

15-24
251



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

CRITERIOS DE SELECCION UTILIZADOS POR SUPERVISORAS Y AUXILIARES DE SALUD EN LA PRESCRIPCION DE METODOS ANTICONCEPTIVOS HORMONALES Y PRINCIPALES REACCIONES COLATERALES PRESENTADAS EN USUARIAS DE PLANIFICACION FAMILIAR, POR DICHAS ACCIONES EN LOS MODULOS DE TARIMBARO Y URUETARO DE LA JURISDICCION SANITARIA NO. 1, DE MORELIA MICHOACAN, MEXICO 1991.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A N

RODRIGUEZ HUERTA MA. GUADALUPE
GONZALEZ JUAREZ LILIANA

MEXICO D.F.

1992.



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



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 está 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.

INDICE

CONTENIDO	Pág.
INTRODUCCION	1
1. <u>FUNDAMENFACION DEL TEMA DE INVESTIGACION</u>	3
1.1 DESCRIPCION DE LA SITUACION PROBLE- MA.	4
1.2 IDENTIFICACION DEL PROBLEMA	6
1.3 JUSTIFICACION DE LA INVESTIGACION	6
1.4 UBICACION DEL TEMA DE ESTUDIO	7
1.5 OBJETIVOS	8
2. <u>MARCO TEORICO</u>	9
2.1 PLANIFICACION FAMILIAR	10
2.1.1 Concepto	10
2.1.2 Objetivos	10
2.1.3 Generalidades	12
2.2 CONSIDERACIONES ANATOMOFISIOLOGICAS	15
2.2.1 Anatomía Fisiologica de los organos sexuales femeninos.	15
2.2.2 El sistema hormonal femenino	15
2.2.3 Ciclo ovarico mensual y fun- ción de las hormonas gonado- tropicas.	17
2.2.4 Crecimiento folícular: Fun- ción de la hormona estimulan- te de los foliculos.	19

	Pág.
2.2.5 El cuerpo amarillo. La fase luteínica del ciclo ovarico	20
2.2.6 El sistema hipotálamo, hipó fisis y ovario	21
2.3 ANTICONCEPTIVOS HORMONALES	24
2.3.1 Mecanismo de acción	24
2.3.2 Recomendaciones de uso	24
2.3.3 Hormonales orales (Norgestrel y etinil estradiol)	30
2.3.3.1 Concepto	30
2.3.3.2 Acción Farmacológica	30
2.3.3.3 Indicaciones	30
2.3.3.4 Contraindicaciones	32
2.3.3.5 Ventajas	36
2.3.3.6 Desventajas	36
2.3.3.7 Efectos secundarios	38
2.3.4 Hormonales inyectables (Enan tato de norestisterona)	40
2.3.4.1 Concepto	40
2.3.4.2 Acción Farmacológica	41
2.3.4.3 Indicaciones	42
2.3.4.4 Contraindicaciones	42
2.3.4.5 Ventajas	43
2.3.4.6 Desventajas	44
2.3.4.7 Efectos secundarios	45

	Pág.
2.4 ASPECTOS NORMATIVOS EN LA PRESCRIP- CION DE METODOS ANTICONCEPTIVOS HOR MONALES	47
2.5 PERFIL DEL PERSONAL QUE PRESCRIBE - EL METODO	52
2.5.1 Supervisoras de auxiliares - de salud	54
2.5.2 Auxiliares de salud	57
2.6 CAPACITACION	60
2.6.1 Concepto	60
2.6.2 Detección de necesidades de capacitación	62
2.6.3 Selección del tipo de activi <u>d</u> dad educativa	65
2.6.4 Estrategias de capacitación	68
2.6.5 Evaluación	70
3. <u>METODOLOGIA</u>	73
3.1 VARIABLES Y SUS INDICADORES	74
3.2 TIPO Y DISEÑO	
3.2.1 Tipo	75
3.2.2 Diseño	76
3.3 METODOS, TECNICA E INSTRUMENTOS	
3.3.1 Fichas de trabajo	76
3.3.2 Observación	77

3.3.3	Entrevista	77
3.3.4	Cuestionario	77
3.4	UNIVERSO, POBLACION Y MUESTRA	78
3.5	PROCESAMIENTO DE DATOS	78
4.	<u>RESULTADOS</u>	80
5.	<u>CONCLUSIONES</u>	161
5.1	REPLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACION	162
5.2	CONCLUSIONES	165
5.3	ALTERNATIVAS DE SOLUCION	174
6.	<u>GLOSARIO DE TERMINOS</u>	178
7.	<u>ANEXOS</u>	185
8.	<u>REFERENCIAS</u>	

INDICE DE TABLAS

	Pag.
TABLA NO. I: Edad de las usuarias de planificación familiar en los módulos de Tarímbaro y Uruétaro, Michoacán 1991.	81
TABLA NO. II: Edad de inicio de vida sexual activa de las usuarias de planificación familiar en los módulos de Tarímbaro y Uruétaro, Michoacán 1991.	84
TABLA NO. III: Paridad de las usuarias de planificación familiar en los módulos de Tarímbaro y Uruétaro, Michoacán 1991.	87
TABLA NO. IV: Periodo intergenesico en los últimos embarazos de las usuarias de planificación familiar en los módulos de Tarímbaro y Uruétaro, Michoacán 1991.	90
TABLA NO. V: Tipo de método anticonceptivo hormonal utilizado por usuarias de planificación familiar en los módulos de Tarímbaro y Uruétaro. Michoacán 1991	93
TABLA NO. VI: Tiempo de uso del anticonceptivo hormonal por usuarias de planificación familiar en los módulos de Tarímbaro y Uruétaro, Michoacán 1991.	96

- TABLA NO. VII: Personal de salud quien indicó el método anticonceptivo hormonal a las usuarias de planificación familiar en los módulos de Tarímbaro y Uruétaro, Michoacán 1991. 99
- TABLA NO. VIII: Frecuencia en la realización de interrogatorio y exploración física por parte de supervisoras y auxiliares de salud a usuarias de planificación familiar en los módulos de Tarímbaro y Uruétaro, Michoacán 1991. 102
- TABLA NO. IX: Frecuencia del uso alternado de métodos anticonceptivos hormonales por las usuarias de planificación familiar en los módulos de Tarímbaro y Uruétaro, Michoacán 1991. 105
- TABLA NO. X: Signos y síntomas presentados durante el uso de anticonceptivos hormonales en las usuarias de planificación familiar en los módulos de Tarímbaro y Uruétaro, Michoacán 1991. 108
- TABLA NO. XI: Edad y método utilizado por las usuarias de planificación familiar en los módulos de Tarímbaro y Uruétaro, Michoacán 1991. 113
- TABLA NO. XII: Paridad y tipo de método de las usuarias de planificación familiar en los módulos de Tarímbaro y Uruétaro, Michoacán 1991. 117

TABLA NO. VII: Personal de salud quien indico el método anticonceptivo hormonal a las usuarias de planificación familiar en los módulos de Tarímbaro y Uruétaro, Michoacán 1991.	99
TABLA NO. VIII: Frecuencia en la realización de interrogatorio y exploración física por parte de supervisoras y auxiliares de salud a usuarias de planificación familiar en los módulos de Tarímbaro y Uruétaro, Michoacán 1991.	102
TABLA NO. IX: Frecuencia del uso alternado de métodos anticonceptivos hormonales por las usuarias de planificación familiar en los módulos de Tarímbaro y Uruétaro, Michoacán 1991.	105
TABLA NO. X: Signos y síntomas presentados durante el uso de anticonceptivos hormonales en las usuarias de planificación familiar en los módulos de Tarímbaro y Uruétaro, Michoacán 1991.	108
TABLA NO. XI: Edad y método utilizado por las usuarias de planificación familiar en los módulos de Tarímbaro y Uruétaro, Michoacán 1991.	113
TABLA NO. XII: Paridad y tipo de método de las usuarias de planificación familiar en los módulos de Tarímbaro y Uruétaro, Michoacán 1991.	117

CUADROS DEL CUESTIONARIO APLICADO A LAS AUXILIARES
DE SALUD Y SUPERVISORAS DE AUXILIARES DE SALUD.

TABLA NO. 1:	Interrogatorio que realiza la <u>super</u> <u>visora</u> de auxiliares de salud en la prestación del servicio a usuarias nuevas en los módulos de Tarímbaro y Uruétaro, Michoacán 1991.	120
TABLA NO. A:	Interpretación que realiza la auxi- liar de salud en la prestación del servicio a usuarias nuevas en los módulos de Tarímbaro y Uruétaro, <u>Mi</u> <u>choacán</u> 1991.	121
TABLA NO. 2:	Interrogatorio que realiza la <u>Super</u> <u>visora</u> de Auxiliares de salud, en - la prestación del servicio a usua- rias nuevas en los módulos de <u>Tarím</u> <u>baro</u> y Uruétaro, Michoacán 1991.	124
TABLA "B":	Interrogatorio que realiza la Auxi- liar, en la prestación del servicio a usuarias nuevas en los módulos de Tarímbaro y Uruétaro Michoacán 1991	125
TABLA NO. 3:	Interrogatorio que realiza la S.A.S en la prestación del servicio a u-- suarias nuevas en los módulos de <u>Ta</u> <u>rímbaro</u> y Uruétaro, Michoacán 1991.	128

[The page contains approximately 25 lines of text that are almost entirely illegible due to extreme blurring and low contrast. The text appears to be a list or series of entries, possibly names and addresses, but no specific words can be discerned.]

	Pág.
TABLA "C": Interrogatorio que realiza la A.S. en la prestación del servicio a usuarias de pastillas en los módulos de Tarímbaro y Uruétaro, Michoacán 1991.	129
TABLA NO. 4: Interrogatorio que realiza la Super visora de A.S. en la prestación del servicio a usuarias nuevas en los - módulos de Tarímbaro y Uruétaro, Mi choacán 1991.	132
TABLA "D": Interrogatorio que realiza la A.S. en la prestación del servicio a -- usuarias nuevas en los módulos de Ta rímbaro y Uruétaro, Michoacán 1991.	133
TABLA NO. 5: Interrogatorio que realiza la A.S. en la prestación del servicio a u-- usuarias nuevas en los módulos de Ta rímbaro y Uruétaro, Michoacán 1991.	136
TABLA "E": Interrogatorio que realiza la A.S. en la prestación del servicio a u-- usuarias nuevas en los módulos de Ta rímbaro y Uruétaro, Michoacán 1991.	137
TABLA NO. 6: Interrogatorio que realiza la S.A.S durante la atención a usuarias acti vas en los módulos de Tarímbaro y - Uruétaro, Michoacán 1991.	140

	Pág.
TABLA "F": Interrogatorio que realiza la A.S. durante la atención a usuarias <u>acti</u> vas en los módulos de Tarímbaro y - Uruétaro, Michoacán 1991.	141
TABLA NO. 7: Interrogatorio que realiza la S.A.S. en la prestación del servicio a u--suarias activas en los módulos de - Tarímbaro y Uruétaro, Michoacán -- 1991.	144
TABLA "G": Interrogatorio que realiza la A.S. en la prestación del servicio a u--suarias activas en los módulos de - Tarímbaro y Uruétaro, Michoacán -- 1991.	145
TABLA NO 8: Interrogatorio que realiza la S.A.S. en la prestación del servicio a u--suarias nuevas de inyectable en los módulos de Tarímbaro y Uruétaro, <u>Mi</u> choacán 1991.	149
TABLA "H": Interrogatorio que realiza la A.S. en la prestación del servicio a u--suarias nuevas de inyectable en los módulos de Tarímbaro y Uruétaro -- Michoacán 1991.	150
TABLA NO. 9: Interrogatorio que realiza la S.A.S. en la prestación del servicio a u--suarias nuevas de inyectable en los módulos de Tarímbaro y Uruétaro, <u>Mi</u>	153

	Pág.
choacán 1991.	
TABLA "I": Interrogatorio que realiza la A.S. en la prestación del servicio a usuarias nuevas de inyectable en los módulos de Tarímbaro y Uruétaro, -- Michoacán 1991.	154
TABLA NO. 10: Interrogatorio que realiza la S.A.S en la prestación del servicio a usuarias activas de inyectable en -- los módulos de Tarímbaro y Uruétaro Michoacán 1991.	157
TABLA "J": Interrogatorio que realiza la A.S. en la prestación del servicio a usuarias activas de inyectable en -- los módulos de Tarímbaro y Uruétaro Michoacán 1991.	158

INDICE DE GRAFICAS

		Pag.
GRAFICA NO. I:	Edad de las usuarias de planificación familiar en los módulos de Tarímbaro y Uruétaro, Michoacán 1991.	82
GRAFICA NO. II:	Edad de inicio de vida sexual activa de las usuarias de planificación familiar en los módulos de Tarímbaro y Uruétaro, Michoacán 1991.	85
GRAFICA NO. III:	Paridad de las usuarias de planificación familiar en los módulos de Tarímbaro y Uruétaro, Michoacán 1991.	88
GRAFICA NO. IV:	Período intergenesico en los últimos embarazos de las usuarias de planificación familiar en los módulos de Tarímbaro y Uruétaro, Michoacán 1991.	91
GRAFICA NO. V:	Tipo de método anticonceptivo hormonal utilizado por usuarias de planificación familiar en los módulos de Tarímbaro y Uruétaro, Michoacán 1991.	94
GRAFICA NO. VI:	Tiempo de uso del anticonceptivo hormonal por usuarias de planificación familiar en los módulos de Tarímbaro y Uruétaro, Michoacán 1991.	97

	Pag.
GRAFICA NO. VII: Personal de salud quien indicó el método anticonceptivo a las usuarias de planificación familiar en los módulos de Tarímbaro y Uruétaro Michoacán 1991.	100
GRAFICA NO. VIII: Frecuencia en la realización de interrogatorio y exploración física por parte de supervisoras y auxiliares de salud a usuarias de planificación familiar en los módulos de Tarímbaro y Uruétaro, Michoacán 1991.	103
GRAFICA NO. IX: Frecuencia del uso alternado de métodos anticonceptivos hormonales por las usuarias de planificación familiar en los módulos de Tarímbaro y Uruétaro, Michoacán 1991.	106
GRAFICA NO. X: Signos y síntomas presentados durante el uso de anticonceptivos hormonales en las usuarias de planificación familiar en los módulos de Tarímbaro y Uruétaro, Michoacán 1991.	109
GRAFICA NO. XI: Edad y método utilizado por las usuarias de planificación familiar en los módulos de Tarímbaro y Uruétaro, Michoacán 1991.	114
GRAFICA NO. XII: Paridad y tipo de método de las usuarias de planificación familiar en los módulos de Tarímbaro y Uruétaro, Michoacán 1991.	118

- GRAFICA NO. 1 y A: Interrogatorio que realiza la supervisora y auxiliar de salud, en la prestación del servicio a usuarias nuevas de pastillas en los -módulos de Tarímbaro y Uruétaro,- Michoacán 1991. 122
- GRAFICA NO. 2 y B: Interrogatorio que realiza la supervisora y auxiliar de salud, en la prestación del servicio a usuarias nuevas de pastillas en los -módulos de Tarímbaro y Uruétaro,- Michoacán 1991. 126
- GRAFICA NO. 3 y C: Interrogatorio que realiza la supervisora y auxiliar de salud, en la prestación del servicio a usuarias nuevas de pastillas en los -módulos de Tarímbaro y Uruétaro,- Michoacán 1991. 130
- GRAFICA NO. 4 y D: Interrogatorio que realiza la supervisora y auxiliar de salud, en la prestación del servicio a usuarias nuevas de pastillas en los -módulos de Tarímbaro y Uruétaro,- Michoacán 1991. 134
- GRAFICA NO. 5 y E: Interrogatorio que realiza la supervisora y auxiliar de salud, en la prestación del servicio a usuarias nuevas de pastillas en los -módulos de Tarímbaro y Uruétaro,- Michoacán 1991. 138

	Pag.
GRAFICA NO. 6 y F: Conducta observada que realiza la supervisora y auxiliar de salud,- durante la atención a usuarias - activas de pastillas en los módulos de Tarímbaro y Uruétaro, Michoacán 1991.	142
GRAFICA NO. 7 y G: Conducta observada que realiza la supervisora y auxiliar de salud,- en la prestación del servicio a - usuarias activas de pastillas en los módulos de Tarímbaro y Uruétaro, Michoacán 1991.	146
GRAFICA NO. 8 y H: Interrogatorio que realiza la supervisora y auxiliar de salud, en la prestación del servicio a usuarias nuevas de inyectable en los módulos de Tarímbaro y Uruétaro,- Michoacán 1991.	151
GRAFICA NO. 9 e I: Conducta observada que realiza la supervisora y auxiliar de salud,- en la prestación del servicio a - usuarias nuevas de inyectable en los módulos de Tarímbaro y Uruétaro, Michoacán 1991.	155
GRAFICA NO. 10 y J: Interrogatorio que realiza la supervisora y auxiliar de salud, en la prestación del servicio a usuarias activas de inyectable en los módulos de Tarímbaro y Uruétaro,- Michoacán 1991.	159

INTRODUCCION

La presente investigación se llevo a cabo con la finalidad - de conocer los criterios de selección utilizados por Supervisoras y Auxiliares de salud en la prescripción de anticonceptivos hormonales así como identificar las reacciones colaterales asociadas al uso de estos, presentadas en usuarias del programa de Planificación Familiar y metodología anticonceptiva; que durante el desarrollo del servicio social, las pasantes de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia observaron deficiencias en el desempeño de las actividades del -- programa por parte del personal comunitario. Por lo que se considera un tema de estudio trascendental, en beneficio de las mujeres en comunidades rurales, ya que la mayor parte de ellas se encuentran en etapa joven y economicamente activa - siendo las directamente afectadas de continuar esta situación.

