

11226



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

## EFFECTOS COLATERALES EN MUJERES QUE USAN ANTICONCEPTIVOS HORMONALES ORALES

### T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A :

DR. JESUS RAMIREZ VAZQUEZ

HOSPITAL GENERAL DE ZONA SAN ANGEL  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



MEXICO, D. F.



1984



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## I N D I C E

	Pág.
1.- INTRODUCCION .....	1
2.- JUSTIFICACION .....	3
3.- ANTECEDENTES CIENTIFICOS .....	5
4.- OBJETIVOS .....	15
5.- RESULTADOS .....	16
6.- HIPOTESIS.....	21
7.- MATERIAL Y METODOS .....	22
8.- CONCLUSIONES .....	23
9.- ALTERNATIVAS DE SOLUCION .....	25
10.- GRAFICAS .....	27
11.- BIBLIOGRAFIA .....	41

## I N T R O D U C C I O N

En 1959 Pincus y sus colaboradores llevaron a cabo -- pruebas de la píldora en pequeña escala con tres grupos de mu- jeres que siguieron usando dispositivos anticonceptivos con- convencionales durante varios ciclos; después a un grupo se le - dió un placebo y a los otros dos anticonceptivos orales; de - los dos últimos se le anunció que podría sentir efecto secun- dario y al otro no se le dijo nada. Aquellas que tomaron la - píldora sin explicación previa fueron las que sintieron menos efectos secundarios, mientras las que tomaron placebo o la -- píldora con previa advertencia sobre posibles complicaciones- fueron las que se quejaron más sin poder distinguirse estadís- ticamente. Las dificultades prácticas y éticas con las que - se tropiezan para realizar más pruebas con la píldora inclu- yendo placebos son formidables y hoy casi todas las mujeres - están bien informadas acerca de los efectos secundarios. Un- placebo inofensivo puede tener efectos fuertes y los facto- res emocionales pueden resultar muy importantes en el terreno del control de la fertilidad. Se ha establecido que la náú- sea se presenta, más en las mujeres que se sienten tensas emo

cionalmente.

Los anovulatorios orales se toman durante más tiempo con mayor constancia y los consume el número de personas mayor que casi ninguna otra medicina.

## J U S T I F I C A C I O N

Existe una gran cantidad de derechohabientes incluidas en programas de planificación familiar, a nivel de consulta externa y se ha visto que los resultados no son siempre lo esperado. Probablemente por métodos no idoneos, mal manejo de las usuarias o falta de información adecuada y completa. Se decidió hacer un estudio por lo que respecta a las usuarias del método hormonal oral y sus efectos colaterales específicamente. Investigar además si su uso actualmente es satisfactorio o no, el por que se deciden cambiar por otro método anticoncepcional y el porque de su abandono.

Pensando que un porcentaje elevado presenta sintomatología colateral con su uso, nos proponemos demostrar dicha sintomatología, sus causas y si es un método adecuado para planificar la familia. Cabe mencionar que las usuarias del método hormonal oral, deben ser estudiadas integralmente, para decidir, si lo deben llevar o no. Esto implica saber, la edad, de la paciente, el número de embarazos, nacidos vivos y alguna complicación, antecedentes de diabetes, hipertensión arterial problemas vasculares etc. Estudiar en forma idonea a

la paciente para esperar resultados positivos con el método oral. Ya que muchas veces se les proporciona los anticonceptivos orales en forma indiscriminada sin una investigación superficial por lo menos de la paciente. Esto justifica el presente estudio, esperando encontrar resultados satisfactorios, para contribuir en algo, al beneficio posterior de las mujeres usuarias del método hormonal oral.

## ANTECEDENTES CIENTIFICOS

A pesar de que Thomas Robert Malthus puso en aviso al mundo sobre el problema de la sobrepoblación, que en un momento dado, pudiese afectarlo, fué después de la segunda guerra mundial que se despertó la inquietud sobre el peligro que pudiera cernirse con motivo de la sobrepoblación; y que llevaría a innumerables consecuencias adversas tanto en la salud de los humanos, como por la posible falta de alimentos o por el consumo de estos, debido al poco número de campos cultivables que han sido acortados por el exceso del crecimiento de la población como ha sucedido fundamentalmente en Asia y en algunas partes de Latinoamérica.

Ya en 1897 Beard sugirió que el cuerpo amarillo, inhibía la ovulación durante el embarazo y a principios de este siglo llegó a entenderse parcialmente el papel de los ovarios en el ciclo sexual. En 1912 Fellner estudio el efecto de las inyecciones de extractos ovaricos y demostró que provocaban el crecimiento mamario y uterino. En la década de los 30 se aislaron la progesterona y el estrógeno y en 1936 MacCorquodale, Thayer y Doisy estrajeron 25 mg. de 17 B-estradiol puro

y cristalino de cuatro toneladas de ovarios de cerdas.

El papel de la pituitaria en el control del ciclo ovárico, se aclaró en la década de 1920 en adelante y en 1933 Moore y Price escribieron un informe sobre el mecanismo de retroalimentación de la pituitaria. La posibilidad de inhibir la ovulación se vió entonces como algo posible y en 1933 Hartman sugirió a un colega que se utilizará amiotina (preparado de estrógenos del líquido amniótico bovino) como anticonceptivo.

Quizá con otros fines a través de los siglos el hombre ha intentado evitar la concepción por múltiples y variados métodos.

El uso de las hormonas gonadales como anticonceptivo fue sugerido por primera vez en 1940 por Sturgis y Albright - quienes observaron que los estrógenos administrados en forma cíclica aumentaban la presentación de la dismenorrea funcional la cual se pensaba que solo ocurría en ciclos ovulatorios. Lyon en 1943 confirmó estos hallazgos utilizando un estrógeno activo por vía oral, el etinil estradiol a la dosis diaria de 0.05 mg. No fué sino hasta 20 años más tarde cuando este fenómeno biológico fue utilizado como medio para el control de la fertilidad.

Pincus en 1956 observó que la progesterona administrada por vía oral a la dosis de 300 mg. al día era capaz de-

inhibir la ovulación en el humano en el 70% de los casos. Sin embargo no se lograba un efecto uniforme posiblemente debido a que su absorción intestinal era variable. Por otro lado la administración intramuscular de esta hormona, aún cuando es adecuada para inhibir la ovulación se acompaña frecuentemente de reacciones locales, lo que hace poco práctico su uso durante períodos prolongados.

