecto, muchos autores los describen como efecto propio de las tabletas y otros, como una complicación¹¹

En otro literatura revisado presenta las reacciones y contraindicaciones del anticonceptivo oral como estudio realizado y publicados en estados unidos : concluyentemente un incremento del riesgo de trombosis venosa en usuario de anticonceptivos orales y un incremento en el riesgo de accidentes cerebrovasculares e infartos agudos de miocardio en usuario de anticonceptivos orales que fumen o tengan hipertensión u otros factores de riesgo cardiovasculares o cerebrovasculares. Estos riesgos de los anticonceptivos orales fueron dramatizados en el libro de 1969 *The Doctors' Case Against the Pill* (El caso de los médicos contra la píldora) por la periodista feminista Barbara Seaman quien ayudó organizar la audiencias de la píldora de Nelson de 1970 convocada por el senador Gaylord Nelson. Las audiencias fueron realizadas por los senadores que eran todos hombres y los testigos en la primera ronda de audiencias eran todos hombres, llevando a Alice Wolfson y otras feministas a protestar las audiencias y generar atención de los medios. Su trabajo llevó a la ordenanza de incluir prospectos para el paciente con los anticonceptivos orales para explicar sus posibles efectos secundarios y riesgos para ayudar facilitar un consentimiento informado. Las dosis de anticonceptivos orales estándares de hoy contienen una dosis de estrógeno un tercio inferior a las primeras pastillas anticonceptivas comercializadas y contienen

dosis más bajas de diferentes, y más potentes progestinas en una variedad de formulaciones¹⁵

En este estudio los casos de abandono del MAC fueron muy bajo, se produjo entre las usuarias que utilizaban hormonas inyectables y DIU, la causa fue el sangramiento y el dolor.

Conclusiones

En los dos años estudiados el grupo de edades que predominó fueron entre la edad de 20-24 años, en cuanto al nivel de escolaridad el preuniversitario o técnico medio superior y el estado civil fueron las solteras y las uniones estables.

En la edad del comienzo de las relaciones sexuales se produjo en edades tempranas entre los 15-19 años.

Los métodos más utilizados por nuestros usuarios en los años comparados fueron ACO y las hormonas inyectables.

Las reacciones adversas más frecuentes fueron el aumento de peso y la amenorrea.

En este estudio el abandono de MAC indicados fue bajo y se produjo en mayor número entre las usuarias que utilizaban hormonas inyectables y DIU, y las causas más frecuentes de abandono fueron el sangramiento y el dolor.

Enunciamos los cuidados de enfermería específicos en nuestra consulta resaltando las orientaciones, actividades y conserjería de los temas sobre planificación. (Anexo)

Recomendaciones

-Incrementar en cantidad y calidad, las actividades educativas que desarrolla el personal de la salud, especialmente el que trabaja en el nivel primario de atención, encaminadas a elevar la cultura sobre planificación familiar en la población.

-Desarrollar y perfeccionar las estrategias de información, educación y comunicación, en función de la salud sexual y reproductiva de la población mediante el médico de la familia y los medios de difusión masiva.

-Elaborar y utilizar materiales didácticos en temáticas de planificación familiar y salud reproductiva.

-Propiciar el desarrollo de centros o servicios de orientación a jóvenes y adolescentes relacionados con la salud reproductiva.

-El personal vinculado a la consulta de planificación familiar debe participar en los programas de educación sexual y educación para la salud dirigidos a familias, individuos, instituciones y en la comunidad.

Referencias bibliográficas.

1- Pereira Díaz H.: Planificación Familiar. Boletín OPS. Vol. 108, No. 5 y 6, Mayo - Junio. 1990. Bioética No. Especial (pp.) 512 - 523.

2- Gómez Alzugaray M. Contracepción hormonal. Temas de reproducción femenina. La Habana: Ed. Científico-Técnica, 1990:179-202.

3-México. Secretaria de Salud. Planificación familiar en el contexto de la salud reproductiva. México DF: Pathfinder, 1998:55-62.

4-Acción para el Siglo XXI. Salud y Derechos Reproductivos para todos

5-Nueva York: Family Care Internacional; 1995. p. 17

6-Puffer RR. La planificación familiar y la mortalidad materna e infantil en los Estados Unidos.

7-Bol of Sanit Panam 1993; 115(5):389-404.

8-Machado RH. Historia de la anticoncepción. En: Jorge Peláez Mendoza:

Métodos anticonceptivos. Actualidad y perspectivas para el nuevo milenio. La Habana, Científico Técnica; 2001. p.22.

9-. Abreu SG, Amador MA, Borroto CR, Burke BM, Castellanos SB, Cobas SM. Para la vida. La Habana: Editorial Pueblo y Educación, 1992:105-14.

10-Pérez Monte de Oca L: Planificación Familiar. OPS-OMS. Vol. 07, No 03, septiembre del 2005, La Habana Ed Ciencia Medicas.

11- Casal Hechevarría M: "" Trabajo presentado de planificación Familiar en el Policlínico Van Troi. Centro Habana. Jornada Científica de Enfermería. Mayo del 2010

12-Borrayo Segundo Y. Casal Hechevarría M. "" Trabajo presentado de Planificación Familiar en la jornada Científica de Enfermería en el Policlínico Mario Escalona. Alamar. Mayo 2011

13- Artículo de la comisión nacional de planificación familiar y riesgo reproductivo. Cuba. www.infomed.sld.cu .

14- Artículo sobre sexualidad humana. <https://www.wikipedia.org/>

15- Artículo sobre los métodos de anticonceptivos orales más usados en varios países. <https://www.google.com>

Otras bibliografías consultadas.