Por otra parte, se trata de contribuir a mejorar los servicios de atención primaria a la salud prestados por supervisoras y Auxiliares de salud, identificando los factores que impiden efectuar correctamente una valoración y vigilancia de las mujeres que soliciten anticonceptivos hormonales, para - ampliar la capacitación de este personal disminuyendo las deficiencias en la prescripción de los mismos; así también favorecer mejores condiciones de salud a las usuarias.

Por lo tanto, para realizar un estudio sistemático de la -- investigación se ha estructurado de la siguiente forma: Pri-- mero se describe la situación problema, justificación, ubica-- ción del tema así como el enunciado de las diferentes disci-- plinas en las que se enmarca el problema y por último se men-- cionan los objetivos de investigación.

Se continua con el marco teórico que fundamenta la investiga-- ción, donde se abordan aspectos sobre Planificación Familiar, metodología anticonceptiva hormonal, aspectos normativos pa-- ra la prescripción de anticonceptivos hormonales, perfil del personal que prescribe el método y un apartado sobre capaci-- tación.

Porteriormente se mencionan la metodología, variables y sus indicadores; tipo y diseño de la investigación, técnicas de captación de datos, se describe el universo, población y -- muestra, así mismo se plantean el procesamiento de datos.

enseguida se presentan los resultados de la investigación, -- incluye: Tablas y gráficas con su respectivo análisis e -- interpretación.

Por último se dan a conocer las conclusiones y alternativas de solución, además de anexos, glosario de terminos y refe-- rencias bibliograficas.

FUNDAMENTACION DEL TEMA DE
INVESTIGACION

1. FUNDAMENTACION DE LA INVESTIGACION

1.1. DESCRIPCION DE LA SITUACION PROBLEMA

La Estrategia de Extensión de Cobertura es una alternativa de salud para la población rural muy importante con que se cuenta a nivel estatal y nacional estos servicios de salud se dan através de una auxiliar de salud de la propia comunidad quien previa capacitación, garantiza la cobertura de servicios en localidades rurales menores de 2 500 habitantes. La supervisión y capacitación se da por medio de una enfermera comunitaria o supervisora de auxiliares de salud quien tiene la responsabilidad de visitar dos veces al mes diez comunidades que integran un módulo para revisar la forma en que las auxiliares de salud llevan acabo sus tareas, ayudarles la prestación de servicios a la población asesorarlas en la solución de dudas proveerles el material necesario y recabar la información en los calendarios de control de actividades de los cuatro programas de atención primaria de salud, como son: Atención del embarazo parto y puerperio, Atención al menor de cinco años, Actividades varias, Atención de Planificación familiar y Metodología Anticonceptiva, en este último se observaron algunos factores que impiden el correcto cumplimiento del programa específicamente en los módulos de Tarímbaro y Uruétaro se observo durante el desarrollo del servicio social de las pasantes de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia que las supervisoras y auxiliares de salud por diversos factores omiten o ignoran criterios de prescripción de anticonceptivos hormona-

les además de no realizar un correcto interrogatorio y exploración física a usuarias nuevas y activas del programa lo que evita valorar el estado de salud de las mujeres que utilizan o solicitan algún anticonceptivo hormonal.

Los métodos anticonceptivos son los medios utilizados por las parejas para lograr el control de su fertilidad. Para su uso se consideran diversos elementos que influyen en la aceptación y continuidad del método ya que --ninguno esta exento de reacciones colaterales, ni existe aún el método ideal aplicable a todas las parejas. Para la selección de métodos anticonceptivos hormonales se deben considerar: Necesidades individuales de la pareja, indicaciones, contraindicaciones, ventajas, desventajas, posibles reacciones colaterales y principalmente la capacidad con que cuenta el personal de salud quien prescribe el método y realiza el seguimiento del mismo.

Por otro lado, los anticonceptivos hormonales son sumamente eficaces para evitar el embarazo, pero a la vez existen inconveniencias para su uso, que pueden ejercer algunos efectos colaterales en las usuarias agudizando los problemas de salud ya existentes. Dando como resultado el abandono del método repercutiendo en el bienestar familiar. Es importante que supervisoras y auxiliares de salud transmitan a las señoras una información clara y precisa acerca de métodos anticonceptivos hormonales. Esto permitirá --que sean menos las que abandonen el método, más las que lo acepten y apoyen el objetivo principal de la Planificación Familiar que es: Proteger la

salud materno infantil.

1.2 IDENTIFICACION DEL PROBLEMA

¿ Qué criterios de selección son utilizados por supervisoras y auxiliares de salud en la prescripción de métodos anticonceptivos hormonales, y cuáles son las principales reacciones colaterales presentadas en usuarias de Planificación Familiar, por dichas acciones. En los módulos de Tarímbaro y Uruétaro de la Jurisdicción Sanitaria No. 1, en Morelia Michoacán, México 1991 ?

1.3 JUSTIFICACION DE LA INVESTIGACION

La presente investigación es necesaria para identificar los factores que impiden aplicar correctamente los criterios de prescripción de anticonceptivos hormonales, detectar las posibles causas por las que supervisoras y auxiliares de salud evitan realizar un interrogatorio y exploración física. Además de identificar efectos colaterales ligados al uso de métodos en usuarias del programa.

Por otra parte, es la base para sustentar las funciones que el Pasante en Licenciatura en Enfermería y Obstetricia desempeña en el programa: "Capacitación de auxiliares de salud en la atención primaria; con énfasis en Planificación Familiar, metodología anticonceptiva y atención del parto domiciliario en la Estrategia de Extensión de Cobertura". Actualmente deno-

minado programa específico de colaboración con la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia y la Dirección General de Planificación Familiar ya el pasante cuenta con el nivel profesional en las áreas: Administrativa, Docente Técnica y Científica, que le permiten atender las necesidades de salud presentadas en las diferentes esferas sociales.

Por lo tanto se considera un tema de investigación trascendental para el personal de salud comunitario en beneficio de la población materna infantil de las comunidades en los módulos de Tarímbaro y Uruétaro Michoacán.

1.4 UBICACION DEL TEMA DE ESTUDIO

La presente investigación se ubica en diferentes disciplinas como son: Salud Pública, Materna Infantil y Sociología.

La Salud Pública, es considerada como el cuerpo de conocimientos prácticos que contribuyen a la salud de la comunidad ya sea por las medidas preventivas y curativas a través de los servicios de atención primaria a la salud.

Materno Infantil, las acciones de atención primaria a la salud tiene como núcleo central la atención a mujeres y niños sin la cual es imposible conseguir un mejoramiento definitivo del estado de salud de una comunidad. Por medio del buen cumplimiento de estos servicios se garantiza la atención básica a este grupo de población más expuesto al riesgo de morbilidad.

Sociología: concentra su estudio en la vida del grupo humano y sobre los resultados de su vida en él mismo, se interesa - por las costumbres, tradiciones y valores que emergen de la vida en conjunto, y la manera en que a su vez le afectan tales situaciones.

1.5 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

- Describir los criterios que deben utilizar supervisoras y auxiliares de salud en la prescripción de métodos anti conceptivos hormonales.
- Identificar las principales reacciones colaterales presentadas en usuarias de Planificación Familiar, asociadas al uso de métodos anticonceptivos hormonales.
- Determinar la frecuencia de la prescripción y uso contraindicado de los anticonceptivos hormonales.
- Comparar los criterios que siguen supervisoras y auxilia res de salud en la prescripción de anticonceptivos hormonales.
- Plantear alternativas de solución de acuerdo a la proble mática encontrada durante el desarrollo de la investigación.

MARCO TEORICO

2. MARCO TEORICO

2.1 PLANIFICACION FAMILIAR

2.1.1 Concepto

La constitución política Mexicana, dice que: toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espacimientto de sus hijos. (1)

La ley General de Salud refiere la Planificación Familiar, -- principalmente la que se dirija a menores y adolescentes, tiene carácter prioritario. Los servicios que se presten en la materia constituyen un medio para el ejercicio del derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos, con pleno respeto a su dignidad. (2)

2.1.2 Objetivos

Al hacer referencia a la Planificación Familiar, la Organización Mundial de la Salud, señala: La Planificación familiar se funda en prácticas que ayudan alcanzar determinados objetivos: Evitar los nacimientos no deseados, favorecer los deseados, regular los intervalos entre embarazos, adaptar el orden

(1) Constitución Política Mexicana, Art. 4o. pág. 16.

(2) Ley General de Salud, Artículo 67o., pág. 14.

cronológico de los nacimientos a las edades de los padres y --
determinar el número de hijos que constituirán la familia. Pa--
ra estos fines se necesitan diversos servicios tales como edu--
cación y adiestramiento en materia de Planificación Familiar,
distribución de métodos contraceptivos, tratamientos de in--
fecundidad, Educación Sexual y Familiar; además hay que desa--
rrollar otras actividades afines, como asesoramientos genéti--
cos consultas matrimoniales y servicios de adopción. (3)

Para poner en claro la importancia de la Planificación Fami---
liar se debe reflexionar en que ésta se relaciona con la pla--
neación del bienestar familiar en el que, además de conside--
rarse de modo muy particular los aspectos más íntimos y tras--
cendentales del ser humano como son la transmisión de la vida
misma y la sexualidad o manera de vivir como hombre y como mu--
jer dentro de un contexto social; también se toman en cuenta -
los satisfactores económicos, aspectos sociales y psicologicos
relación entre padres e hijos y las aspiraciones personales -
de las parejas que inician o conducen una familia.

El programa de Planificación Familiar tiene como base los si--
guientes objetivos:

- Coadyubar al mejoramiento de la salud de la población ma--
terna - infantil.

(3) Organización Mundial de la Salud, Evaluación de las acti--
vidades de Planificación Familiar en los servicios de salud,
pág. 14.

- Contribuir a la disminución de los niveles de fecundidad - con pleno respeto a la decisión y dignidad de las parejas.
- Ayudar a reducir la frecuencia de los embarazos no deseados previniendo así los problemas sociales asociados como lo es la incidencia de aborto. (4)

2.1.3 Generalidades

La decisión de las parejas en cuanto al número y espaciamiento de sus hijos debe fundamentarse no sólo en las condiciones de salud de la madre, si no también en la idea del tamaño de familia que se han propuesto para poder alcanzar los niveles de desarrollo social, económico, cultural y educativo a los que aspiran, dentro de los que se debe incluir la participación activa de la mujer en actividades que permitan su realización integral.

Es indiscutible que la mujer ha sido el elemento en torno al cual han girado las diversas actividades de Planificación Familiar, debido fundamentalmente, a que es el sujeto en riesgo de embarazo y las implicaciones del mismo. Se ha formado equivocadamente como la directa responsable de la integración familiar además de que los métodos anticonceptivos han sido dirigidos con especial interés hacia el sexo femenino.

(4) Luaeca Fernando, A., et. al., Planificación Familiar y sa-
pág. 20

La Planificación Familiar es una responsabilidad que la mujer y el varón deben compartir por igual, que involucra acciones de respeto mutuo y responsabilidades en cuanto a la formación y atención de los hijos, por parte de ambos progenitores. (5)

Según los resultados de diversos estudios, entre ellos la encuesta mundial sobre fecundidad de 1980, aproximadamente la mitad de todas las mujeres casadas del mundo no desean tener más hijos, pero sólo una proporción relativamente pequeña de ellas utiliza algún método anticonceptivo, sea moderno o tradicional. Salta a la vista, por consiguiente la necesidad, especialmente en los países en desarrollo, de un método anticonceptivo eficaz, seguro y reversible que no perturbe la lactancia que pueda ser administrado por personal médico en lugares remotos, que sea totalmente independiente del coito y no requiera medios ni suministros especializados. Ahora bien, cada procedimiento de control de la fecundidad tiene sus ventajas e inconvenientes ninguno resulta adecuado para todos los casos y en cualquier momento. Además de que no es aceptable en toda clase de medios culturales. Cada uno de los modernos métodos actualmente disponibles, incluyendo a los anticonceptivos orales e inyectables y los dispositivos intrau-

(5) Secretaría de Salud - Dirección General de Planificación Familiar, La supervisora de auxiliar de salud..., pág. 20.

terinos han sido bien acogidos por algunas mujeres en ciertos momentos de su vida fértil. Por esta razón los programas que ofrecen una amplia gama de métodos a sus posibles usuarios. La experiencia hace pensar que si se ofrecen una variedad de métodos se fomenta la aceptación y el uso continuado, toda vez - que cada método que se añade contribuye por su cuenta a elevar la prevalencia global de las medidas anticonceptivas. (6)

(6) Organización Mundial de la Salud, Anticonceptivos inyectables, pág. 3.

2.2 CONSIDERACIONES ANATOMICAS Y FISIOLÓGICAS

2.2.1 Anatomía fisiológica de los órganos sexuales femeninos

La reproducción comienza con el desarrollo de huevos en los ovarios un solo huevo es expulsado de un folículo ovárico hacia la cavidad abdominal a mitad de cada ciclo sexual mensual. Este huevo sigue luego por una de las trompas de Falopio hasta -ta el útero; si ha sido fecundado por un espermatozoide se implanta en el útero, donde se desarrolla formando un feto , una placenta y membranas fetales.

Al llegar la pubertad, los dos ovarios contienen aproximadamente unos 400 000 huevos. Cada huevo está de una sola capa -de células granulosas epitelioides constituyendo un folículo -primordial. Durante todos los años reproductores de la mujer sólo se desarrollarán unos 450 de estos folículos, los demás degenerarán. Al final de la era reproductora, osea de la menopausia, sólo quedan en los ovarios unos pocos folículos primordiales e incluso estos degeneran poco después. (7)

2.2.2 El sistema hormonal femenino

Las secreciones de las glándulas endocrinas reciben el nombre

(7) Guyton, Arthur C., fisiología y fisiopatología Básica,

634.

de hormonas y pueden ser proteínas, aminos o esteroides. Las hormonas proteínicas consisten en cadenas de aminoácidos unidas por enlaces peptídicos; las aminos se asemejan a las proteínas en su contenido de átomos de carbono, hidrógeno y nitrógeno, pero se diferencian de ellas al no poseer oxígeno ni presentar enlaces peptídicos. Los esteroides son lípidos, parecidos al colesterol desde el punto de vista químico todos los tejidos y órganos del cuerpo se derivan de tres tejidos embrionarios, a saber: endodermo, mesodermo y ectodermo. Las glándulas endocrinas que se originan en el endodermo, como el páncreas, secretan hormonas proteínicas las provenientes del mesodermo, como las gonadas y la corteza suprarrenal, secretan esteroides y finalmente las de origen ectodérmico, como el lóbulo posterior de las hipófisis, el tiroides y la médula suprarrenal, producen aminos. Un elemento que tiene en común todas las hormonas sin importar sus características químicas, es que participan en la conservación de la homeostasis. (8)

El sistema hormonal femenino, como el masculino, está constituido por tres diferentes jerarquías de hormonas:

1) Los factores de liberación hipotalámicos: Factor liberador de hormonas estimulante de los folículos y Factor liberador de hormona Luteinizante.

(8) Tortora, Anagnostakos., Anatomía y Fisiología, pág. 490.

- 2) Las hormonas de la hipófisis anterior: Hormona estimulante de los folículos o foliculoestimulante y hormona Luteinizante que se secreta en respuesta a la estimulación de los liberadores del hipotálamo.
- 3) Las hormonas ováricas: Estrógenos y Progesterona que son secretados por lo ovarios en respuesta a las dos hormonas provenientes de la hipófisis anterior.

Las diversas hormonas no se secretan en forma constante y en cantidades uniformes, sino con ritmos muy diferentes según las etapas diversas del ciclo menstrual.