La investigación inicial de compuestos hormonales anticonceptivos se concentró en los progestagenos ya que se pensaba que los estrógenos después de algunos ciclos de tratamiento no se inhibía la ovulación en forma consistente.

Los estudios clínicos de Rock y Pincus en 1956 con la noretindrona y el noretinodrel marcaron el principio de la era de los anticonceptivos hormonales. El mejor conocimiento del mecanismo de acción de estos compuestos así como sus efectos endócrinos y metabólicos ha permitido mantener la eficacia anticonceptiva disminuyendo la dosis de las hormonas esteroideas.

La investigación intensa de un pequeño grupo de mujeres puede proporcionar mucha información respecto a los efectos metabólicos de los esteroides anticonceptivos aunque no necesariamente sobre el significado patológico de tales efectos. Los recientes estudios bien controlados como los de Anzar, Ramos y de Goldzieher etc., al. sugieren que la inciden-

cia de estos efectos colaterales, está mas relacionada con el tipo de mujer que usa anticonceptivos orales que con la fórmula de la preparación anticonceptiva en sí; por lo tanto es esencial que la incidencia y el carácter de los efectos colaterales de una preparación comparados con la de otra, sean realizados con bastante reserva antes de admitir que son muy diferentes entre sí.

Preciso es recordar siempre que las mujeres que eligen anticonceptivos orales tienden a diferir de las que eligen el DIU o métodos de barrera; en factores tales como su experiencia en fertilidad, frecuencia coital, normas de higiene sexual, edad y hábito de fumar. Rara vez son válidas las comparaciones aisladas entre usuarias de anticonceptivos orales y las que utilizan otros métodos de anticoncepción, puesto que los síntomas más frecuentes en las usuarias de anticonceptivos orales podría ser el reflejo de otros factores en sus vidas.

#### BIOSINTESIS DE LOS ESTEROIDES

Los estudios de la bioquímica actual han identificado a las glándulas suprarrenales y a los ovarios, al testículo, y la placenta como productores de esteroides. Estas glándulas siguen determinados pasos en la producción de esteroides, que le son comunes. Haciendo un breve recordatorio de ellos,

podemos decir que a partir del colesterol lo primero que se tiene --- es la Delta -5- pregnenolona, el cual es un paso muy importante para su derivación a progesterona, posteriormente esta se hidroxila para dar lugar a la 17-alfa hidroxiprogesterona que es una bifurcación importante; por un lado de lugar a una serie de compuestos de 21 átomos de carbono y culmina en el cortisol y por otro pierde dos átomos de carbono y con 19 carbonos en su estructura abre el camino hacia la testosterona. Esta perdiendo el carbono 19 nos da la 19 nortestosterona de la cual se deriva el núcleo de 18 átomos de carbono que nos conduce a la familia de los estrógenos.

Los estrógenos naturales según las investigaciones -- histoquímicas de Dempsey y Bassett y Mc Kay y Robinson indican que se producen en las células tecales en el ovario esta observación se basa en experimentos en el cual se implantaron células de la granulosa o de la teca en animales castrados, - demostrando así que sólo en los trasplantes de células tecales había actividad endócrina. Por otro lado Ryan y Col. separaron las células de la granulosa y de la teca en los ovarios de mujeres después de estimulación en vivo con (HMG. pergonal) para estimular el desarrollo de los folículos. Ellos señalan que ambos tipos de células del folículo de la mujer - eran activos, en cuanto a la esteroidogénesis y eran capaces de sintetizar esteroides a partir del acetato, pregnenolona y progesterona.

En estos estudios, las células de la teca sintetizaron los intermediarios de la 17-beta-estradiol en tanto que sólo las células de la granulosa estuvieron más activas en la transformación de pregnenolona y progesterona y no sintetizaron estradiol. Ryan y col. concluyeron que las células de la teca utilizaban la vía delta 5 para producir estradiol en tanto que las células de la granulosa sintetizaban progesterona y otros esteroides por la vía delta 4. Las células de la granulosa no pudieron sintetizar estradiol. La interpretación de estos datos es difícil, de ser aceptada dado que al recibir estimulación con pergonal se produce excesivo, estradiol-folicular.

Los principales estrógenos humanos producidos esencialmente por los ovarios son la estrona, el estradiol y el estriol. La estróna se identificó en 1929 por Doisy y Bute-nandt al cristalizar, a partir de la orina. En 1930 Browne aisló del tejido placentario el estriol que es el estrógeno menos potente. En 1936 Mc Corquodale y col. cristalizaron el estradiol, el más potente de los tres. Durante la segunda fase del ciclo (Postovulatorio) después de la rotura del folículo se forma en este lugar un tejido de color amarillento el cual se conoce como cuerpo lúteo, debe este color a su importante contenido en caroteno: constituido histológicamente por células llamadas tecaluteinicas y granuloso luteinicas. Este cuerpo lúteo tiene la finalidad de producir progesterona la -

cual se define como un esteroide específico biológicamente activo, y que causa modificaciones progestacionales en el útero de las conejas inmaduras y ovariectomizadas después de conveniente preparación. Su principal metabolito es el pregnandiol y el hígado es el principal órgano donde la progesterona es metabolizada.

Esta hormona fue aislada en 1928 y fue llamada progestin para indicar su papel específico durante la gestación, -- por Corner y Allen y algo más tarde Butenandt determinó que se trataba de un esteroide por lo que sugirió que se agregase el sufijo estrón.

## HORMONALES SINTETICOS

Lo increíblemente avanzado de la química moderna nos permite obtener estas hormonas en forma sintética y no sólo - ese sino modificar la estructura de su núcleo obteniendo así derivados que tengan algunas acciones específicas buscadas y carezcan de acciones indeseables o bien que permitan su rápida absorción por tubo digestivo o que posean acción prolongada.

Por otro lado esta constante investigación ha permitido encontrar sustancias, que químicamente no tengan ningún -- punto de contacto con las hormonas, pero sí posean sus efectos biológicos. Se llaman estrógenos sintéticos a aquellas - sustancias que producen esto en las ratas, según concepto -- vertido desde 1937 por Allen y Doisy. Los estrógenos son naturales y sintéticos. Estos son los usados como anticonceptivos y los más frecuentemente usados son: el etinilestradiol, - el 3 metil éter del etinilestradio y el 3 ciclo pentil éter - del etinilestradiol. Se ha comprobado que aquellos compues-- tos con la cadena lateral 17 alfa etinil son los más eficaces para bloquear la ovulación a nivel de hipotálamo e hipofisis-

con dosis tan pequeñas como 50 microgramos de etinilestradiol y de 80 microgramos del 3 metil éter del etinilestradiol ---- (mestranol). El tres ciclo pentil éter del etinilestradiol - (quinestrol) es el estrógeno de acción prolongada conocido en la actualidad y este efecto se debe que se deposita en el tejido adiposo, del que se va desdoblando lentamente aproximadamente 45 microgramos diarios de etinilestradiol.