1- «Combined Estrogen-Progestogen Contraceptives» (PDF). *IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans* (International Agency for Research on Cancer) 91. 2007.

2- Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer (1996). «Breast cancer and hormonal contraceptives: collaborative reanalysis of individual data on 53,297 women with breast cancer and 100,239 women without breast cancer from 54 epidemiological studies». *Lancet* 347 (9017): 1713-27. doi:10.1016/S0140-6736(96)90806-5. PMID 8656904.

3- Jeanet M. Kemmeren, Bea C. Tanis, Maurice A.A.J. van den Bosch, Edward L.E.M. Bollen, Frans M. Helmerhorst, Yolanda van der Graaf, Frits R. Rosendaal, and Ale Algra (2002). «Risk of Arterial Thrombosis in Relation to Oral Contraceptives (RATIO) Study: Oral Contraceptives and the Risk of Ischemic Stroke». *Stroke* (American Heart Association, Inc.) 33 (5): 1202-1208. doi:10.1161/01.STR.0000015345.61324.3F. PMID 11988591.

4- Jean-Patrice Baillargeon, Donna K. McClish, Paulina A. Essah, and John E. Nestler (2005). «Association between the Current Use of Low-Dose Oral Contraceptives and Cardiovascular Arterial Disease: A Meta-Analysis». *Journal of* Anexos

Clinical Endocrinology & Metabolism (The Endocrine Society) 90 (7): 3863-3870. doi:10.1210/jc.2004-1958. PMID 15814774.

Tabla 1

Características sociodemográficas de pacientes de la consulta de planificación familiar. Año 2014- 2015

Grupo de edades	Nivel de escolaridad								Estado civil						Total	
	P		S		P-TM		U		C		S		UE		014	15
	14	15	14	15	014	015	14	15	14	15	14	015	14	15		
15-19	-	-	14	10	6	14	-	-	4	6	7	11	9	7	20 (20)	24 (24%)
20-24	-	-	19	13	25	21	-	-	10	8	13	16	21	10	44 (44%)	34 (34%)
25-29	-	-	3	5	6	9	6	5	3	6	5	8	7	5	15 (15%)	19 (19%)
30-34	-	-	1	3	3	7	8	6	2	5	3	9	7	2	12 (12%)	16 (16%)
35 y más	-	-	2	2	5	3	2	2	2	4	2	1	5	2	9 (9%)	7 (7%)
Total			39 (39%)	33 (33%)	45 (45%)	54 (54%)	16 (16%)	13 (13%)	21 (21%)	29 (29%)	30 (30%)	45 (45%)	49 (49%)	26 (26%)	100	100

P-primaria S-secundaria P-TM preuniversitario o técnico medio U-universitario

C-casado S- soltera UE- unión estable

Fuente: Historias Clínicas. Del consultorio. Policlínico: "" Joaquín Albarrán

Tabla 2 Distribución de la muestra según la edad de las primeras relaciones sexuales. Año 2014- 2015

Fuente: Historias Clínicas. Del consultorio. Policlínico: "" Joaquín Albarrán ""

Tabla 3 Tipos de Métodos Anticonceptivos más utilizados. Año 2014- 2015

Edad primeras relaciones sexuales	No. de pacientes 2014	%	No. de pacientes 2015	%
Menos de 15	28	28%	21	21%
15-19	71	71%	77	77%
20-24	1	1%	2	2%
25-29	-	-	-	-
Total	100		100	

Tipos AC	No de Pacientes 2014	%	No de Pacientes 2015	%
Tabletas Hormonales	40	40 %	33	33 %
Hormonas inyectables	42	42 %	55	55 %
DIU	13	13 %	9	9%
Condón	5	5%	3	3%
Método del Ritmo	-		-	
Total	100		100	

AC- anticonceptivos

Fuente: Historias Clínicas. Del consultorio. Policlínico: "" Joaquín Albarrán ""

Tabla 5 Causas más frecuentes de abandono del MAC según método usado. Año 2014- 2015

Método anticonceptivo	Sangramiento		Amenorrea		Náuseas y vómitos		Aumento de peso		Dolor	
	2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015
Tabletas Hormonales	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Hormonas inyectables	7	6	-	-	-	-	-	-	-	2
DIU	2	1	-	-	-	-	-	-	2	-
Condón	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Método del Ritmo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	9	7	-	-	-	-	-	-	2	2

Fuente: Historias Clínicas. Del consultorio. Policlínico: "" Joaquín Albarrán ""

Tabla 4 Distribución de la muestra según reacciones adversas más frecuentes. Año 2014- 2015

Reacciones adversas	ACO		%		HI		%		DIU		%		Condón		%		MR		%	
	14	15	14	15	14	15	14	15	14	15	14	15	14	15	14	15	14	15	14	15
Sangramiento	-	1	3,0%	3%	4	2	9,5%	3,6%	3	1	23,0%	11,1%							-	
Leucorrea	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-							-	
Aumento de peso	17	14	42,5%	42,4%	10	19	23,8%	34,5%											-	
Amenorrea	-	-			5	13	11,9%	23,6%											-	
Cefalea	-	-																	-	
Náuseas y vómitos	1	2	2,5%	6,0%															-	
Dolor	-	-							3		23,0%								-	
Embarazo	-	-																	-	
Sin efectos secundarios	22	16	55%	48,4%	23	34	54,7%	61,8%	7	8	53,8%	88,8%	5	3	100%	100%			-	
Total	40	33			42	55			13	9			5	3					-	

ACO-Anticonceptivos orales HI –Hormonas inyectables DIU-Dispositivos intrauterinos MR-Método del Ritmo

Fuente: Historias Clínicas. Del consultorio Policlínico: "Joaquín Albarrán"