Antes de poder considerar el juego mutuo de estas diferentes hormonas hemos de empezar por describir algunas de sus funciones y sus reacciones con la función de los ovarios.

2.2.3 Ciclo ovarico mensual y Función de las hormonas gonadotropicas.

Los años reproductores normales de la mujer se caracterizan -- por cambios mensuales rítmicos en la intensidad de secreción -- de hormonas femeninas correspondientes cambios en los órganos sexuales. La duración del ciclo, en promedio es de 28 días. -- Puede ser tan breve como 20 días o tan largo como 45 días in--

cluso en mujeres completamente normales.

El ciclo sexual femenino tiene dos resultados importantes: en primer lugar, normalmente hace que un sólo huevo maduro sea -- liberado de los ovarios cada mes, de manera que pueda empezar a crecer cada vez un solo feto. En segundo lugar el ciclo sexual prepara adecuadamente el endometrio del útero para implantarse un huevo fertilizado en el momento adecuado del mes.

Hormonas Gonadotrópicas. El ciclo menstrual depende completamente de las hormonas gonadotrópicas secretadas por la adenohipófisis. Los ovarios que no son estimulados por hormonas gonadotrópicas se conservan completamente inactivos, lo cual ocurre durante toda la infancia, cuando la adenohipófisis casi no secreta hormonas. A la edad de ocho años, aproximadamente la hipófisis anterior empieza a secretar progresivamente cantidades crecientes de hormonas gonadotrópicas, culminando en la iniciación de la vida sexual adulta entre los 11 y los 15 años de edad, lo que se denomina como pubertad.

La adenohipófisis secreta dos hormonas diferentes que se sabe son esenciales para la plena función de los ovarios: 1) Hormona Estimulante de los folículos y, 2) Hormona Luteinizante, estas dos son glucoproteínas pequeñas.

Cada vez del ciclo sexual femenino hay un momento periódico y una disminución periódica de las hormonas Foliculoestimulantes y Luteinizante. Estas variaciones cíclicas, a su vez, provocan cambios cíclicos de las hormonas ováricas. (9)

2.2.4 Crecimiento folicular: Función de la hormona estimulante de los folículos.

En la maduración folicular se produce la siguiente secuencia de hechos: 1) aumento del ovocito; 2) Alteración en la células de la granulosa desde un epitelio plano a otro cúbico, seguida de replicación, 3) Formación de la zona pelúcida. La zona pelúcida es una banda mucoide clara que envuelve al óvulo y persiste hasta que éste, ya fertilizado, alcanza el útero.

Después la teca interna se vasculariza y se rodea por la teca externa. Al aumentar de tamaño el folículo se produce un crecimiento desproporcionado en la dimensión de éste en comparación con el del óvulo.

Durante cualquier ciclo ovárico, 20 o más folículos pueden comenzar los procesos que parecen conducir a la ovulación. (10)

(9) Guyton, Op cit., pág. 635.

(10) Pritchard, Jack A., et.al. Williams Obstetricia, pag. 32.

2.2.5 El cuerpo amarillo. La fase luteinica del ciclo ovarico.

Durante las primeras horas siguientes a la expulsión del huevo por el folículo, las células residuales sufren rápidos cambios físicos y químicos, proceso llamado luteinización, y la masa de células se transforma en un cuerpo amarillo, que secreta -- las hormonas estrógeno y progesterona. Estas células aumentan considerablemente de dimensiones y presentan inclusiones lipóides que les dan color amarillento distintivo, de donde se les da el nombre de cuerpo amarillo.

En la mujer normal el cuerpo amarillo llega a tener aproximadamente 1.5cm. a los siete u ocho días de producida la ovulación. Más tarde empieza a involucionar y pierde sus funciones secretorias y sus características lipóides a los 12 días, aproximadamente de la ovulación, transformandose en el denominado corpus albicans; durante las semanas siguientes éste degenera más todavía, hasta que queda substituido por tejido conectivo.

El cuerpo amarillo constituye un órgano ricamente secretorio, que produce grandes cantidades de ambas hormonas, progesterona y estrógenos.

El crecimiento del cuerpo amarillo es estimulado en presencia

de la hormona luteinizante, y su vida se prolonga. Aproximadamente cada 28 días, hormonas gonadotrópicas de la prehipófisis estimulan nuevos folículos para que empiecen a crecer en los ovarios, finalmente ovula el día 14 del ciclo. Durante el crecimiento de los folículos, secreta estrógeno, después de la ovulación, las células secretorias del folículo se desarrollan, produciendo el cuerpo amarillo, que secreta grandes cantidades de hormonas femeninas progesterona y estrógenos. Después de otras dos semanas el cuerpo amarillo degenera, mientras que las hormonas ováricas, estrógeno y progesterona, disminuyen considerablemente y empieza la menstruación. Sigue luego un nuevo ciclo ovárico. (11)

2.2.6 El sistema hipotálamo, hipófisis y ovario.

Se tratará de explicar la oscilación de la retroalimentación que regula el ritmo del ciclo sexual femenino. Esta parece operar de manera aproximada en la siguiente secuencia de tres acontecimientos.

1.- Secreción postovulatoria de las hormonas ováricas y depresión de las gonadotropinas. La parte del ciclo que se puede explicar con mayor facilidad está constituida por los acontecimientos que sobrevienen durante la fase postovulatoria entre la ovulación y el principio de la menstruación.

(11) Guyton, Op. cit. pág. 636.

Durante esta época del cuerpo lúteo secreta grandes cantidades de progesterona y de estrógenos y quizá también la hormona, juntas todas estas hormonas tienen un efecto combinado de retroalimentación negativa sobre la hipófisis anterior y el hipotálamo que produce supresión importante tanto de la secreción de hormona estimulante de los folículos como de luteinizante, lo que disminuye sus concentraciones hasta los niveles más bajos en un plazo de tres a cuatro días antes de que se inicie la menstruación.

2.- Fase de crecimiento folicular. Dos o tres días antes de la menstruación, el cuerpo lúteo entra en involución y disminuye a un nivel muy bajo la cantidad de estrógenos, progesterona. Esto libera al hipotálamo y la hipófisis anterior del efecto de retroalimentación de estas hormonas, y cerca de un día después aproximadamente en el momento en que se inicia la menstruación la hormona estimulante de los folículos aumenta de dos a tres veces; a continuación varios días después de iniciada la menstruación se incrementa también la secreción de la hormona luteinizante cerca del doble estas hormonas inician un nuevo incremento folicular y aumento progresivo de la secreción de estrógenos, que llega a un nivel máximo cerca de 12.5 a 13 días después de iniciada la menstruación.

Durante los 11 o 12 primeros días del crecimiento foliular disminuye la magnitud de la secreción de las gonadotropinas, Folículoestimulante y Luteinizante; después aparece un subitoincremento en la secreción de ambas hormonas que culmina en la fase preovulatoria rápidamente de secreción luteinizante y a la que sigue la ovulación.

3.- Fase preovulatoria de secreción rápida de hormona luteinizante y folículo estimulante. Ovulación, Aproximadamente entre los días 11 y 12 después de iniciada la menstruación, la merma en la secreción de hormona folículoestimulante y luteinizante experimentan una interrupción súbita. Se cree que la concentración elevada de estrógenos en esta época (o al principio de la secreción de progesterona por los folículos) produce un efecto de retroalimentación positiva - sobre el hipotálamo e hipófisis anterior, como ya se explicó lo que provoca una enorme descarga de hormona luteinizante y en menor proporción de hormona folículoestimulante. Por tanto, el sistema hormonal principia un nuevo ciclo hasta la siguiente ovulación. (12)

(12) IBIDEM, pág. 968 - 969.

2.3 ANTICONCEPTIVOS HORMONALES

2.3.1 Mecanismo de acción

Se sabe desde hace mucho que la administración de estrógenos o progesterona en cantidades apropiadas durante la primera mitad del ciclo mensual femenino puede inhibir la ovulación. La causa de esto es que la administración de cualquiera de estas hormonas puede impedir la descarga preovulatoria de la hormona - luteinizante. Sin embargo, el trabajo experimental sugiere - que, antes de esta fase rápida de secreción, es probable que - ocurra una depresión súbita de la secreción de estrógenos desde los folículos ováricos y que ésta podría ser señal necesaria para producir el efecto de retroalimentación positiva que origina la fase rápida o descarga. Desde luego, la administración de hormonas sexuales podría prevenir la depresión hormonal inicial que sería la señal que empieza la ovulación.(13)

La progesterona relacionada estructuralmente con muchas hormonas esteroideas, incluidos glucocorticoides, mineralocorticoides, andrógenos y estrógenos, posee actividad fisiológica intrínseca.

La progesterona posee poco efecto estimulado en la prolifera--

(13) Guyton, Op, cit., pág. 972.

ción de células vaginales, pero antagoniza la acción de los estrógenos en la vagina, esto es, la mitosis y la conificación del epitelio vaginal.

La progesterona transforma las secreciones cervicales en que hay predominio estrógeno, de un líquido delgado y acuoso, a otro espeso y mucoso. Varios anticonceptivos ingeribles tienen acción similar, la mayor viscosidad de tales secreciones pueden servir como una barrera que interfiere en la migración de espermatozoides en el aparato genital femenino. (14)

Al idear métodos para la supresión hormonal de la ovulación el problema consistió en obtener combinaciones apropiadas de estrógenos y progestacionales, capaces de suprimir la ovulación, pero sin producir los efectos colaterales debidos a las hormonas. Por ejemplo, un exceso de cualquiera de ellas puede modificar el tipo de sangrado menstrual. Utilizado progestacionales sintéticos en lugar de progesterona, junto con pequeñas cantidades de estrógenos, se puede evitar la ovulación, sin que se modifique el ciclo menstrual habitual. Por tanto casi todas las píldoras utilizadas para el control de la natalidad están formadas por alguna combinación de estrógenos y progestinas sintéticas. El motivo principal de utilizar estas pro--

(14) IBIDEN, pág. 972

gestinas sintéticas. El motivo principal de utilizar estos productos sintéticos es que las hormonas naturales son destruidas casi totalmente por el hígado después de ser absorbidas por el tubo digestivo y pasar a la circulación portal. Muchas de las hormonas sintéticas pueden resistir esta acción del hígado, lo cual permite su administración por vía bucal.

Los efectos de las hormonas ováricas en la función gonadotropica de la hipófisis; el efecto predominante del estrógeno es inhibir la secreción de la hormona foliculoestimulante, mientras que la acción continua la progesterona sirve para inhibir la liberación de hormona luteinizante. Está claro que la ovulación podría prevenirse inhibiendo el estímulo ovulatorio o impidiendo el crecimiento de los folículos y esto concuerda con los resultados de la experimentación en la que se impide la ovulación administrando sólo estrógenos o sólo progesterona.

Del corto número de observaciones directas que se han efectuado en el ovario durante el tratamiento con combinaciones de progestina y estrógenos, sabe decir que el crecimiento foliular es reprimido en gran medida, efecto que se atribuye al estrógeno que contienen las mezclas.

Las mediciones de hormona foliculoestimulante y luteinizante - en la sangre circulante muestran que las combinaciones de estrogénos y progesterona reprimen aquellas dos hormonas. Los valores plasmáticos de hormona foliculoestimulante y luteinizante son estables; el valor foliular temprano de estas hormonas a mitad del ciclo no se observan.

Cabría razonablemente concluir que la mayoría de los preparados que hoy se usan, deben su eficacia a la inhibición de la ovulación merced al componente estrógeno y que la progestina sirve para el importante efecto de asegurar que la hemorragia por supresión ocurrirá rápidamente, será de duración breve y de índole fisiológico. (15)

(15) Goodman, L., Gilman A., Bases Farmacológicas de la Terapéutica, pág. 1216

2.3.2 Recomendaciones para su uso

Antes de iniciar el tratamiento debe efectuarse un detenido reconocimiento general, una minuciosa exploración ginecológica y excluir la existencia de embarazo. También se debe determinar la glucosa en orina y la tensión arterial. (16)

La historia clínica debe comprender:

- La fecha de nacimiento.
- La historia menstrual (regularidad y duración del flujo menstrual, presencia de hemorragias anormales, fecha de comienzo del último período menstrual).
- La historia obstétrica (número de partos, abortos, embarazos perdidos, fecha de último alumbramiento, estado relativo a la lactancia, diabetes gravídica).
- La historia clínica debe incluir (ictericia, otras enfermedades cardiovasculares, trastornos de la coagulación de la sangre, diabetes).

El examen físico debe comprender:

- Determinación de peso.
- Determinación de la tensión arterial.
- Examen de mamas.
- Examen de pelvis.

Si las circunstancias locales lo permiten, conviene añadir:

- Investigación de la presencia de azúcar en la orina.

(16) Diccionario de especialidades farmacéuticas, pág. 61.

- Frotis cervical.
- Determinación de hemoglobina. (17)

En mujeres hipertensas, solamente deberá emplearse ovulistas orales cuando exista estricta indicación médica.

Durante el uso prolongado, deberá realizarse control médico cada 6 meses aproximadamente.

Las mujeres que padecen diabetes, hipertensión, v​arices, --otoesclerosis, esclerosis multiple, epilepsia, corea menor, as​i como mujeres con antecedentes de flebitis o tendencia a la diabetes, deben mantenerse bajo observaci​n m​dica.

Con respecto a la trombosis arterial parece aumentar el riesgo relativo cuando ocurren los siguientes factores: Intenso consumo de cigarros, edad m​as avanzada y tratamiento con anticonceptivos combinados de varios a​os de duraci​n.

La administraci​n simult​nea y regular de otros medicamentos (Por ejemplo barbit​ricos, fenilbutazona, hidanto​inas, rifam-pinas, ampicilina) pueden reducir el efecto ovulist​tico.

(18)

(17) Organizaci​n Mundial de la Salud, Anticonceptivos inyec-tables, p​g. 75.

(18) Diccionario de especialidades farmaceuticas, p​g. 61.

2.3.3 Hormonales Orales (Norgestrel y etinil estradiol)

2.3.3.1 Concepto

Los anticonceptivos hormonales orales son preparados derivados de esteroides sexuales sintéticos que se administran oralmente con objeto de inhibir la ovulación. Es un método temporal de Planificación Familiar para mujeres que desean espaciar sus embarazos. (19)

2.3.3.2 Acción Farmacológica

Inhíbe la secreción hipofisiaria de hormona foliculoestimulante y luteinizante, suprime la ovulación. La secreción del cuello uterino se vuelve viscosa e impenetrable a los espermatozoides. Se alteran también el transporte tubario para la nidación y los procesos que preparan el endometrio para la nidación. El efecto combinado de todas estas acciones determinan la gran eficacia de esta asociación en la prevención del embarazo. (99.9% de eficacia teórica y 97.5% de eficacia en uso). (20)

2.3.3.3 Indicaciones

Los hormonales orales como un método anticonceptivo están in--

(19) Universidad Nacional Autónoma de México, Ginecología pág. 378.

(20) Rodríguez Carranza, R., Vademecun académico de medicamentos, pág. 633.

dicados en: mujeres en edad fértil que se encuentren en etapa de poder embarazarse, menores de 35 años, con vida sexualmente activa que desean espaciar sus embarazos y que no presentan ninguna contraindicación para el uso de hormonales. (21)

Se deben tomar en cuenta los antecedentes de la paciente, su historia menstrual, las necesidades de anticoncepción a corto plazo la adaptación sexual, la coexistencia con riesgos colaterales, los antecedentes del empleo de otro tipo de anticonceptivos, deberá realizarse un examen físico completo con particular énfasis en el aparato genital y mamas, que se completará también con una citología vaginal.

La evolución y los resultados alcanzados con el uso de anticonceptivos orales, servirán para decidir si se necesita o no cambiar a otro anticonceptivo a un método alternativo hormonal.

En base a diversos reportes es aconsejable valorar cuidadosamente a una paciente que presente jaqueca repentina o cefalea muy intensa, calambres dolor o edema de los miembros inferiores crisis súbitas de dolor retroesternal y trastornos visuales.

También se usan los anticonceptivos en ciertos trastornos gi-

(21) Secretaría de Salud, Op. cit., pág. 58

necológicos como dismenorrea o hipermenorrea. Para evitar el embarazo por razones clínicas de gran importancia. El empleo de anticonceptivos orales es también preferible a cualquier otro método, siempre que sea aceptable para la interesada y no haya contraindicaciones especiales. (22)

2.3.3.4 Contraindicaciones

Contraindicaciones absolutas: Embarazo. los anticonceptivos orales se prescribirán sólo teniendo la seguridad de que no hay embarazo. Una medida para estar seguro de esto es empezarla a tomar después de una menstruación.