Se llaman progestagenos aquellas sustancias que producen efectos similares a los de la progesterona. En este campo la industria química se ha mostrado particularmente eficaz y ha obtenido multiples compuestos con esta acción, todas ellas derivados de sustancias que normalmente se producen en el organismo. Tenemos así los siguientes:

1.- Progestagenos derivados de la 17-alfa-hidroxiprogesterona.

- a) Caproato de 17 hidroxiprogesterona.
- b) Acetoxiprogesterona. 17
- c) 6-metil-17-acetoxiprogesterona (medroxiprogesterona.)
- d) 6-metil-a-acetoxiprogesterona (megestrol)
- e) 6-cloro-6-acetoxiprogesterona (clormadinona).

2.- Progestágenos derivados de la progesterona.

- a) 17-alfa-etinil testosterona (etisterona)
- b) Dimetisterona.

3.- Progestágenos derivados de la 19-nortestosterona.

- a) 19-nor-etisterona (noretindrona)
- b) 5-10 isómetro de la noretindrona (noretinodrel)
- c) Vinil-estrenolona.
- d) Diacetato de etinodiol
- e) Línestrol.
- f) Alil-estrenol.
- g) Quingestanol.

## O B J E T I V O S

- 1.- Demostrar los principales efectos colaterales con el uso de hormonales orales.
- 2.- Demostrar cuantas mujeres con el uso de anticonceptivos hormonales orales, abandonan el método al presentar algún efecto colateral.
- 3.- Demostrar que tiempo después de iniciado el método anticoncepcional hormonal oral presentan efectos colaterales.
- 4.- Demostrar cuantas mujeres no abandonan el método anticoncepcional hormonal oral al presentar efectos colaterales.

## R E S U L T A D O S

La población que se estudio fue del Hospital General de Zona San Angel, siendo en número total 50 mujeres en edad fértil y con uso del método hormonal oral. Pacientes que estan adscritas al Consultorio de Planificación Familiar.

En la gráfica No. 1; se representa el número y porcentajes de la muestra de mujeres estudiadas que estan usando el método hormonal oral.

La gráfica No. 2; nos indica la sintomatología más -- frecuentemente encontrada en la muestra de pacientes estudiada, y que son usuarias del método hormonal oral.

En la gráfica No. 3; nos representa el porcentaje de mujeres que cambiaron el método hormonal oral, por otro método anticoncepcional, y así mismo las pacientes que estuvieron en conformidad con el método hormonal oral. También se indica los porcentajes de las mujeres que cambiaron el método --- oral por otro de planificación familiar como son: el dispositivo intrauterino, obliteración tubaria bilateral los esposos que decidieron se les practicara vasectomia, y pacientes que-

deseaban un nuevo embarazo.

Gráfica No. 4; de las 50 pacientes de la muestra sujetos de estudio, 27 refirieron haber presentado náuseas. Comprendiendo sus edades entre los 22 y los 40 años. Los porcentajes encontrados fueron: de los 22-28 años de edad 55.5%, de los 28-34 años edad, 33.3% y de los 34-40 años edad 11.1% respectivamente.

Gráfica No. 5; lo que se refiere a mareos, se encontraron a 24 pacientes que lo padecieron, comprendiendo sus edades entre los 23 y 39 años. Los porcentajes encontrados fueron: de los 23-28 años edad, 45.83%; de los 28-34 años edad, 41%; y de los 34-39 años edad, 12.5% respectivamente.

Gráfica. 6; pacientes que refirieron haber cursado con leucorrea, durante el uso del método hormonal oral, fueron en número de 20 mujeres. Sus edades fluctuaron entre los 23 y 41 años. Los porcentajes encontrados fueron: de 23-29 años edad, 55%; de 29-35 años edad. 35%, y de los 35-41 años edad, el 10%, respectivamente.

Gráfica No. 7; por lo que respecta a trastornos emocionales, expresiones comunes; como "nerviosismo" se encontraron a 13 mujeres. Sus edades fluctuaron entre los 22 y 40 años. Los porcentajes encontrados fueron: de 22-28 años edad 69.23%; de los 28-34 años edad fue de 23.07% y de 34-40 años-

edad; 7.69%; respectivamente.

Gráfica No. 8; la distensión abdominal que las pa---  
cientes refirieron como inflamación, se encontraron a 13 muje  
res. Las edades fluctuaron entre los 22 y 44 años de edad. -  
Los porcentajes encontrados fueron: de 22-29 años edad, 46.15%  
de 29-36 años edad, 30.76% y de 36-44 años edad, 23.07%; res-  
pectivamente.

Gráfica No. 9; las pacientes con cefalea fueron detec  
tadas 11, con uso del método hormonal oral. Las edades com--  
prendidas fueron entre los 22 y 40 años. Los porcentajes en-  
contrados fueron: de 22-28 años edad, 66.6%; de 28-34 años --  
edad, 25%; y de 34-40 años edad, 8.33%.

Gráfica No. 10; por lo que respecta a mastalgia fue--  
ron detectadas 5 pacientes. Sus edades fluctuaron entre los-  
15, y 28 años edad. Los porcentajes encontrados fueron: de -  
15-19 años edad, 20%; de 19-23 años edad, 20%; y de 23-28 ---  
años edad, 60% respectivamente.

Gráfica No. 11; las pacientes que presentaron vómitos  
bajo el método hormonal oral, fueron en número de 6 mujeres.-  
Sus edades fluctuaron entre los 23 y los 40 años. Los porcen  
tajes encontrados fueron: de 23-28 años de edad, 66.6%, de --  
28-34 años edad, 16.6%, y de 34-38 años edad, 16.6% respecti-  
vamente.

Gráfica No. 12; las pacientes con melasma en la muestra estudiada, fueron 4 mujeres. Sus edades fluctuaron entre los 22 y los 35 años. Los porcentajes encontrados fueron -- 22-26 años edad,; 75%, de 26-31 años edad,; 0%; y de 31-36 -- años edad 25% respectivamente.

De la población estudiada en el presente trabajo el - 50% decidió cambiar por otro método anticonceptivo, como es: - el DIU, dada la sintomatología antes mencionada. El 24% de - las pacientes estudiadas, refirió conformidad con el método - hormonal oral, no obstante presentar mínima sintomatología co - lateral. El 16% de las pacientes estudiadas se decidió por - el método definitivo, como es la obliteración tubaria bila-- teral. El 6% nos refirió haberse practicado la vasectomía el esposo. Y el 4% de la muestra estudiada abandonó el método - hormonal oral por deseo de un nuevo embarazo. Así también se encontró en el número de mujeres estudiadas que presentaron - sintomatología colateral con el uso de hormonales orales fue - en promedio de 12 a 14 ciclos de anovulatorios orales. Ver - gráfica No. 3

La hipótesis nula  $H_0$ , refiere que ninguna mujer pre-- senta efectos colaterales con el uso de anticonceptivos hormo - nales orales. Y aplicando la  $T$  de student para verificarla o rechazarla se encontró que tomando 80% de confiabilidad y 20% de error; así como  $t =$  ;  $X_1 = 29.11$ ;  $X_2 = 27.9$ ;  $S_1 = 8.07$ ; -----  $S_2 = 6.13$ ;  $N_1 = 676$ ;  $N_2 = 50$ .

Se obtuvo como resultado:  $t=0.0433$ ; y los grados de libertad fueron; 0.842. Con esto se concluye que la  $H_0$  hipótesis nula se rechaza y se acepta como verdadera la hipótesis alterna  $H_1$ . Ver gráfica No. 13.

## H I P O T E S I S

- Ho Ninguna mujer presenta efectos colaterales con el uso de anticonceptivos hormonales orales.
- H1 La mayoría de mujeres presentan efectos colaterales con el uso de anticonceptivos hormonales orales.
- Ho La minoría de mujeres con P.P.F.V. método oral lo abandonan en cuanto presentan efectos colaterales.
- H1 La mayoría de mujeres en P.P.F.V. con método oral, abandonan dicho método en cuanto presentan efectos colaterales.

## MATERIAL Y METODOS

Se tomó para el estudio una muestra de 50 mujeres en edad fértil y con uso del método anticoncepcional hormonal oral. Las pacientes están adscritas al consultorio de Planificación familiar, del Hospital General de Zona San Ángel, IMSS. El estudio se realizó durante el período que abarcó los meses de agosto a noviembre de 1983.

Se captó a mujeres con uso del método hormonal oral, llevándose a cabo entrevistas personales y utilizando cuestionarios de admisión. Se investigó la sintomatología principal que referían las pacientes con dicho método, además las causas de deserción y sus motivos. También los cambios por otros métodos anticonceptivos.

Con los cuestionarios antes mencionados, se realizó la localización de la población fértil sujeta de estudio, cuantificando dicha población, y el tiempo promedio de uso con los anticonceptivos hormonales orales. Así también se detectó el número de mujeres que no abandonaron el método hormonal oral, a pesar de presentar sintomatología colateral.

## CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos en el estudio, son indicativos de los principales efectos colaterales que presentaron -- las mujeres bajo control con el método hormonal oral. Este método es bueno y es aceptado por algunas mujeres que buscan algún método para planificar su familia. Se debe hacer énfasis en lo siguiente: a la paciente y familiares se le debe -- dar la información completa y adecuada de los métodos anticonceptivos disponibles para planificar la familia. Si se decide por el método hormonal oral se deberá hacer una valoración completa, y de ella puede depender el éxito de su uso, - ya que esto implica disciplina organización y constancia para llevarlo en forma adecuada. Es necesario hacerle notar la posibilidad de falla si la paciente omitiera alguna (S) tomas, - dadas las dosis mínimas de algunos productos hormonales orales.

Por lo que respecta a los porcentajes expresados en - las gráficas nos indican la principal sintomatología colateral con el uso del método hormonal oral. Así también el porcentaje de mujeres que decidió cambiar a DIU por manifestacion

nes adversas al método oral. Se encontraron también porcentajes de mujeres conformes con el método hormonal oral, no obstante la presencia de sintomatología colateral. Es de considerarse importante para el trabajo realizado lo antes anotado. Pero también lo es que las familias en edad reproductiva se sensibilicen y concienticen para espaciar los nacimientos y reducir los embarazos para beneficio de la familia y por ende de la comunidad y del país mismo ya que este tiene una de las tasas de natalidad más altas del mundo, junto con otros países en vías de desarrollo. Se lograría promoviendo actualizando y multiplicando las campañas de planificación familiar.

## ALTERNATIVAS DE SOLUCION

Considero que el método hormonal oral, es adecuado para planificar la familia. Pero es necesario implementar una evaluación, por medio de resultados y efectos a los programas de planificación familiar en un número representativo no sólo de derechohabientes sino de toda la población en edad fértil que quiera controlar los embarazos.

Identificar por consultorio el número y tipo de métodos usados, para eliminar hasta donde sea posible los métodos del ritmo y locales, ya que se ha visto, que su falla es en un porcentaje importante. Se incrementara las pláticas sobre planificación familiar, de los métodos de que consta y de información completa y veraz para llevar con buen éxito la planificación familiar.

Se tratara de sensibilizar no sólo a las mujeres sino también a los esposos o compañeros, dado que muchas veces su nivel sociocultural es muy bajo imposibilita la comprensión de la importancia del momento actual de espaciar los embarazos ya que la tasa de natalidad predominante en el País así como las condiciones económicas y socioculturales son críti-

cas.

De aplicarse el método hormonal oral debiera ser a mujeres que reúnan ciertos requisitos, como son el que deben -- seguir una disciplina y ordenamiento en la administración del anticonceptivo, no oviando su estudio integral para que la usuaria del método hormonal oral lleguen a beneficiarse con él. Ya que se ha visto que un porcentaje elevado prefieren - cambiar por algún otro método anticoncepcional, dada la sintomatología colateral que presentan.

CECULA DE SEGUIMIENTO.

.....

ESTUDIO: Anticonceptivos orales, efectos colaterales, eficacia, aceptabilidad, deserción.