Si los anticonceptivos orales se ingiere durante el embarazo - puede haber menstruación, y no se sospechará la preñez sino hasta después de que esté bien establecida. Los hijos nacidos de mujeres que han tomado anticonceptivos orales al principio del embarazo suelen ser normales, pero se han informado casos con mayor incidencia de problemas congénitos.

Antecedentes de hipertensión, enfermedad del corazón o tromboflebitis quienes padecen o han sufrido cualquiera de estas afecciones deben elegir otro método de anticoncepción ya que -- caen dentro de un grupo de alto riesgo para complicaciones futuras.

(22) Organización Panamericana de la Salud, Anticonceptivos orales, pág. 21.

Sangrado genital anormal no diagnosticado. Se debe encontrar la causa antes de tomarlos.

Función Hepática deteriorada o ictericia del embarazo. Las mujeres que tienen deterioro hepático no han de usar anticonceptivos orales. Quienes han padecido hepatitis viral, pero han recuperado por completo su función hepática pueden ingerir con seguridad anticonceptivos orales.

Cáncer mamario identificado o sospechado. Entre las usuarias de anticonceptivos orales se han demostrado en muchos estudios una disminución en la incidencia de enfermedad benigna o fibroquística de mama y una tasa menor de cáncer mamario. Con todo parece ser que las mujeres con cáncer de la mama en el momento de iniciar los anticonceptivos orales pueden experimentar a un aumento en el tamaño del tumor.

Las mujeres con fuertes antecedentes familiares de cáncer mamario, nódulos mamaros etc. deben tener una cuidadosa vigilancia a largo plazo. (23)

Mujeres mayores de 35 años de edad. Los estudios indican que las complicaciones atribuibles a la píldora de control de la natalidad ocurren en mujeres de 35 años de edad o más, fumado-

(23) Kilbi, Donald M. D., Sexo seguro, educación sexual..., pág. 55-57

ras, de 45 años o más que fuman. En estos casos es deseable - un método alternativo de anticoncepción

Cuando todo está dicho y hecho, en la mayoría de las mujeres - el método ideal es el anticonceptivo oral; afortunadamente, - casi todas las mujeres jóvenes son sanas. El uso de dosis -- progresivamente menores de estrógenos y progesterona en las -- formulaciones más nuevas han reducido la incidencia de facto-- res de riesgo y efectos colaterales a un nivel muy bajo.

Cáncer dependiente de estrógenos identificado o sospechado. - Algunos canceres crecen con mayor rapidez cuando se exponen a estrógenos. Una paciente con antecedentes de cáncer debe consultar a su médico respecto a los efectos de anticonceptivos - orales en ella.

Contraindicaciones relativas. En esas situaciones puede ser - preferible usar anticonceptivos orales sólo si no pueden encontrarse alternativas eficaces y aceptables.

Migraña. Un tercio de quienes padecen migraña tendrán más dolores de cabeza y de mayor intensidad.

Hipertensión. Quizá aún cuando la presión arterial puede regularse mientras una mujer está tomando anticonceptivos orales es preferible evitarlos.

Fibroides. Pueden crecer bajo la influencia de los estrógenos. Si se usan los anticonceptivos orales, se recomiendan combinaciones con bajo contenido de estrógenos.

Epilepsia. Quizá la epilepsia pueda ser más difícil de controlar mientras se ingieren anticonceptivos. Las mujeres que están tomando medicamentos para controlar las convulsiones también pueden exponerse a una interacción farmacológica que podría disminuir la eficacia de los anticonceptivos orales.

Venas varicosas. Pueden empeorar, predisponiendo aún más a una posible flebitis relacionada con el uso de anticonceptivos orales. (24)

Diabetes gestacional. Quienes presentan diabetes en el embarazo pueden manifestar un problema parecido en tanto toman anticonceptivos orales, en especial con los de dosis altas.

Cirugía electiva. Si una mujer va a ser sometida a una intervención quirúrgica y estará hospitalizada durante cualquier lapso, tiene riesgo, como todo paciente encamado, de presentar flebitis. Los anticonceptivos orales en este momento sólo aumentarán ese riesgo. (24)

(24) IBIDEM, pág. 58

2.3.3.5 Ventajas

Alivio de la tensión premenstrual, mejoría en los ciclos -- irregulares, disminuye la inflamación pélvica, mejora el acné, algunos informes recientes indican que los anticonceptivos orales tienen un efecto protector sobre la artritis reumatoide, hay aumento o disminución de la libido, parece ser que tiene un efecto protector sobre la aparición de tumores benignos de mama. (25)

Es el método más eficaz, causa menos flujo menstrual, lo que origina una menor incidencia de anemia, no interfiere con la actividad o espontaneidad sexual, existe ausencia de la manipulación de genitales, contrarresta la dismenorrea, proporciona algo de protección contra enfermedad benigna mamaria, enfermedad inflamatoria pélvica originada por gonorrea, artritis reumatoide, cáncer del endometrio y cáncer ovarico. (26)

2.3.3.6 Desventajas

Incluyen el requisito de una fidelidad casi perfecta a una rutina de tomar una píldora diariamente, los efectos secundarios menores son bastante frecuentes, la posibilidad siempre presente aun que quizá remota de riesgo para la salud -- que se deriva del tratamiento a largo plazo. Estos impedimentos conducen, a su vez, a altas tasas de discontinuación,

(25) Organización Panamericana de la Salud, Op. cit. pág. 22

(26) Kilbi, Op. cit. pág. 58.

y la necesidad de continuar con la supervisión médica o para médica. El costo relativamente alto puede también constituir a un factor cuando la esfera de acción del programa se ve limitada por presupuestos fijos. (27)

Los indicadores bioquímicos de las concentraciones sanguíneas de las vitaminas tienden a disminuir en las mujeres que toman anticonceptivos hormonales. La principal excepción es la vitamina A cuya concentración, plasmática aumenta paralelamente con la proteína fijadora de retinol.

También puede observarse en algunas usuarias trastornos -- hepáticos como la ictericia colestática y embarazos ectópicos.

Desarrollo fetal; Dos estudios recientes en los estados unidos sugieren la exposición a esteroides durante el embarazo puede aumentar la incidencia de reducción de miembros (incluyendo ausencia de brazos y piernas) y otras anomalías -- vertebrales, anales, cardíacas, traqueales y del recto. Los investigadores han señalado, que estas madres han podido tener un sistema reproductivo hiperactivo a alguna clase de -- desequilibrio hormonal que fué efectuado adicionalmente por hormonas exógenas. La información sobre el uso de anticonceptivos orales durante el embarazo, opuesto al uso de anti-

(27) U.N.A.M., Op. cit. pág. 387.

conceptivos orales previos al embarazo, sugiere el peligro de ciertos tipos de malformaciones. los estudios han asociado malformaciones congénitas con grandes dosis de hormonas utilizadas durante el embarazo.

Lactación. Se han notificado casos de menor producción láctea en mujeres que tomaban anticonceptivos mixtos. También se han observado cambios en los componentes de la leche materna. Dolor y molestias de mama atribuibles a estrógenos, aumento de peso.

Secreción vaginal. Puede causar leucorrea, artralgia, depresión, eczema, caída del cabello, gingivitis y urticaria.

(28)

2.3.3.7 Efectos secundarios

En cuanto a los estrógenos, esta completamente establecido que producen efectos colaterales adversos que favorecen una mayor frecuencia de fenómenos tromboembólicos que en la población que no los ingiere. Esto guarda relación con cambios importantes en los mecanismos de coagulación, aumentando los factores para la formación del coagulo, adhesividad plaquetaria, etc. y por otro lado los estrógenos producen cambios en la concentración de lípidos séricos que favorecen este mismo problema, por cambios en la íntima de las arterias y venas. También hay modificaciones en proteínas séricas

(28) Organización Mundial de la Salud, Esteroides hormonales y contracepción, pág. 30 - 35.

las cuales aumentan las globulinas alfa 2 y beta; una de las globulinas alfa 2 con mayor concentración en este caso, es sustrato de la renina y angiotensina lo que produce hipertensión importante pero reversible. Otros cambios producidos por el componente estrogénico es la elevación de proteínas transportadoras de cortisol y de hormona tiroidea, aumentando el cortisol libre y la hormona tiroidea total; no se produce en realidad una alteración de la función tiroidea, pero si existe un aumento considerable del cortisol libre., aunque éste no es tan marcado como el que se produce durante el embarazo, esta mínima elevación combinada con otras acciones de los esteroides contribuyen a diversos efectos secundarios como retención de líquidos, cefalalgia, hipertension, etc.

Otro efecto adverso importante es a nivel metabolismo de los carbohidratos en donde se ha observado mayor frecuencia en curvas de tolerancia a la glucosa alteradas y un incremento en los niveles de insulina plasmática lo que hace poco aconsejable el tratamiento con anticonceptivos hormonales a las pacientes con curva de tolerancia a la glucosa previamente alterada o en las diabéticas químicas o clínicas, o incluso en las prediabéticas. Cabe hacer notar que los progestágenos juegan un papel importante en este problema con mecanismo de interferen-

cia en la utilización periférica de la insulina y con ello elevaciones de la glucosa sérica. Los estrógenos producen cambios a nivel retículo endoplásmico en el hígado interfiriendo con la síntesis de proteínas séricas como ya se menciona, además producen una colestasis intrahéptica, lo cual hace aconsejable la restricción de estos medicamentos en pacientes con antecedentes de enfermedades hepáticas graves y por supuesto en insuficiencia hepática. No hay pruebas de que aumente la frecuencia de problemas litiásicos de vías biliares.

Los progestágenos tienen dos efectos adversos importantes que son la alteración de metabolismo de carbohidratos a que ya se hizo alusión y un efecto a nivel del túbulo distal en la nefrona, aumentando la reabsorción de sodio y agua, con lo cual favorece la hipertensión, siendo importante el incremento de las cifras tencionales en pacientes con hipertensión preexistente.(29)

2.3.4 Inyectables (Enantato de norestisterona)

2.3.4.1 Concepto

Los anticonceptivos inyectables son preparados sintéticos -- constituidos por esteroides cuya utilización es parenteral. Se

(29) Instituto Mexicano del Seguro Social, Ginecología y Obstetricia, pág. 969 - 971

trata de un método temporal de planificación familiar recomendado principalmente a mujeres que desean espaciar sus embarazos por un período de dos o más años. (30)

2.3.4.2 Propiedades Farmacológicas

Produce efectos progestacionales semejantes a los de la progesterona impide el embarazo por varios mecanismos: inhibe la ovulación al inhibir la secreción de gonadotropinas, aumenta la viscosidad de las secreciones endocervicales, impidiendo la penetración de los espermatozoides a la cavidad uterina, - produce atrofia del endometrio, impide la nidación. Es menos eficaz que los anticonceptivos combinados (progestina - estrógeno). Induce la formación de un endometrio secretor y el desarrollo de acini en las glándulas mamarias cuando estos tejidos han sido estimulados previamente con estrógenos. Carece de efectos estrogénicos. Administra sola desde el principio - del ciclo menstrual, produce inicialmente una estimulación intensa del endometrio, seguida de una atrofia de éste, que puede originar una hemorragia endometrial. Su biotransformación y excreción se efectúa principalmente en el hígado y riñón, - respectivamente. (31)

(30) Universidad Nacional Autónoma de México, Op. cit., pág.396

(31) Rodríguez., Op. cit. pág. 626.

2.3.4.3 Indicaciones

Mujeres en edad fértil con paridad satisfecha que no deseen un método permanente, intolerancia al uso de anticonceptivos orales, evitar el embarazo durante tres meses a partir de la aplicación de la vacuna antirrupeola y deficiencia mental. (32)

2.3.4.4 Contraindicaciones

Contraindicaciones absolutas: embarazo, en todas sus etapas, por las anomalías congénitas que origina y por retardar el aborto espontáneo de productos defectuosos; en pruebas diagnósticas de embarazo, carcinomas mamarios, cervice - uterino, o de otros tejidos del tracto genital, disfunción o patología hepática, aborto diferido, historia o diagnóstico de tromboflebitis transtornos tromboembólicos o apoplejía cerebral, sangrado vaginal anormal de etiología desconocida, antecedentes herpes gravídico.

Contraindicaciones relativas (antes de emplearse este medicamento debe evaluarse cuidadosamente la relación beneficio - riesgo) asma, depresión mental, disfunción renal, epilepsia, insuficiencia cardiaca, migraña. La administración concomitante de de analgésicos, agentes antimigraña, barbitúricos, fenilbuta-

(32) Secretaría de Salud, Op. cit., pág. 60

zonas, fenitoína o primidona, disminuye la eficacia de este medicamento por acelerar su biotransformación en compuestos inactivos. Además de los estudios particulares que requiera cada paciente, debe efectuarse en todos los casos; examen físico por lo menos cada 6 o 12 meses, con atención especial a mamas y órganos pélvicos, y pruebas de función hepática y de papanicolau. La administración de esta progestina aumenta la concentración sérica de fosfatasa alcalina; plasmática de amínoácidos y urinaria de compuestos nitrogenados. (33)

2.3.4.5 Ventajas

Este método es altamente efectivo y no requiere la atención de la usuaria durante los intervalos entre inyecciones. Aparentemente no tiene un efecto nocivo en la lactancia, de manera, que esta especialmente indicado durante los meses inmediatamente después del parto. Durante el coito no se requiere preparación especial para evitar el embarazo. (34)

Ejercen una acción reversible y relativamente prolongada, pueden usarse sin riesgo durante varios años y no son peligrosos para la salud, siempre que no existan contraindicaciones. En algunos medios culturales, la administración por inyección pug

(33) Rodríguez, Op. cit., pág. 626.

(34) U.N.A.M., Op. cit., Pág. 420.

de considerarse como una ventaja, mientras que en otros puede considerarse lo contrario. Ciertos estados patológicos por -- ejemplo la anemia ferropénica, puede mejorar también cuando se utilizan anticonceptivos inyectables.

Indicaciones globales de utilización y eficiencia muy elevados mejores que los obtenidos con los anticonceptivos orales en - algunos países. Ausencia de efectos estrogénicos. Reversibi-- lidad, posibilidad de que los adminstren agentes de salud adi-- estrados que no necesitan ser médicos, aceptabilidad en nume-- rosos medios culturales.

Ventajas ajenas al efecto anticonceptivo: Puede mejorar la endometriosis, la candidiasis vaginal y la enfermedad inflamatoria pelviana son menos frecuentes que en las mujeres que usan D.I.U., puede mejorarse e involucionar los quistes ováricos y los nódulos mamarios benignos preexistentes. (35).

2.3.4.6 Desventajas

El principal inconveniente es la probabilidad de que se produzcan hemorragias irregulares. Las hemorragias profusas pueden requerir asistencia profesional pero son poco frecuentes; en - cambio las demás irregularidades no son peligrosas para la sa-

(35) Organización mundial de la salud, Anticonceptivos inyectables, pág. 131.

lud. Otra desventaja es que, una vez administrado el producto el efecto anticonceptivo dura hasta que aquel a quedado completamente metabolizado por la usuaria.

En casi todas las mujeres altera el tipo normal de menstruación, esto es una de las principales razones que las incita a abandonar el método, las alteraciones pueden consistir en hemorragias irregulares y amenorreas, puede haber hemorragias prolongadas, pero son raras las hemorragias profusas. Para algunas personas no resulta aceptable la administración por inyección intramuscular, algunas mujeres aumentan de peso.

Se han señalado dolores de cabeza, cambios de humor y pérdida de la libido en las usuarias. No hay ninguna prueba de que la incidencia de estos efectos secundarios sean mayores cuando se usa otro tipo de anticonceptivos. El restablecimiento de la fecundidad puede retrasarse. (36)

2.3.4.7 Efectos secundarios

Requieren de atención médica: A) Frecuentes: Cambios en el patrón de sangrado vaginal incluyendo irregularidades en la duración del ciclo menstrual, sangrado intermenstrual y amenorrea, atrofia progresiva del endometrio que da origen a hemorragias.

(36) IBIDEM, pág. 132.

B) poco frecuentes: depresión mental, dolor abdominal, ictericia por hepatitis, obstrucción biliar o tumor hepático, erupción cutánea por alergia medicamentosa, trombosis, que puede producir cefalea severa o de inicio súbito, pérdida súbita de la coordinación, dolor en el torax, dolor en la ingle o en el miembro inferior, disnea súbita sin causa aparente, alteración súbita en el habla o la visión. Las reacciones adversas que requieren atención médica solo si son persistentes son: A) cambios en el apetito y peso corporal, edema de miembros inferiores, debilidad y fatigabilidad exageradas, B) poco frecuentes: - acné, hipersensibilidad mamaria, hirsutismo, náusea. (37).

(37) Rodríguez., Op, cit..., pág 627.