NOMBRE: \_\_\_\_\_ AFILIACION: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

PESO: \_\_\_\_\_ TENSION ARTERIAL: MAX \_\_\_\_\_ MIN \_\_\_\_\_

TALLA \_\_\_\_\_ FUR \_\_\_\_\_ MENARCA \_\_\_\_\_

GESTA: \_\_\_\_\_ PARA \_\_\_\_\_ ABORTOS \_\_\_\_\_ CESAREA \_\_\_\_\_

EFFECTOS COLATERALES.

.....

DESDE LA ULTIMA CONSULTA:

Ha disminuido el apetito? SI ( ) NO ( ) Mes \_\_\_\_\_

S. ha sentido cansada? SI ( ) NO ( ) Mes \_\_\_\_\_

Ha tenido sensación de inflamación o dolor en el vientre antes o durante la regla? SI ( ) NO ( ) Mes \_\_\_\_\_

Ha tenido dolor de piernas? SI ( ) NO ( ) Mes \_\_\_\_\_

Ha tenido mareos? SI ( ) NO ( ) Mes \_\_\_\_\_

Ha tenido náuseas? SI ( ) NO ( ) Mes \_\_\_\_\_

Ha tenido vómitos? SI ( ) NO ( ) Mes \_\_\_\_\_

Ha estado nerviosa? SI ( ) NO ( ) Mes \_\_\_\_\_

Ha tenido palpitaciones? SI ( ) NO ( ) Mes \_\_\_\_\_

Ha tenido dolor en los senos? SI ( ) NO ( ) Mes \_\_\_\_\_

Ha tenido flujo? SI ( ) NO ( ) Mes \_\_\_\_\_

El deseo sexual ha disminuido o ausentado? SI ( ) NO ( ) Mes \_\_\_\_\_  
o no ha sufrido ningún cambio.

Esta satisfecha con el método? SI ( ) NO ( )

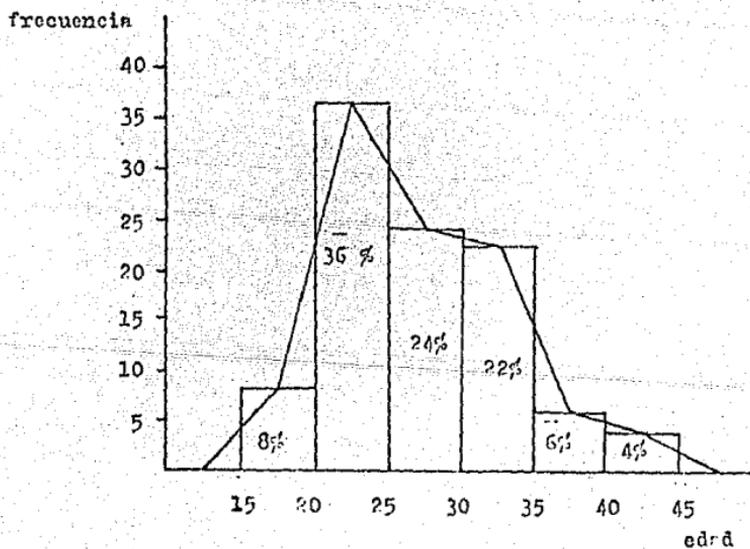
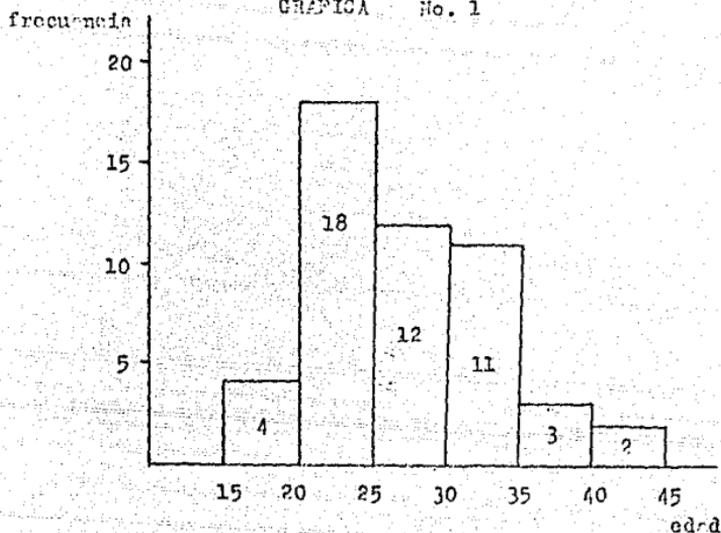
Por que? \_\_\_\_\_

OTROS: \_\_\_\_\_

Causa de deserción: \_\_\_\_\_

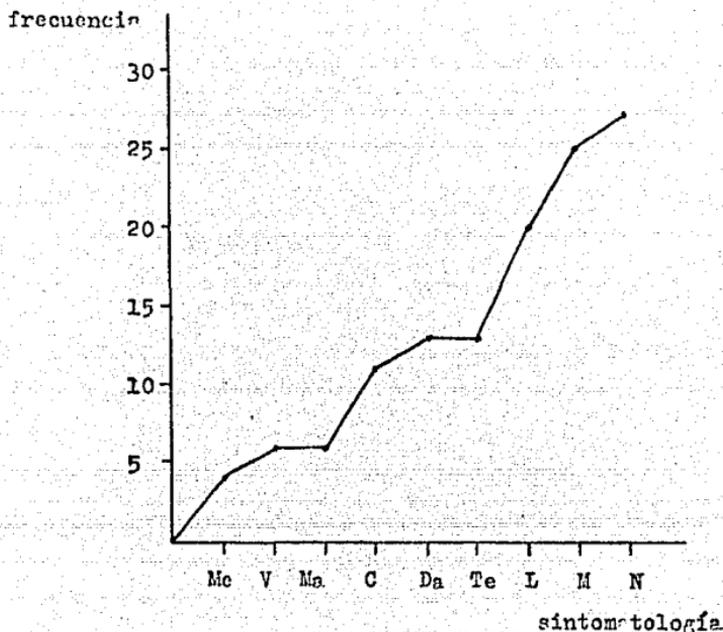
\_\_\_\_\_

## GRAFICAS



Número y porcentaje de mujeres usuarias  
con método hormonal oral.

Fuente: H.G.2. San Angel. IMESG.  
Consultorio: Planificación Familiar.