2.4 ASPECTOS NORMATIVOS EN LA PRESCRIPCIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS HORMONALES,

Norma técnica número 22 para la Planificación Familiar en la atención primaria a la salud, de acuerdo en lo señalado en -- artículos de la Ley General de Salud, en el artículo 26 del -- Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.

Artículo 1. Esta norma técnica tiene por objeto uniformar la actitud y los criterios de operación del personal del Sistema de Salud, en relación con la Planificación Familiar.

Artículo 2. Esta norma técnica es de observancia obligatoria en todas las unidades de salud de los sectores público, social y privado del país.

Artículo 3. Planificación Familiar es el derecho que tiene -- toda persona a decidir de manera libre, responsable e infor-- mada sobre el número y espaciamiento de sus hijos.

Artículo 4. La Planificación Familiar comprende las activi-- dades siguientes:

- Promoción y difusión
 - Atención del usuario
-

- Selección, prescripción y aplicación del método anticonceptivo.
- Seguimiento de la usuaria.
- Identificación de casos de infertilidad y esterilidad.

Capítulo IV. Métodos anticonceptivos.

Artículo 8. Los métodos anticonceptivos son aquellos que se utilizan para impedir el embarazo en forma temporal o permanente.

Capítulo V. Métodos anticonceptivos temporales. Hormonales orales.

Artículo 10. Los métodos anticonceptivos hormonales orales se utilizan de acuerdo con las disposiciones siguientes:

- Indicaciones.

Mujeres en edad fértil, menores de 35 años, con patrón menstrual regular, nulíparas que no deseen embarazo.

- Contraindicaciones.

Sospecha o embarazo comprobado, lactancia, sangrado vaginal no diagnosticado, antecedentes o presencia de diabetes mellitus que requiera uso de insulina, tromboembolismo, cáncer uterino o mamario padecimientos cerebro vasculares o coronarios, alteraciones de las funciones hepáticas y renales, --- hiperlipidemia o hipercolesterolemia.

Relativas. Mayores de 35 años, tabaquismo, insuficiencia -- venosa, migraña, hipertensión arterial, depresión psíquica, hemoglobinopatía, uso de drogas que interactúan con los anti conceptivos orales (anticonvulsivantes, antibióticos, sedantes e hipnóticos, antihipertensivos y anticuagulantes).

- Dosis y forma de administración. (Se utiliza la presentación de 21 a 28 tabletas).

Iniciar con una tabletas cada 24 horas apartir del quinto día del principio de la menstruación.

En la presentación de 21 tabletas reiniciar la administra--- ción el quinto día del principio de la menstruación siguien te.

En la presentación de 28 tabletas tomar las dosis ininterrum pidamente.

En caso de olvido de la toma de una tableta tomarla en cuanto se acuerde.

En caso de olvido de la toma de dos tabletas en días consecu tivos tomar dos tabletas juntas los dos días siguientes y em plear un método anticonceptivo de barrera.

En caso de olvido de la toma de tres tabletas en días consecu tivos, suspender la toma de tabletas, emplear un método de barrera y acudir a consulta.

- Reacciones adversas y conducta a seguir:

Sangrado intermenstrual; cambiar a otro anticonceptivo oral de dosis mayor, si continúa el sangrado, suspender el anticonceptivo, investigar la causa y utilizar otro método.

Nausea, vómito y edema generalmente desaparecen después del tercer ciclo de administrar el anticonceptivo: Si persisten suspenderlo y administrar otro anticonceptivo, con dosis menor de progestágeno o cambiar a otro método.

Hipertensión arterial, cefalea persistente y cloasma suspender el anticonceptivo y cambiar a otro método no hormonal.

- Seguimiento:

Las consultas subsecuentes se llevan a cabo; la primera al mes y las siguientes cada 80 días.

Hormonales inyectables.

Artículo 11. Los métodos hormonales inyectables, se utilizan de acuerdo con las disposiciones siguientes:

- Indicaciones.

Mujeres en edad fértil con paridad satisfecha que no deseen un método permanente.

Evitar el embarazo durante tres meses apartir de la aplicación de la vacuna antirubéola.

Intolerancia al uso de anticonceptivos orales, y deficiencia mental.

- Contraíndicaciones.

Nulíparas, adolescentes, sospecha de embarazo o comprobado, - lactancia, sangrado vaginal no diagnóstico, antecedentes o presencia de diabetes mellitus, tromboembolismo y cáncer uterino o mamario.

- Dosis y forma de administración.

Una ampolleta intramuscular cada 30 o 60 días, la primera - aplicación dentro de los cinco primeros días a partir del - inicio de la menstruación y los siguientes cada 30 o 60 días.

- Reacciones adversas y conducta a seguir.

Sangrado intermenstrual durante las dos primeras dosis; si - continua cambiar a otro método, amenorrea no suspender el mé todo.

Seguimiento. Las conductas subsecuentes se llevarán a cabo cada 30 o 60 días. (38)

2.5 PERFIL DEL PERSONAL QUE PRESCRIBE EL METODO

El personal al que hay que dar una formación adecuada para suministrar anticonceptivos y cooperar en un programa de distribución de ese material puede dividirse en dos grandes categorías: Médicos, enfermeras y paramédicos, por una parte, y colaboradores no profesionales por otra.

Médicos, enfermeras y personal paramédico, pueden tener por misión la prescripción de anticonceptivos y la vigilancia de las personas que acepten participar en esta labor, en cuyos casos la capacitación se orientará a enseñarles bien y hacerles comprender plenamente las características de los fármacos utilizados a fin de que puedan:

- Explicar a las usuarias esas características en términos sencillos prestando especial atención a los trastornos menstruales por ser estos el motivo más frecuente de abandono - del tratamiento anticonceptivo.
 - Identificar las contraindicaciones o estados que puedan requerir supervisión médica.
 - Instruir a las usuarias a fin de que éstas puedan reconocer los efectos secundarios y los estados que obligan a acudir inmediatamente y de manera imprevista a la clínica.
-

- Reconocer las complicaciones y decidir si es preciso enviar el caso a una instancia superior.
- Mantener un registro ordenado de las incorporaciones de nuevas usuarias y de la evolución de estas.(39)

Además de los conocimientos mencionados, el personal de salud encargado de suministrar anticonceptivos necesita saber también como mantener una buena comunicación con las usuarias y demás personas interesadas.

Tanto los conocimientos acerca del método como las buenas técnicas de comunicación son condiciones esenciales para promover adecuadamente el método y reducir el riesgo de que las usuarias lo abandonen, bien por ignorancia o por temores injustificados.

Los colaboradores no profesionales han resultados esencialmente útiles para: Motivar y reclutar a las usuarias nuevas, dar información y consejos, participar en la vigilancia de las usuarias.

(39) Organización Mundial de la Salud, Anticonceptivos inyectables. pág. 93.

En muchas sociedades, los curanderos y las parteras tradicionales no sólo atienden a las mujeres durante el parto sino - que también prestan asistencia en los asuntos relacionados - con la salud, a las Familias y pueden ser la única fuente disponible de ayuda. Conviene identificar a estas personas y darles la información indispensable sobre Planificación Familiar.

Las mujeres acogen bien la información sobre Planificación Familiar inmediatamente después del parto. La partera tradicional está en contacto con estas mujeres y puede promover - el uso de métodos anticonceptivos a condición de que ellas - mismas se den cuenta de las ventajas que entrañan la Planificación Familiar y de la utilidad de los diferentes métodos - anticonceptivos. (40)

2.5.1 Supervisora de auxiliares de salud.

En todo programa de salud, la definición clara del papel que desempeña el personal que participa en el, resulta indispensable. En la estrategia de extensión de cobertura a población rural dispersa este hecho, cobra aun más importancia ya que como se menciona anteriormente la supervisora de auxiliar de salud representa el enlace entre el auxiliar de salud y los

(40) Ibidem, pág. 71 y 94.

servicios institucionales.

La supervisora de auxiliares de salud se ha definido como, - el personal de enfermería de nivel auxiliar ó técnico con experiencia en trabajo de campo en lo que se refiere a aten-ción materno infantil, planificación familiar y con habilita-des de supervisión y capacitación que le permitan desarro-llar paralelamente con otros trabajadores de la salud las ac-tividades que se realizan en las localidades rurales bajo su responsabilidad.

La selección, capacitación y supervisión son las actividades que la supervisora de auxiliares de salud debe realizar para cumplir con el papel que se espera desempeñe en la estrate-gía de extensión de cobertura. A continuación se precisan - en forma objetiva y secuencial las características que han - demostrado ser necesarias para seleccionar a un candidato a supervisora de auxiliares de salud, así como, sus funciones, derivadas de estas las actividades y por último las tareas - por cada aspecto de planificación familiar que integra la es-trategía: programación, promoción, sistema de información, - capacitación, supervisión y evaluación.(41)

(41) Secretaría de Salud, Op, cit., pág. 23.

* Perfil de la supervisora de auxiliares de salud

Escolaridad: Auxiliar o Técnico.

Disponibilidad para viajar a las comunidades rurales que integran el módulo.

Experiencia: En actividades de campo, supervisión y capacitación mínimo un año.

De preferencia ser residente de la localidad que se selecciona cabecera de módulo.

Habilidad para: - Establecer enlace entre el Sistema de Salud institucional y tradicional.

- Establecer comunicación con líderes de la comunidad.

- Identificar áreas problema a las cuales debe darse solución.

- Mejorar la cantidad y calidad del trabajo realizado por el auxiliar de salud mediante la asesoría que proporcione.

Capacidad para: - Programar, organizar y controlar con otros

trabajadores de salud, las actividades que se llevan a cabo en las comunidades rurales que están bajo su responsabilidad.

- Proporcionar atención selectiva y referencia de usuarias de métodos anticonceptivos. (42)

2.5.2 Auxiliar de Salud

la prestación de servicios de salud a la población rural dispersa a cargo de un agente de salud propuesto formalmente - por la comunidad representa la base sin la cual no sería posible garantizar el acceso a los servicios de salud en las comunidades de menos de 2,500 habitantes.

El Auxiliar de salud es la denominación que se da al personaje de la localidad que ha venido resolviendo problemas en su comunidad y que goza del reconocimiento de esta. La identificación, selección, capacitación y supervisión de este agente de salud son las etapas por las que deberá cursar a fin de convertirse en el auxiliar de salud.

El interés hacia el trabajo que deberá realizar por su comunidad, el saber leer y escribir, contar con el apoyo de sus familiares y la asesoría del supervisor y coordinador médico jurisdiccional constituyen elementos básicos para que el tra-

bajo del auxiliar de salud sea efectivo. A continuación se presenta un listado de características que han demostrado -- ser necesarios para seleccionar a un candidato a auxiliar de salud y las actividades que se espera realice y derivados de de estas sus tareas, cuya finalidad es contribuir a resolver los problemas de salud que aquejan principalmente al grupo - de mujeres y niños. (43)

* Perfil del auxiliar de salud.

La selección del auxiliar de salud se realiza en forma conjunta con la comunidad, lo que permitirá establecer los requisitos indispensables y los opcionales con base en las siguientes características:

- Ser oriundo o residente de la localidad rural en la que -- prestará los servicios.
- Ser líder natural y participar en acciones en bien de la - comunidad.
- Mostrar interés por el trabajo que se desarrollará en la - comunidad.
- Disponer de un tiempo mínimo de cuatro horas diarias para

(43) Secretaría de Salud, Op. cit., pág. 37.

el desarrollo de sus actividades.

- Ser propuesta por la comunidad para desempeñar el trabajo de auxiliar de salud.
- Resultado de entrevistas y examen satisfactorio.
- Tener de 20 a 45 años de edad.
- Ser casado o soltera.
- Saber leer y escribir o tener educación primaria.
- Contar con el apoyo de sus familiares hacia el trabajo a desarrollar.
- Contar con el apoyo y asesoría del supervisor de auxiliar de salud y del coordinador médico de planificación familiar de la jurisdicción. (44)

(44) Secretaría de Salud, Op. cit., pág. 37.

2.6 CAPACITACION

La supervisora de auxiliar de salud, al ser responsable de - brindar el apoyo necesario a la auxiliar de salud en el de-- sempeño de sus labores, se vale de una serie de instrumentos por medio de los cuales ésta labor se les facilita. Dentro de estos instrumentos se encuentra la capacitación o adistramiento del personal.

Dado que la actividad principal de la auxiliar de salud es - la prestación de servicios a su comunidad, es importante que cuente con los conocimientos, habilidades y actitudes, que - garanticen en la mayor medida posible la calidad en la pres- tación y promoción de dichos servicios.

Con objeto de ubicar con mayor precisión la función del capa citador es importante señalar que cualquier acción que invo- lucre algún evento del proceso de la capacitación, está nece- sariamente dentro del marco que implica la educación. Enten diendo por educación un proceso que incluye las característi cas propias del individuo y la influencia del medio que lo - rodea. (45)

2.6.1 CONCEPTO

(45) S.S.- D.G.P.F., Op. cit., p. 114

Acción destinada a desarrollar las aptitudes del trabajador con el propósito de prepararlo para desempeñar adecuadamente una ocupación o puesto clave de trabajo. Su cobertura abarca, entre otros, los aspectos de atención, análisis, actitudes y valores de los individuos: respondiendo sobre todo a las áreas del aprendizaje cognositiva y afectiva. (46)

Sin pretender ser complejos definiendo la función de capacitación, queremos ofrecer el siguiente concepto "La capacitación consiste en una actividad planeada y basada en necesidades reales de una institución y orientada hacia un cambio en los conocimientos, habilidades y actitudes del colaborador". (47)

La capacitación es la instrucción que se da con el fin de -- convertir las aptitudes innatas del individuo en capacidades concretas para un puesto determinada. La capacitación es la información teórica y la experiencia práctica individual y -- gradual que recibe el empleado para que lleve a cabo su trabajo en la mejor forma posible. (48)

En la capacitación no solo se pretende aprender una cantidad de conocimientos, si no también actitudes, habilidades y conductas. El aprendizaje casi siempre se traduce en desarro--

(46) Arias Galicia F., Administración de Recursos Humanos, p.

172.
(47) Siliceo M., Capacitación y Desarrollo del personal, p.15

(48) Balseiro L., Introducción a la Administración p.121

llo de habilidades y destrezas que modifican actitudes y conductas.(49)

2.6.2 DETECCION DE NECESIDADES DE CAPACITACION

Objetivos.

- Proporcionar bases para nuevos planes y programa en toda la institución y en sus diversos sectores.
- Proporcionar bases para revisar y mejorar planes programas ya existentes.
- Facilitar la toma de decisiones sobre distribución y asignación de los recursos disponibles para la capacitación y adiestramiento.
- Justificar, o bien, cuestionar la aplicación de recursos a ciertas necesidades supuestamente necesarias. (50)

Clases de Necesidades

Desde el punto de vista de su amplitud, se distinguen tres áreas:

- Necesidades de la institución (organizacionales)
- Necesidades de área (ocupacionales)

(49) Rodríguez M., Liderazgo, p. 8.

(50) Rodríguez Estrada M., Administración de la Capacitación, p. 65

- Necesidades de un Trabajador (individuales)

Desde una perspectiva temporal se distinguen:

- Necesidades urgentes
- Necesidades a corto plazo
- Necesidades de desarrollo a largo plazo

Desde la perspectiva de las raíces y orígenes de los problemas se clasifican:

- Necesidades de conocimientos, de habilidades, actitudes.
- Necesidades por carencias en las estructuras y políticas de la institución.
- Necesidades por carencia en el equipo material (instalaciones, instrumentos etc.)
- Necesidades en el renglón de salarios. (51)

Necesidades de capacitación es la diferencia entre el desempeño real y el requerido en determinada actividad de la institución, en la que el mejoramiento en la capacitación constituye la manera más económica de eliminar esa diferencia.

Al hablar de necesidades de capacitación y adiestramiento se puede decir que éstas se refieren a las carencias que los --

(51) Ibidem p. 64

trabajadores tienen para desarrollar su trabajo de manera adecuada dentro de la organización. Por tanto la detección de necesidades de capacitación y adiestramiento debe ser comparativo entre la manera apropiada de trabajar y la manera como realmente se trabaja. (52)

Debe tenerse mucho cuidado y diferenciar las necesidades de desarrollo de personal y la administrativas. Si una persona sabe como proceder debidamente pero no lo hacer porque no -- dispone de los suministros y equipos necesarios; la necesidad es más administrativa que educativa.

Realmente es difícil descubrir con aciertos cuáles son las necesidades que, en materia de capacitación, hay que satisfacer. Ya se ha señalado que una institución debe satisfacer las necesidades presentes y prever adelantarse a las necesidades futuras. Esto señala que se deben precisar, en primer término, las necesidades presentes a corto plazo y, en seguida, a mediano y largo plazo; estando estas últimas, comprendidas dentro un sano concepto de desarrollo de la organización.

Sin la investigación previa de las necesidades, nunca se podrá pensar siquiera en la programación de ningún curso. En -

(52) Mendoza A., Manual para determinar Necesidades de Capacitación, p. 31

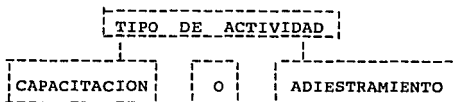
(53) Ann Marriner, Manual para administración de Enfermería,

este orden de ideas la capacitación tiene básicamente dos ra zones de ser; por un lado, satisfacer necesidades presentes de la institución con base en conocimientos, actitudes y por otro, preveer, situaciones que deban resolver con anticipación.

Especialmente, la institución desea que sólo se imparta capa citación en la medida y dosis necesarias en cada caso. Esta actitud, si bién es justa al limitar la función, por tanto - ceñir su presupuesto y no gastar inútilmente en cursos super fluos e inecesarios, debe ser una norma de trabajo de todo - capacitador. (54)

2.6.3 SELECCION DEL TIPO DE ACTIVIDAD EDUCATIVA

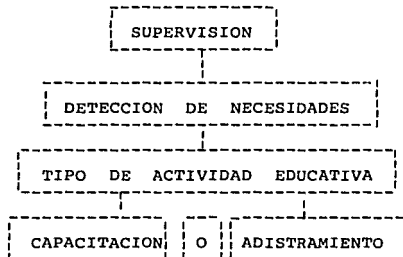
Es importante mencionar que la organización y desarrollo de toda acción educativa dependerá del tipo de actividad a efec tuar:



Para definir cual de estos se va a realizar es necesario par tir de la detección de necesidades de capacitación que exis-

ten en la población.

Para realizar la detección de necesidades se requiere conocer las carencias que tiene las personas para desarrollar su trabajo en forma adecuada, para lo cual, el capacitador cuenta con medios como la supervisión. (55)



Através de los mecanismos de que se vale la supervisión, la supervisora de auxiliares de salud puede centrarse en analizar el desempeño de la auxiliar de salud en:

- Sus tareas diarias como las diversas atenciones que presten a la usuaria.
- Actividades que realiza en forma eventual, como el censo poblacional.

Apartir de lo cual la supervisora determinará las causas por las que el desempeño no es adecuado; causas que sirven de base para que pueda definir los puntos en que es necesario capacitar o adiestrar a la auxiliar.

Una vez realizada la detección, el capacitador deberá especificar a que área del conocimiento corresponde la conducta -- que busca modificar, ya que la organización y ejecución de la capacitación se debe efectuar en torno al cambio que se pretende lograr en el paciente.

El proceso de la capacitación, se dirige a cualquiera de las tres áreas del conocimiento que posee todo individuo, las cuales son:

AREA CONGNOSITIVA.- Se refiere a la memoria o recuerdo de conocimientos y al desarrollo de habilidades y capacidades -- (orden intelectua).

AREA AFECTIVA.- Se refiere a los cambios en intereses, actitudes, valores y desarrollo de apreciaciones del individuo -- (orden emocional).

AREA PSICOMOTORA.- Se refiere a la habilidad motora o muscular.

A partir de esta selección se determina si la acción educativa corresponde a capacitación o adiestramiento.

Se entiende por capacitación al proceso educativo, encaminado a proporcionar conocimientos, desarrollar habilidades mentales y cambiar actitudes (áreas cognoscitiva y afectiva).

Por otro lado, se entiende por adiestramiento un proceso mediante el cual se proporciona agilidad en habilidades adquiridas mediante la práctica más o menos prolongada de la misma (área psicomotora).

2.6.4 ESTRATEGIAS DE CAPACITACION

Toda capacitación o adiestramiento sigue tres estrategias básicas en su desarrollo. La estrategia a seguir depende de las necesidades detectadas en la población a capacitar, lo que determinará la forma de organización, ejecución y finalidad de la acción educativa. Estas estrategias son:

- Capacitación en servicio.
- Capacitación formal.
- Capacitación continua. (56)

* Capacitación en servicio.

El adiestramiento en servicio se define como una actividad - permanente, individual o de grupo, organizada y desarrollada en lugares de trabajo con el fin de orientar, enseñar y asesorar al personal en los principios y técnicas básicas prácticas en la función que desempeñe.(57)

Además son entendidas como aquellas actividades que directamente se relacionan con el trabajo cotidiano, pueden ser concebidas en forma sistemática y transformadas en un entrenamiento permanente. En este caso, la ayuda de los instructores del centro de capacitación es clave, pero es más importante aún el compromiso que el jefe debe tener al respecto; en síntesis, todo jefe debe ser líder en materia de capacitación y desarrollo.(58)

* Capacitación Formal

Es aquella que se imparte en una aula establecida, con un -- grupo de instructores y cuya finalidad, temas a tratar, materiales y actividades se encuentran previamente delimitados. A este tipo de capacitación generalmente se le designa bajo el término de curso.

* Capacitación Continua.

(57) Balserio Lasty, Op. cit., p. 19

(58) Siliceo A., Op. cit., p. 26

Como parte del proceso de capacitación los conocimientos proporcionados, las habilidades adquiridas y los cambios de actitudes brindados, deben seguir una continuidad que garantice el aprendizaje.(59)

2.6.5 EVALUACION

Las etapas que de acuerdo con la lógica, deben seguir para tener éxito en la función de capacitación son:

- 1) Investigación para determinar las necesidades reales que existan o que deban satisfacerse a corto, mediano y largo plazo.
- 2) Una vez señaladas las necesidades que han de satisfacerse fijar los objetivos que se deben lograr.
- 3) Definir que contenidos de capacitación son necesarios, es decir, que temas, que materias y áreas deben ser cubiertas en los cursos.
- 4) Señalar la forma y método de instrucción adecuado al curso.
- 5) Una vez determinado el contenido y formación del curso se deberá evaluar.

(59) S.S.- D.G.P.F., Op. cit., p. 119

6) El seguimiento o continuación de la capacitación. (60)

La evaluación es el proceso a través del cual, tanto instructores como participantes, pueden medir el grado de cumplimiento de los objetivos sus propósitos son:

- Determinar la eficiencia del curso de capacitación o adiestramiento de cada uno de sus módulos y eventos.
- Motivar al participante, dándole la oportunidad de conocer su nivel de instrucción y así mejorarlo.
- Diagnosticar el nivel de conocimientos de los participan--tes para ajustar el contenido didáctico del curso.
- Hacer del conocimiento de los participantes las destrezas y capacidades junto con los conocimientos que deben adquirir para dominar la materia.
- Estimar las diferencias individuales entre los participan--tes. (61)

Para que la evaluación permita verificar si efectivamente se cumplen los objetivos del aprendizaje, deberá realizarse en varias etapas del proceso.

(60) Siliceo., Op. cit., p. 53

(61) Guía técnica para formulación de planes y programas de capacitación... p. 64

Evaluación inicial o diagnóstica. Es la que mide cuantitativamente o cualitativamente, los conocimientos y habilidades que poseen los participantes al principio de la capacitación en relación al tema que se va a tratar; la experiencia laboral, las necesidades y actitudes respecto al mismo. A partir de ella, se establecerá el nivel al que debe iniciarse la capacitación.

Evaluación durante el programa o de ajuste. Es la proporción al instructor información constante acerca de los logros que van teniéndose para hacer los ajustes necesarios.

De esta manera, el instructor obtiene información acerca de los conocimientos adquiridos por los participantes y del nivel de ejecución de los mismos.

Evaluación final. Es la que permite medir al grado en que se cumplieron los objetivos del curso.

Es importante hacer hincapié en que, a través de estas experiencias, el instructor obtendrá datos para la formulación de capacitación. (62)

(62) Ibidem, p. 65

METODOLOGIA

3. METODOLOGIA

3.1 VARIABLES Y SUS INDICADORES

VARIABLES INDEPENDIENTES:

A) Criterios de prescripción

- Indicadores
- Edad
 - Edad de inicio de vida sexual activa
 - Paridad
 - Período intergenesico más reciente

B) Métodos Anticonceptivos

- Indicadores:
- Tipo de anticonceptivo hormonal
 - Personal que prescribe el método
 - Tiempo de uso
 - Frecuencia en la realización de introgatorio y exploración física
 - Frecuencia y uso alternado de anti--ceptivos hormonales

VARIABLES DEPENDIENTES

A) Reacciones Colaterales

- Indicadores:
- Cefalalgia
 - Tensión nerviosa
 - Mareos
 - Nauseas
 - Cloasma facial
 - Aumento de peso
 - Amenorrea
 - Dismenorrea
 - Hipermenorrea
 - Edema de miembros inferiores
 - Otros

3.2 TIPO DE DISEÑO

3.2.1 Tipo

El tipo de investigación que se realiza es observacional, retrospectiva, descriptiva, transversal y comparativa.

La investigación es observacional debido a que se percibió directamente el fenómeno de estudio, es comparativa por que se presenta una relación entre variables y grupos de estudio. Además para la captación de usuarias y la obtención de datos

se reviso la carpeta de control de mujeres del programa de - Planificación Familiar para posteriormente acudir con ellas lo que hace a la investigación de tipo retrospectiva y descriptiva. Es de carácter transversal ya que se examino a - los diferentes grupos de estudio solo durante la estancia de las pasantes en el servicio social.

3.2.2 Diseño

En cuanto al diseño, se siguió el plan de investigación propuesto en la asignatura de seminario de tesis impartida en - la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. En la elaboración de dicho plan se incluyo: El enunciado del fenómeno a investigar; planteamiento del problema, determinación - de los objetivos y/o hipótesis, elaborar el marco teórico, - operacionalización de variables, selección de metodología, - diseño de instrumentos, realizar el análisis e interpretación de resultados, para finalmente plantear conclusiones y alternativas de solución. Publicación de resultados.

3.3 METODOS, TECNICAS E INSTRUMENTOS

3.3.1 Fichas de trabajo

Este instrumento permitió ordenar y clasificar el material recopilado acerca del problema en estudio, incluyendo las referencias bibliograficas del mismo.

3.3.2 Observación.

Esta técnica evita deformaciones, prejuicios y la emotividad ya que se presencia el problema de estudio sin modificar la realidad.

3.3.3 Entrevista.

Esta técnica permitió establecer testimonios orales, mediante una relación directa con el entrevistado. Para lo cual se elaboró un instrumento que guio el desarrollo de la investigación; el cuestionario tipo 1 con folio 001 hasta el 100 aplicado a usuarias de métodos anticonceptivos hormonales del programa de Planificación Familiar, de los módulos de Tarímbaro y Uruétaro, Michoacán. (ver anexo no. 1)

3.3.4 Cuestionario,

Es el instrumento correcto de la observación ya que reúne los datos esenciales a observar del objeto de estudio. Para tal efecto se diseño el cuestionario tipo 2 con folio 01 al 22 aplicado a dos Supervisoras de Auxiliares de Salud y 20 Auxiliares de Salud específicamente de los módulos de Tarímbaro y Uruétaro Michoacán, posteriormente se realizó un análisis comparativo entre este personal. (ver anexo no. 2)

3.4 UNIVERSO, POBLACION Y MUESTRA

El universo esta constituido por 270 usuarias del programa - de Planificación Familiar que varían en número y tipo de método (anticonceptivos orales, inyectables, dispositivo intrauterino, preservativo, salpingoclasia).

La muestra de estudio esta constituida por 100 usuarias que corresponden al total de mujeres en control con anticonceptivos hormonales en el programa de Planificación Familiar. La muestra seleccionada cumplió con las siguientes características: Usuarías que pertenecieran al programa de Planificación Familiar, de la Estrategia de Extensión de Cobertura que utilizan anticonceptivos hormonales ya sea orales o inyectables como método de control de natalidad, con un tiempo mínimo de uso de 4 meses.

Por otro lado, forman parte de la muestra 2 Supervisoras y 20 Auxiliares de salud específicamente de los módulos de Tarímbaro y Uruétaro de la Jurisdicción Sanitaria no. I de Morelia Michoacán.

3.5 PROCESAMIENTO DE DATOS

Este se realizó siguiendo el método estadístico, es decir efectuandose la recolección y codificación de datos, integrando los resultados en grupos homogéneos presentados en tablas y gráficas para realizar un análisis comparativo, posteriormente se elaboraron conclusiones y se plantearon alternati-

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA 79

vas de solución. Finalmente se integró un documento que ser
virá de Tesis recepcional para obtener el título de Licencia
das en Enfermería y Obstetricia y de ser posible publicarlo
en una revista de divulgación científica.

RESULTADOS

TABLA NO. I

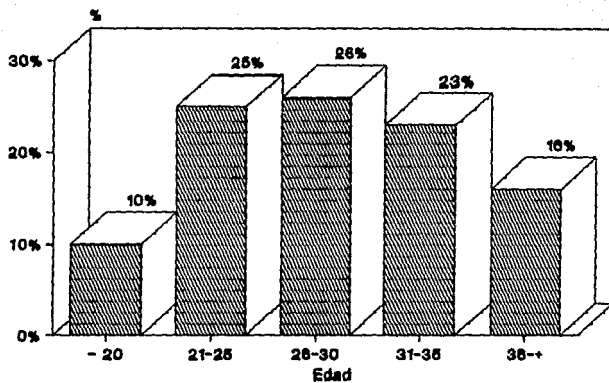
Edad de las usuarias de Planificación Familiar -
en los módulos de Tarímbaro y Uruétaro Michoacán
1991.

Edad	Fo.	%
- 20	10	10
21 - 25	25	25
26 - 30	26	26
31 - 35	23	23
36 - +	16	16

fuelle; Cuestionario tipo 1 aplicado a usuarias de métodos anticonceptivos hormonales en la Jurisdicción Sanitaria no. I de Morelia Michoacán durante el mes de Septiembre y Octubre de 1991,

GRAFICA NO. I

Edad de las usuarias de Planificación Familiar en los módulos de Tarímbaro y Uruétaro, Michoacán 1991.



Fuente: Tabla - I

NOTA: Las siguientes interpretaciones corresponden a los datos obtenidos de 100 usuarias a quién se les aplicó el cuestionario tipo 1. Todas ellas corresponden al programa de -- Planificación Familiar de la Estrategia de Extención de Cobertura de los módulos de Tarímbaro y Uruétaro, Michoacán.

En cuanto a la edad de mayor incidencia de las usuarias de Planificación Familiar lo ocupa el intervalo de 26 a 30 años con un 26%, siguiendo el de 21 a 25 años con un 25% y un 23% el de 31 a 35 años lo que suma un 74% en total de usuarias - que se encuentran en edad económicamente activa. Por otra - parte un 16% se encuentra en el intervalo de 36 años y más - lo que significa que las mujeres de las comunidades rurales - ya adoptan una conciencia positiva al utilizar un método de control para su fertilidad ya que prolongar la vida más allá de los 35 años de edad implica riesgos para la salud materna e infantil.

Así también es representativo el 10% de mujeres menores de - 20 años que han utilizado un método de control de la natalidad. Es conveniente que las usuarias esten bien informadas - sobre la eficacia, ventajas, desventajas, efectos colaterales de los anticonceptivos para lograr un adecuado control de - ellas mismas, que les reditue condiciones más favorables de salud, durante el uso correcto del método conforme a sus -- características. (Ver tabla y gráfica No. I. p. 81 - 82)

TABLA NO. II

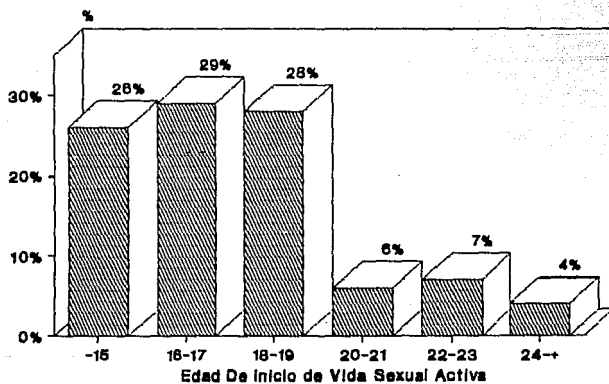
Edad de inicio de vida sexual activa de las usuarias de Planificación Familiar en los módulos de Tarímbaro y Uruétaro, Michoacán 1991.

Edad de inicio de vida sexual activa	Fo.	%
- 15	26	26
16 - 17	29	29
18 - 19	28	28
20 - 21	6	6
22 - 23	7	7
24 - +	4	4
Total	100	100 %

FUENTE: IBIDEM

GRAFICA NO. II

Edad de inicio de vida sexual activa de las usuarias de Planificación Familiar en los módulos de Tarímbaro y Uruétaro Michoacán, 1991.