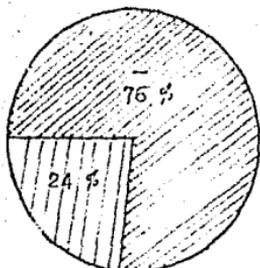
Me : melasma 4	Te : tensión emocional 13
V : vómitos 6	L : leucorrea 20
Ma : mastalgia 6	M : mareos 25
C : cefalea 11	N : náuseas 27
Da : distensión abdominal. 13	

GRAFICA No. 2

Número de mujeres que presentan sintomatología colateral, con uso del método hormonal oral.

Fuente: H.G.Z. San Angel. IMSS  
 Consultorio: Planificación Familiar.

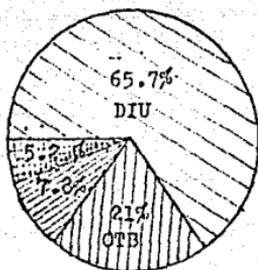
## GRAFICA No 3



cambio por otro método de planificación familiar	
conformidad con el método oral	

Porcentaje de mujeres que cambian el método oral por otro de planificación familiar, y que estén en conformidad con él.

Fuente : H.G.Z. San Angel. IMSS cons. Plan. Fam.

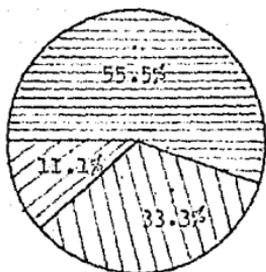
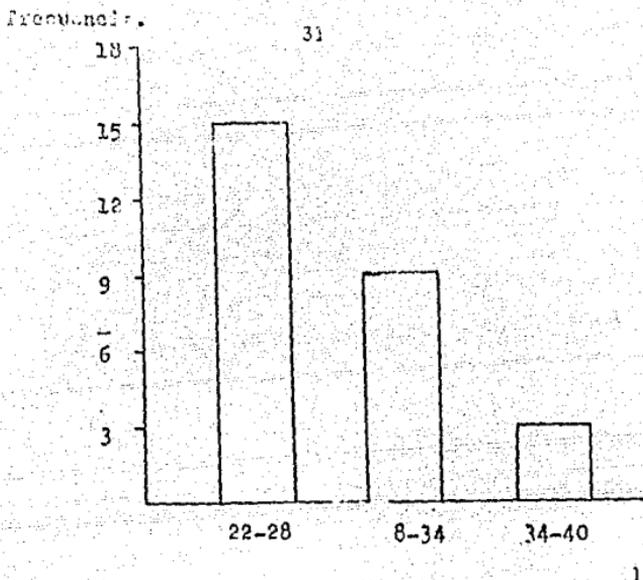


cambio por DIU	
cambio por OTB	
deseo de nuevo embarazo	
esposos con vasectomía	

Porcentaje de mujeres que cambiarían el método oral por otro anticoncepcional y por deseo de nuevo embarazo.

Fuente: H.G.Z. San Angel. IMSS.

Consultorio; Planificación Familiar.

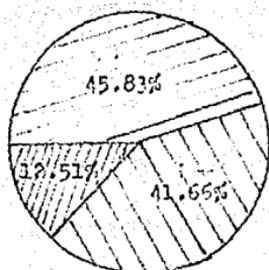
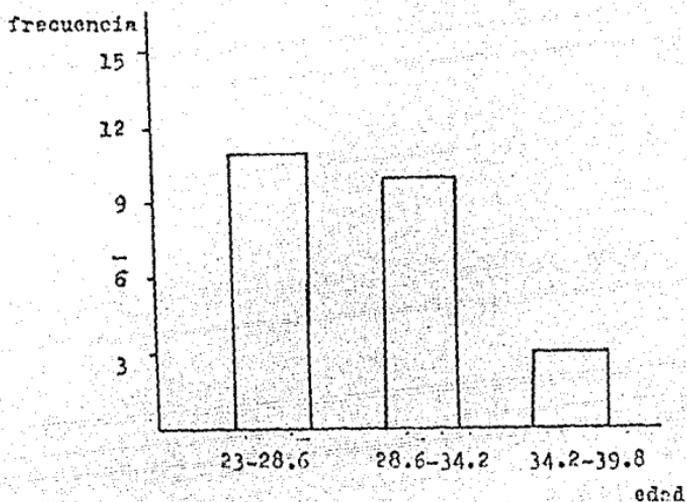


de 22-28 años	
de 28-34 años	
de 34-40 años	

GRAFICA No. 4

Número y porcentaje de mujeres que presentaron núbers con uso del método hormonal oral.

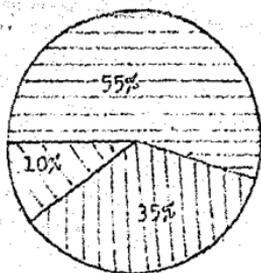
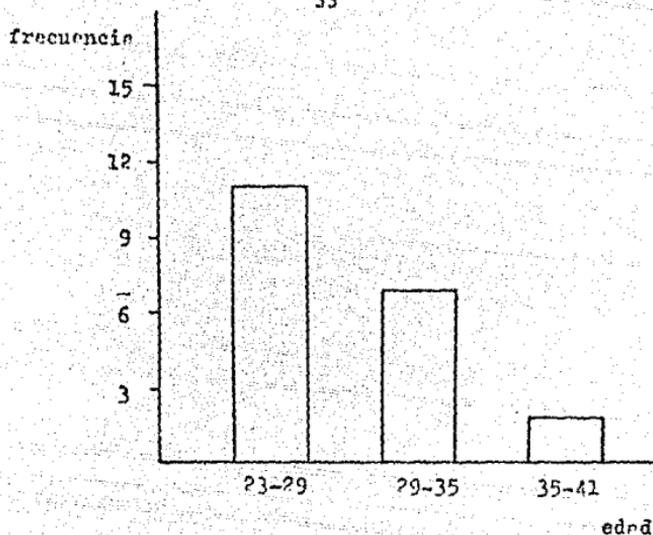
Fuente: H.G.Z.. San Angel. IMEM.  
 Consultorio; planificación familiar.



de 23-28.6 años	
de 28.6-34.2 años	
de 34.2-39.8 años	

GRAFICA No. 5

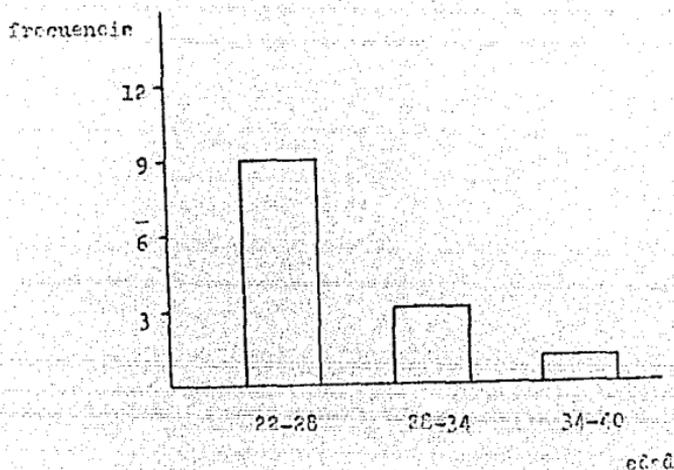
Número y porcentaje de mujeres que presentaron marcos con uso del método hormonal oral.  
 Fuente: H.G.Z. San Angel, IMSS.  
 Consultorio: Planificación Familiar.



de 23-29 años	
de 29-35 años	
de 35-41 años	

GRAFICA No. 6

Número y porcentaje de mujeres que presentaron leucorrea con uso del método hormonal oral.  
 Fuente: H.C.Z. San Angel. IMFS.  
 Consultorio: Planificación Familiar.



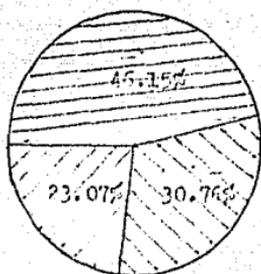
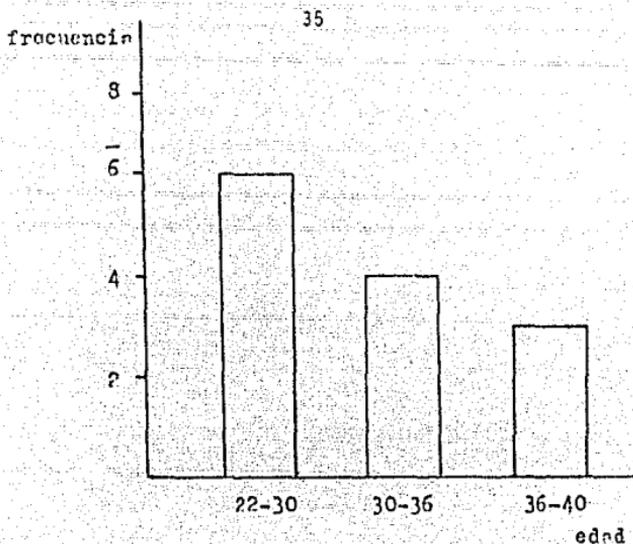
de 22-28 años	-----
de 28-34 años	////
de 34-40 años	\\\\\\

GRAFICA No. 7

Número y porcentaje de mujeres que presentan tensión emocional con uso del método hormonal oral.

Fuente: H.G.Z. San Angel. IMSS.

Consultorio: Planificación Familiar.

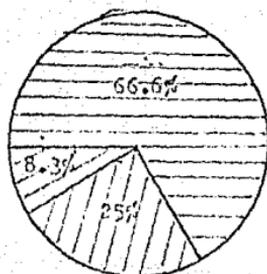
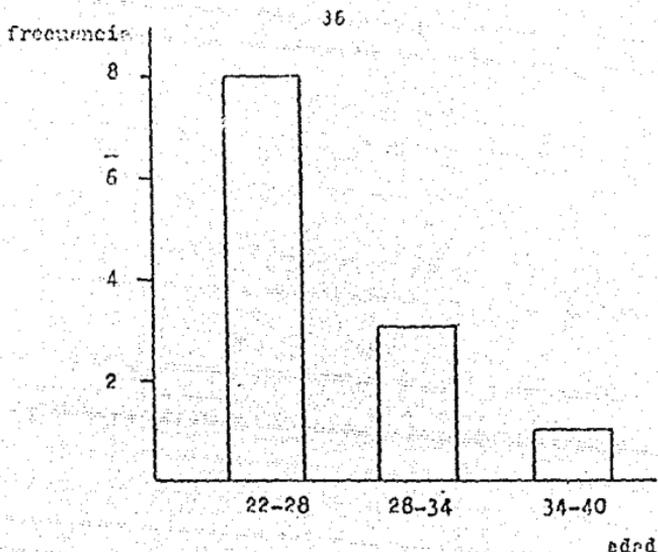


de 22-30 años	
de 30-36 años	
de 36-40 años	

GRAFICA No 8

Número y porcentaje de mujeres que presentaron distensión abdominal con uso del método hormonal oral.

Fuente: H.G.Z. San Angel. IMSS.  
 Consultorio: Fecundificación Familiar.



de 22-28 años	
de 28-34 años	
de 34-40 años	

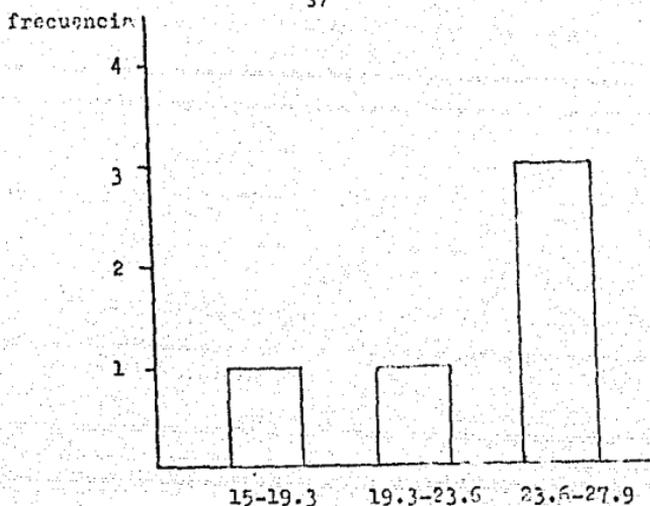
GRAFICA No. 9

Número y porcentaje de mujeres que presentaron

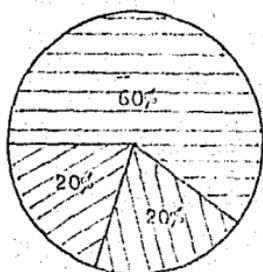
cefaleas con uso del método hormonal oral.