Por lo que toca a la edad de inicio de vida sexual activa el mayor porcentaje corresponde a la edad de 16 a 17 años con un 29%, siguiendo el intervalo de 18 a 19 años con un 28% y el intervalo de menos de 15 años con un 26% lo que hace un total de 83% de usuarias que iniciaron su vida sexual activa en plena etapa de adolescencia y adulto joven, ya que los roles sociales establecidos en el medio rural influyen en la decisión de contraer matrimonio tempranamente, obligando a integrarse a la comunidad con una participación de adulto, aunque biológicamente no se este apto.

Por otra parte la adolescencia se ubica entre la infancia y la edad adulta donde se presentan grandes demandas biológicas que asociadas al inicio temprano de la reproducción en la mujer traen consigo trastornos importantes inmadures biológica tanto para la vida materna como infantil. (Ver tabla y gráfica II. p. 84 - 85)

TABLA NO. III

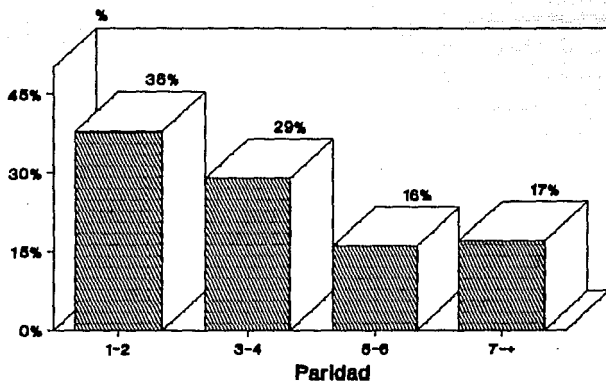
Paridad de las usuarias de Planificación Familiar en los módulos de Tarímbaro y Uruétaro Michoacán 1991.

Paridad	Fo.	%
1 - 2	38	38
3 - 4	29	29
5 - 6	16	16
7 - +	17	17
Total	100	100 %

FUENTE: IBIDEM

GRAFICA NO. III

Paridad de las usuarias de Planificación Familiar en los módulos de Tarímbaro y Uruétaro, -
Michoacán, 1991.



Fuente: Tabla - III

Referente a la paridad el mayor porcentaje de usuarias tienen de 1 a 2 hijos con un 38% siguiendo el intervalo de 3 a 4 hijos con un 29%, lo que da un 67% de señoras que tienen de 1 a 4 hijos encontrándose en plena etapa de actividad reproductiva. En el medio rural todavía es frecuente formar familiar numerosas, como se observa en la tabla con un 33% de mujeres que cuentan con una paridad de más de 5 hijos; hay que tomar en cuenta que esta situación repercute en el bienestar de las familias, si se considera que para formar una familia influyen factores socioeconomicos y culturales que al no tomarse en cuenta afecta la integración familiar. Así se tiene que uno de los objetivos de la Planificación Familiar es disminuir los niveles de fecundidad con pleno respeto a la desición y dignidad de parejas, lo que conlleva a mejorar los niveles de vida y sobre todo resguardar la salud materna e infantil. (Ver tabla y Gráfica No. III p. 87 - 88)

TABLA NO. IV

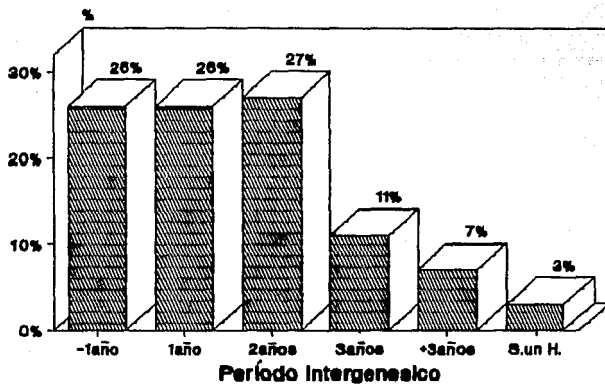
Período intergenesico más reciente de las -
 usuarias de Planificación Familiar en los mó
 los de Tarímbaro y Uruétaro Michoacán 1991.

Período intergenesico	Fo.	%
- 1 año	26	26
1 año	26	26
2 años	27	27
3 años	11	11
+ 3 años	7	7
Solo un hijo	3	3
Total	100	100 %

FUENTE: IBIDEM

GRAFICA NO. IV

Período intergenesico en los últimos embarazos de las usuarias de Planificación Familiar en los módulos de Tarímbaro y Uruétaro, Michoacán 1991.



En relación al período intergenesico más reciente de las usuarias de Planificación Familiar el mayor porcentaje lo ocupa el intervalo de 2 años con un 27%. Continúan los intervalos de menos 1 año y 1 año con un 26% cada uno, esto suma un 52% de señoras que esperan un máximo de 1 año para su próximo embarazo.

Los períodos de 3 años y más hacen solo un 18%. El ampliar el intervalo de tiempo entre embarazos sucesivos a un mínimo de 3 años a partir del anterior, mejora las condiciones de salud materna, al permitir que el organismo de la mujer restablezca sus funciones, anatómicas y fisiológicas debidamente, permite un mejor desarrollo de los hijos, al mismo tiempo adapta el orden cronológico de los nacimientos a las edades de los padres y estos tienen una mejor atención en la solución de necesidades para con ellos, así mismo también se determina el número de miembros que constituirá la familia, dando mayor oportunidad a las parejas de ofrecer un futuro más sólido económicamente. (Ver tabla y gráficas No. IV, p. 90 - 91)

TABLA NO. V

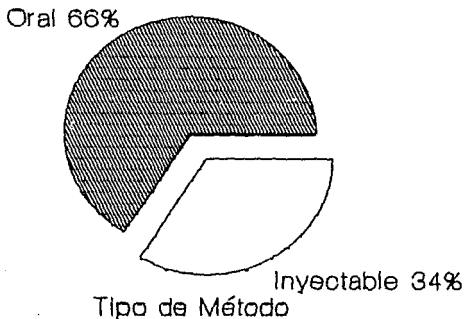
Método anticonceptivo hormonal utilizado
por usuarias de Planificación Familiar -
en los módulos de Tarímbaro y Uruétaro -
Michoacán 1991.

Tiempo de uso	FO.	%
Inyectable	34	34
Orales	66	66
Total	100	100 %

FUENTE: IBIDEM

GRAFICA NO. V

Tipo de método anticonceptivo hormonal utilizado por usuarias de Planificación Familiar en los módulos de Tarímbaro y Uruétaro, Michoacán 1991.



En cuanto al método anticonceptivo hormonal utilizado por usuarias de Planificación Familiar se observa una gran diferencia ya que el uso de inyectables es de un 34% y el uso de orales ocupa un 66%. La necesidad de anticoncepción a corto y largo plazo, la adaptación sexual, la coexistencia de riesgos colaterales, así como la evolución de los resultados alcanzados con uso; son algunos de los criterios que determinan el uso de uno u otro método anticonceptivo.

Entre otros factores que influyen en la decisión del uso de anticonceptivos hormonales orales o inyectables se encuentran: La distribución y variedad de métodos en cada módulo de atención, el manejo de información con que cuenten Supervisoras y Auxiliares de Salud con respecto a las indicaciones, contraindicaciones, ventajas, desventajas y efectos colaterales. Sin dejar de tomar en cuenta la afinidad por prescribir determinados métodos, haciendo a un lado los criterios de prescripción. (Ver tabla y gráfica No. V. p.93 - 94) ..

TABLA NO. VI

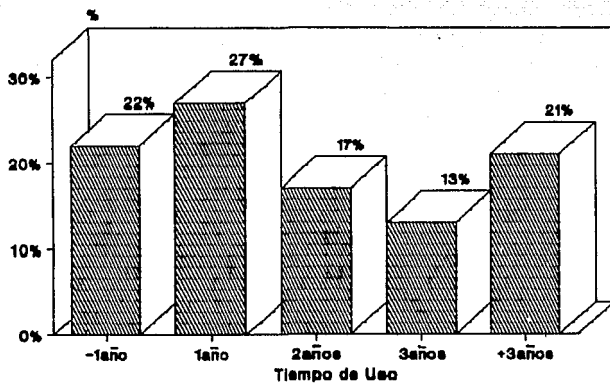
Tiempo de uso del anticonceptivo hormonal por usuarias de Planificación Familiar en los módulos de Tarímbaro y Uruétaro, Michoacán 1991.

Tiempo de uso	Fo.	%
- 1 año	22	22
1 año	27	27
2 años	17	17
3 años	13	13
+ 3 años	21	21
Total	100	100 %

FUENTE: IBIDEM

GRAFICA NO. VI

Tiempo de uso del anticonceptivo hormonal por usuarias de Planificación Familiar en los módulos de Tarímbaro y Uruétaro, Michoacán 1991.



Fuente: Tabla - VI

En relación al tiempo de uso de anticonceptivos hormonales - se encuentra que el mayor porcentaje lo ocupa el intervalo - de 1 año con un 27%, continuando el de menos de un año con - un 22% y un 17% con un tiempo de uso de 2 años.

Por otra parte es notorio que un 34% de mujeres cuentan con un tiempo de uso de más de 3 años, ubicandolas en riesgo de sufrir algún tipo de complicación por tiempo de uso prolongado.

Existe la necesidad de un método anticonceptivo eficaz, seguro y reversible que disminuya el abandono del método y aumenta la aceptación del mismo, por lo que es necesario elegir - el tipo de anticonceptivo idóneo a las características de - cada usuaria. (Ver tabla y gráfica VI. p. 96 - 97)

TABLA NO. VII

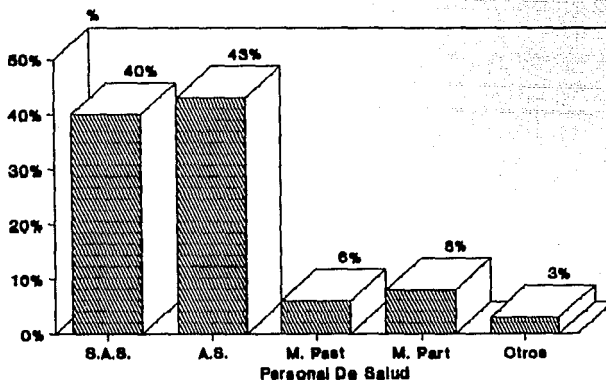
Personal de salud quien indicó el método anticonceptivo a las usuarias de Planificación Familiar en los módulos de Tarímbaro y Uruétaro Michoacán 1991.

Personal de Salud	FO.	%
Supervisora de Auxiliares de Salud	40	40
Auxiliares de Salud	43	43
Médico Pasante del Centro de Salud	6	6
Médico Particular	8	8
Otros	3	3
Total	100	100 %

FUENTE: IBIDEM

GRAFICA NO. VII

Personal de salud quien indico el método anti-conceptivo a las usuarias de Planificación Familiar en los módulos de Tarímbaro y Uruétaro, Michoacán 1991.



Claves:

S.A.S. = Supervisora de Auxiliares de Salud

A.S. = Auxiliar de Salud

M. Past. = Médico Pasante del Centro de Salud

M. Part. = Médico Particular

En relación al personal que prescribe el método, se puede apreciar que las auxiliares de salud son quienes indican más frecuentemente métodos anticonceptivos hormonales con un 43% a su vez con un mínima diferencia continúan las supervisoras de auxiliares de salud con un 40%, siguiéndole con un 17%: - médicos particulares, médicos pasantes del centro de salud, y otros.

Se puede observar que entre Supervisoras y Auxiliares de salud suman un 83% en la indicación de métodos anticonceptivos hormonales a usuarias de Planificación Familiar, por lo que recae en ellas la mayor responsabilidad en la prescripción de métodos. Esto obliga a que el personal de salud este en constante capacitación sobre aspectos del programa. (Ver ta bla y gráfica VII , p. 99 - 100)

TABLA NO. VIII

Frecuencia en la realización de interrogatorio y exploración física por parte de Supervisoras y Auxiliares de Salud a usuarias de Planificación Familiar en los módulos de Tarímbaro y Uruétaro Michoacán 1991.

Realización de interrogatorio y Exploración física.	Fo.	%
SI	38	38
NO	62	62
Total	100	100 %

FUENTE: IBIDEM

GRAFICA NO. VIII

Frecuencia en la realización de interrogatorio y exploración física por parte de Supervisoras y Auxiliares de Salud a usuarias de Planificación Familiar en los módulos de Tarímbaro y Uruétaro, Michoacán 1991.



Al hacer referencia sobre el interrogatorio y exploración fisica, el mayor porcentaje corresponde a un 62% de usuarias, quienes reportan que no se les realiza, el otro 38% de mujeres señalan que si es llevado a cabo, pero hay que tomar en cuenta que si lo realizan este no es completo; ya que existen situaciones que lo impiden como: deficiencias en la planeación de actividades por parte de Supervisoras y Auxiliares de salud, falta de habilidad para realizarlo, el no contar con el equipo indispensable, o en su defecto tener el equipo medico necesario y no saber usarlo.

Ahora bien se debe considerar que el interrogatorio y exploración física, son elementos indispensables para obtener un reconocimiento en las usuarias ya que ayuda a observar, identificar y excluir posibles complicaciones del uso de métodos anticonceptivos, de esta forma se corrobora lo que la usuaria reporta. Así también se debe realizar este examen como una medida indispensable para la entrega del método tanto a usuarias nuevas como activas. (Ver tabla y gráfica No. VIII, p. 102 - 103)

TABLA NO. IX

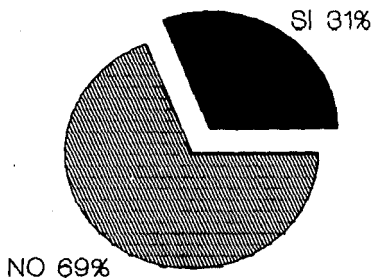
Frecuencia del uso alternado de métodos anti conceptivos hormonales por las usuarias de - planificación familiar en los módulos de Tarímbaro y Uruétaro, Michoacán 1991.

Frecuencia del uso alternado de métodos	Fo.	%
SI	31	31
NO	69	69
Total	100	100%

FUENTE: IBIDEM

GRAFICA NO. IX

Frecuencia del uso alternado de métodos anti--
conceptivos hormonales por las usuarias de -
Planificación Familiar en los módulos de Ta---
ríbaro y Uruétaro, Michoacán 1991.



Frecuencia del Uso Alternado

En cuanto al uso alternado de anticonceptivos hormonales, se observa que un 69% de las usuarias no lo hacen, pero un 31% de las mismas si lo han realizado, sin embargo este porcentaje está relacionado con el tipo de población masculina, en los cuales existen una migración importante en busca de fuentes de trabajo a otros lugares, obligando el abandono de su compañera sexual, suspendiendo el método aunque en algunas ocasiones este se realiza por solicitud de la propia usuaria así también por la escases en la dotación y distribución de métodos anticonceptivos por problemas en la estructura del programa. En esta situación no solo las usuarias tienen que ver con alteración de métodos, ya que las Supervisoras y Auxiliares de salud tienen cierta preferencia hacia alguno de ellos dandole mayor promoción, sin tomar en cuenta los criterios de prescripción. La indicación correcta, la evolución y resultados obtenidos por el uso de anticonceptivos hormonales; es la pauta para decidir si un método es el adecuado o no (Ver tabla o gráfica No. IX, p. 105 - 106)

TABLA NO. X

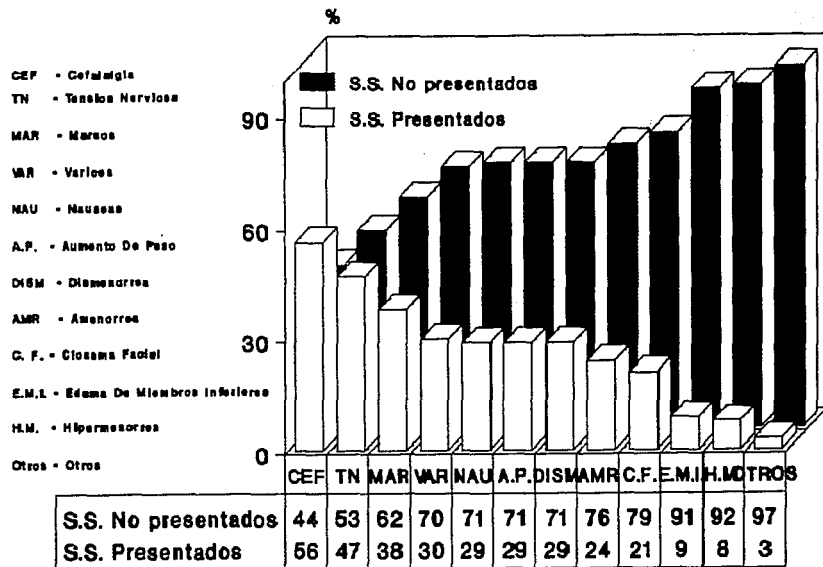
Signos y síntomas presentados durante el uso de anticonceptivos hormonales en las usuarias de - Planificación Familiar en los módulos de Tarímbaro y Uruétaro, Michoacán 1991.