Fuente: H.C.Z. San Angel. I.M.S.S. :

Consultorio: Planificación Familiar.



ed-d



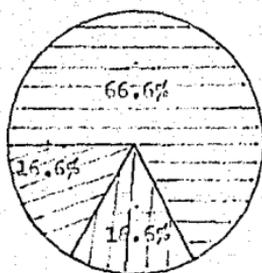
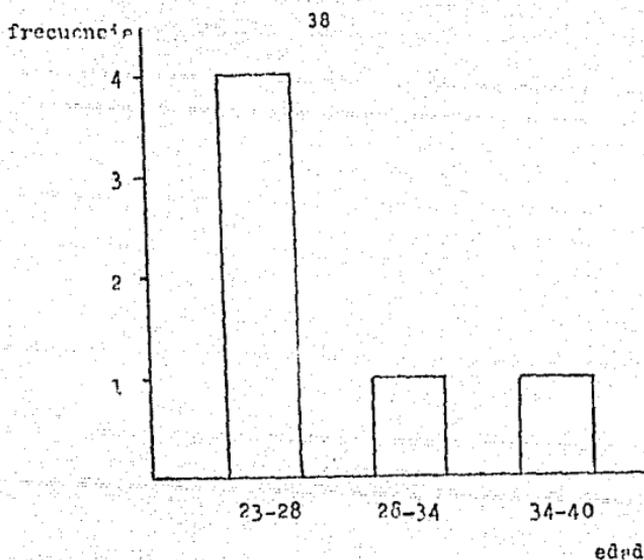
de 15-19.3 años	
de 19.3-23.6 años	
de 23.6-27.9 años	

GRAFICA NO. 10

Número y porcentaje de mujeres que presentaron parto con uso del método hormonal oral.

Fuente: H.G.Z. San Ansel. IMSA.

Consultorio: Planificación Familiar.

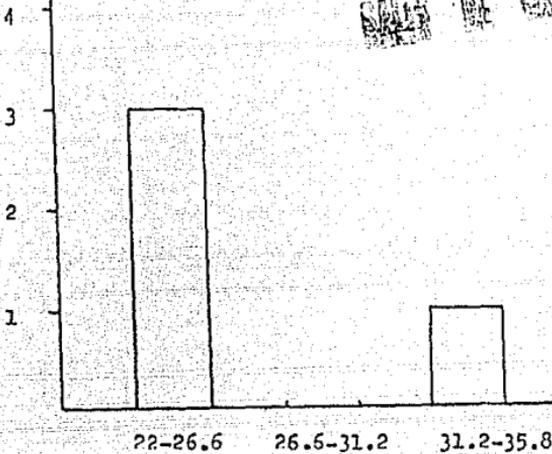


de 23-28 años	
de 28-34 años	
de 34-40 años	

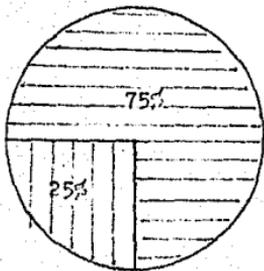
GRAFICA No. 11

Número y porcentaje de mujeres que presentaron vómitos con uso del método hormonal oral.  
 Fuente: U.G.Z. San Angel. IESS.  
 Consultorio: Planificación Familiar.

frecuencia



edad



de 22-26.6 años	75%
de 26.6-31.2 años	0%
de 31.2-35.8 años	25%

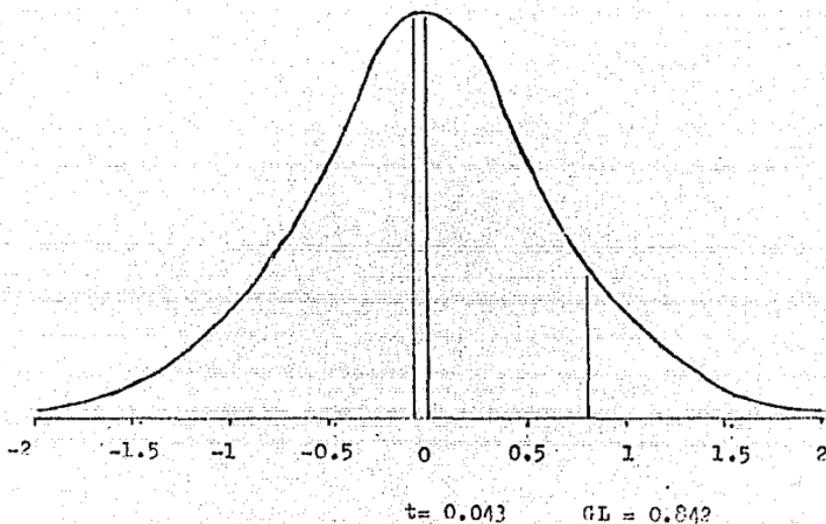
GRAFICA No. 12

Número y porcentaje de mujeres que presentaron melasma con uso del método hormonal oral.

Fuente: H.G.Z. San Angel. IMSS.

Consultorio: Planificación Familiar.

## GRAFICA No. 13



$X = 29.11$

$\bar{x} = 27.9$

$S = 8.07$

$S = 6.13$

$N = 676$

$N = 50$

$t$  student = 0.043

$GL$  grados libertad. = 0.842

Fuente: H.G.Z. San Angel. IMSS.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- Ajerassi, C.; Miramontes, G.; Rosenkranz, G.; Sond Heimer, F.: Synthesis of 19 Mor 17 thiny l testosterone and 19 -- nor 17 Methyl testosterone. J. Amer. Chem. Soc. 76: 4092, 1954.
- 2.- Golazieher, J.W.; Rice, WE.: Anticoncepción por vfa bucal Ed. La Médica. Argentina. 1980.
- 3.- Peel, J.; Potts M.: Técnicas de control de la natalidad.- Ed. Diana. México 1974.
- 4.- Pincus, G.: SOME effects of progesterone and related compounds upon reproduction and early, developent in mamals.
- 5.- Population Reports.: Organización Panamericana de la ---- salud. N. 5 Serie A. Junio 1979.
- 6.- Rudel, HW.; Magueo M.; Calderon, J.: Safety and efectiveness of a New Low-dose oral contraceptive. J. Reprod. Med. 21:79. 1978.
- 7.- Sturgis, S.H.; Allgright, F.: Mechanism of Restrining, The-- rapy in the relief of dysmenonhea. Endocrinology. 26:68 - 1940.
- 8.- Zilka, KS.: Cerebrovascular accidents and oral contracep tion. Br. Med. J. 2:11 32. 1964.