Signos y Síntomas.	SI		NO		TOTAL	
	Fo.	%	Fo.	%	Fo.	%
Cefalea	56	56	44	44	100	100
Tensión Nerviosa	47	47	53	53	100	100
Mareos	38	38	62	62	100	100
Varices	30	30	70	70	100	100
Nauseas	29	29	71	71	100	100
Dismenorrea	29	29	71	71	100	100
Aumento de peso	29	29	71	71	100	100
Amenorrea	24	24	76	76	100	100
Cloasma Facial	21	21	79	79	100	100
Edema	9	9	91	91	100	100
Hipermenorrea	8	8	92	92	100	100
Otros	3	3	97	97	100	100

FUENTE: IBIDEM

GRAFICA NO. X

Signos y síntomas presentados durante el uso de anticonceptivos hormonales en las usuarias de Planificación Familiar en los módulos de Tarímbaro y Uruétaro, Michoacán 1991.



Fuente: Tabla - X

Respecto a los signos y síntomas presentados durante el uso de anticonceptivos hormonales en usuarias de Planificación Familiar. La cefalalgia se presenta en un 56% de las señoras y un 44% niega tenerla; siguiendo la presencia de tensión nerviosa con un 47% y un 53% negativo; los mareos se presentaron en un 38% y un 62% negaron sentirlos. Sin embargo es importante reflexionar que un 30% de las usuarias en estudio presenta varices y el 70% restante no; las náuseas, el aumento de peso y la dismenorrea se presentaron en un 29% cada uno y un 71% respectivamente la negaron, el cloasma facial se presentó en 21% de las usuarias y un 76% lo negó, el edema de miembros inferiores se manifestó positivamente en un 9% de las mujeres y un 91% negativo, la hipermenorrea se presentó un 8% y un 92% negativo, con relación a otros signos y síntomas solo se manifestaron en 3% de las usuarias y un 97% en forma negativa.

Al hacer mención del porque la presencia o manifestación de signos y síntomas en usuarias por el uso de anticonceptivos hormonales se debe tomar en cuenta las características del método, el estado físico de salud de las mujeres que lo utilizan así como la capacidad del personal que prescribe y vigila el uso del mismo. El personal de salud comunitario, debe tener una formación apropiada para colaborar en el programa de Planificación Familiar y metodología anticonceptiva, el cual se promueve en comunidades rurales, especialmente di

rigido a la población materna e infantil; por medio de un personal no profesional que conoce los problemas de salud de la comunidad a la que se le da el nombre de Auxiliar de salud, quien es capacitada por la Supervisora de Auxiliares de Salud. La Auxiliar tiene el compromiso con su comunidad de conocer el manejo correcto de la información y procedimientos para la prestación de servicios y dar orientación sobre el uso de anticonceptivos hormonales además de prescribirlos y llevar a cabo un registro de datos en cuanto a los posibles cambios y alteraciones que lleguen a presentar las usuarias. Del correcto cumplimiento de lo antes mencionado depende el éxito en la aceptabilidad y continuidad del uso de anticonceptivos por parte de las usuarias o por lo contrario se evitará identificar a tiempo cualquier problema en el organismo de la usuaria.

Tomando en cuenta que son sustancias exógenas al organismo, tienden a reaccionar de diferente forma en cada mujer. Por otro lado al idearse métodos para la supresión hormonal y de evitar el embarazo, el problema consistió en obtener combinaciones apropiadas de estrógenos y progestógenos capaces de suprimir la ovulación pero sin reducir efectos colaterales - debidos a las hormonas, a pesar de esto todavía se asocia a el uso de anticonceptivos con algunas reacciones colaterales. Sin embargo los signos y síntomas presentados en las usuarias en estudio, también son manifestaciones caracterís-

ticas de otros problemas de salud, por lo que se deben tomar en cuenta para discernir correctamente sobre cuales cambios se dan por el uso de anticonceptivos hormonales y que sintomatología es causa de otra patología. (Ver tabla y gráfica - No. X. p. 108 - 109)

TABLA NO. XI

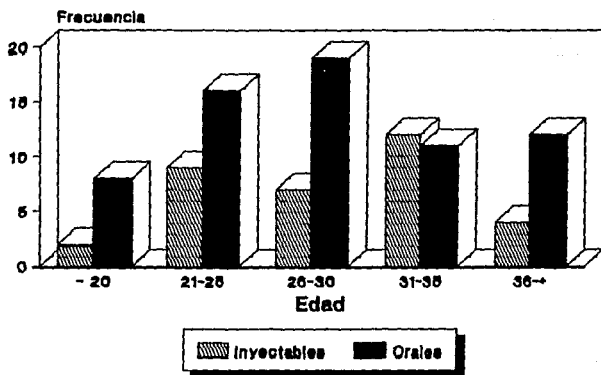
Edad y método utilizado por las usuarias
Planificación Familiar en los módulos de
Tarímbaro y Uruétaro Michoacán 1991.

Edad	Inyectables		Orales		total	
	Fo.	%	Fo.	%	Fo.	%
- 20	2	2	8	8	10	10
21 - 25	9	9	16	16	25	25
26 - 30	7	7	19	19	26	26
31 - 35	12	12	11	11	23	23
36 - +	4	4	12	12	16	16
Total	34	34	66	66	100	100%

FUENTE: IBIDEM

GRAFICA NO. XI

Edad y tipo de método en usuarias de Planificación Familiar en los módulos de Tarímbaro y Uruétaro, Michoacán 1991.



Fuente: Tabla - XI

Respecto a la edad y método utilizado por las usuarias en es tudio, se observa en relación al uso de inyectables que en el grupo de edad de 21 a 35 años es donde esta el mayor porcentaje en un 28%, mientras que el grupo de menos de 20 años existe un 2% de mujeres que usan inyectables. En el grupo de edad de 36 años y más solo un 4% hacen uso de esta.

Es importante mencionar que en esta investigación no se captó si el 34% de usuarias de inyectables ya tenían su paridad satisfecha y hay que tomar en cuenta que uno de los criterios para la prescripción de anticonceptivos inyectables corresponde a cumplir con esta indicación.

Con respecto a el uso de anticonceptivos orales el mayor porcentaje lo ocupan los grupos de edad de 21 a 35 años con un 46% y el de menos de 20 años solo un 8%. Sin embargo es notorio que en el grupo de 36 y más años un 12% de las usuarias los utilizan, siendo una contraindicación, ya que pasan el límite de edad permitido para el uso de anticonceptivos orales.

Para el uso de uno u otro anticonceptivo hormonal se deben tomar en cuenta las indicaciones y contraindicaciones así como las características de salud de la usuaria. Por lo que antes de iniciar el tratamiento debe efectuarse un detenido reconocimiento general.

Es importante mencionar que la prolongación de la vida reproductiva más allá de los 35 años de edad se asocia con complicaciones en el embarazo tales como: diabetes gestacional, toxemia, estado nutricional deficiente frecuencia en la aparición de Síndrome de Down y otras patologías que aunados a la multiparidad incrementan los factores de riesgo de morbilidad materna e infantil. (Ver tabla y gráfica No. XI, p. 113 - 114)

TABLA NO. XII

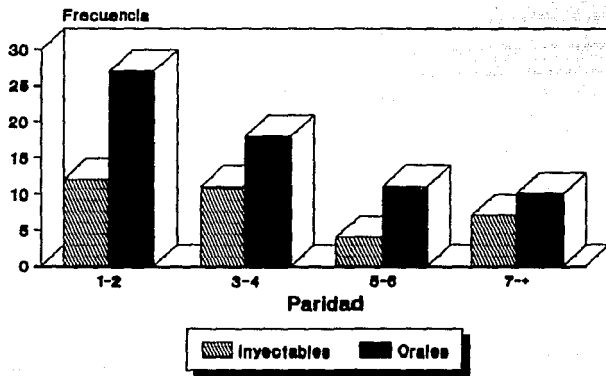
Paridad y método utilizado por usuarias de Planificación Familiar en los módulos de Tarímbaro y Uruétaro, Michoacán, 1991.

Paridad	Inyectables		Orales		total	
	Fo.	%	Fo.	%	Fo.	%
1 - 2	12	12	27	27	39	39
3 - 4	11	11	18	18	29	29
5 - 6	4	4	11	11	15	15
7 - +	7	7	10	10	17	17
Total	34	34	66	66	100	100%

FUENTE: IBIDEM

GRAFICA NO. XII

Paridad y tipo de método en las usuarias de -
Planificación Familiar en los módulos de Ta-
rimbaro y Uruétaro, Michoacán 1991.



Fuente: Tabla - XII

Con respecto a la paridad y método utilizado por usuarias de Planificación Familiar, se puede observar que las mujeres - que utilizan el inyectable tienen de 1 a 2 hijos en un 12%, continuando el intervalo de 3 a 4 hijos con un 11%, de 5 a 6 hijos un 4% y de 7 y más hijos un 7%. En relación al uso de anticonceptivos orales las mujeres que tienen una paridad de 1 a 2 hijos suman un 27%, en el grupo de 3 a 4 hijos ocupan un 18%, el de 5 a 6 hijos son un 11% y de 7 y más hijos un 10%. Se puede observar que el mayor porcentaje tanto pa ra inyectables como orales corresponde a las usuarias que - tienen de 1 a 2 hijos con un 39%. Sin embargo es notorio - que un 32% de usuarias de anticonceptivos todavía cuentan - con una familia numerosa ya que tienen más de 5 hijos.

La Organización Mundial de la Salud señala: que la Planifica ción Familiar se funda en prácticas para alcanzar determina- dos objetivos como: regular los intervalos entre embarazos, adaptar el orden cronológico de los nacimientos a las edades de los padres, determinar el número de hijos que constuira - la familia, mejorar la interacción del bienestar familiar; - donde se consideran los aspectos más íntimos y trascendentales del ser humano como es la transmisión de la vida, la se- xualidad, relación entre padres e hijos las aspiraciones per- sonales de la pareja y probablemente una muy importante; la salud materna e infantil. (Ver tabla y gráfica XII. p. 117 - 118)

TABLA NO. 1

Interrogatorio que realiza la Supervisora de Auxiliares de salud en la prestación del servicio a usuarias nuevas de pastillas en los módulos de Tarímbaro y Uruétaro Michoacán -- 1991.

Preguntas	SI		NO		Total	
	Fo.	%	Fo.	%	Fo.	%
¿Dolor de cabeza frecuente?	2	100	-	-	2	100
¿Esta dando pecho?	2	100	-	-	2	100
¿Esta embarazada o tiene duda?	2	100	-	-	2	100
¿Tiene sangrado vaginal abundante?	2	100	-	-	2	100

FUENTE: Guía de Capacitación Supervisión o Cuestionario tipo 2, aplicado a Supervisoras de Auxiliares de salud de la Jurisdicción No. I de Morelia Michoacán, durante el mes de Septiembre y Octubre de 1991.

TABLA NO. "A"

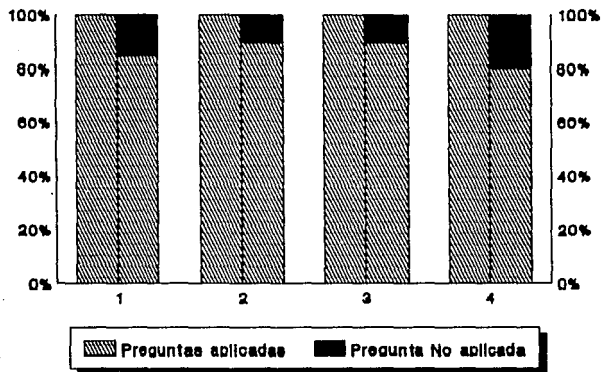
Interrogatorio que realiza la Auxiliar de Salud en la prestación del servicio a usuarias nuevas de pastillas en los módulos de Tarímbaro y Uruétaro, Michoacán 1991.

Preguntas	SI		NO		Total	
	Fo.	%	Fo.	%	Fo.	%
¿Dolor de cabeza frecuente?	17	85	3	15	20	100
¿Esta dando pecho?	18	90	2	10	20	100
¿Esta embarazada o tiene duda?	18	90	2	10	20	100
¿Tiene sangrado vaginal abundante?	16	80	4	20	20	100

FUENTE: Guías de Capacitación - Supervisión o cuestionario tipo 2, aplicado a Auxiliares de salud, De la Jurisdicción - Sanitaria No. I de Morelia Michoacán durante el mes de septiembre y Octubre de 1991.

GRAFICA NO. 1 Y "A"

Interrogatorio que realiza la supervisora y -
auxiliar de salud, en la prestación del servi-
cio a usuarias nuevas de pastillas en los módu-
los de Tarímbaro y Uruétaro, Michoacán 1991.



Claves:

- 1 ¿ Dolor de cabeza ?
- 2 ¿ Esta dando pecho ?
- 3 ¿ Esta embarazada o tiene duda ?
- 4 ¿ Tiene sangrado vaginal abundante ?

S = Supervisora

AS = Auxiliar de salud

Fuente: Tablas 1 y A

NOTA: Es conveniente aclarar que en la aplicación del instrumento de captación de datos tipo 2, se tomo en cuenta al personal de salud comunitario de los módulos de atención, en Tarímbaro y Uruétaro compuestos por dos Supervisoras y 20 - Auxiliares de Salud. Por lo cual la interpretación de tablas se realizará comparativamente manejando frecuencias.

Referente al interrogatorio que realizan Supervisoras y Auxiliares de Salud en la prestación del servicio a usuarias - nuevas se observa que ambas Supervisoras y 17 Auxiliares de Salud si mencionan si hay dolor de cabeza frecuentemente, - las 3 Auxiliares restantes lo omiten. Respecto a si estan - dando pecho y si esta embarazada o tiene duda las dos Supervisoras y 18 Auxiliares de Salud si lo aplican y 2 no. Continuando con el interrogatorio a usuarias respecto a si tienen sangrado vaginal abundante ambas supervisoras y 16 Auxiliares si lo realizan sin embargo 4 no.

Se puede apreciar que existe cierta relación en el interrogatorio realizado por supervisoras y Auxiliares de Salud, - aunque algunas Auxiliares omiten o ignoran algunos criterios para la prescripción de anticonceptivos hormonales .

Dentro de las contraindicaciones absolutas del uso de anticonceptivos hormonales las mujeres con un patrón menstrual irregular, existencia de sospecha de embarazo, lactancia y dentro de las relativas esta la presencia de migraña o dolores de cabeza frecuente. (Ver tabla y gráfica 1 y "A" p. 120 a 122)

TABLA NO. 2

Interrogatorio que realiza la Supervisora de Auxiliares de salud, en la prestación del servicio a usuarias nuevas de pastillas en los módulos de Tarímbaro y Uruétaro, Michoacán 1991.

Preguntas	SI		NO		TOTAL	
	Fo.	%	Fo.	%	Fo.	%
¿ Tiene más de 35 años ?	2	100	-	-	2	100
¿ Fuma más de 10 cigarrillos?	-	-	2	100	2	100
¿ Padece de ataques o Temblores ?	-	-	2	100	2	100
¿ Le han operado en el último mes?	2	100	-	-	2	100

FUENTE: IBIDEM

TABLA "B"

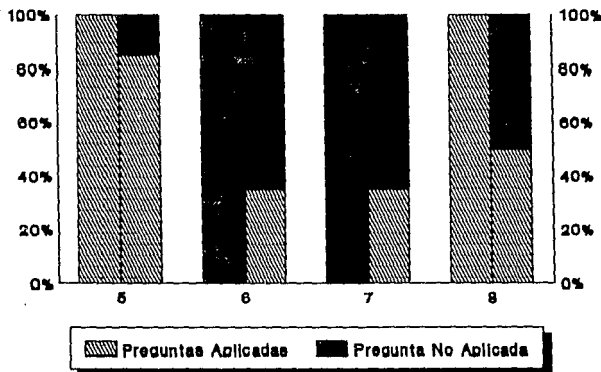
Interrogatorio que realiza la Auxiliar de salud en la Prestación del servicio a usuarias nuevas de pastillas en los módulos de Tarímbaro y Uruétaro, Michoacán 1991.

Preguntas	SI		NO		TOTAL	
	Fo.	%	Fo.	%	Fo.	%
¿ Tiene más de 35 años?	17	85	3	15	20	100
¿ Fuma más de 10 cigarri- llos al día ?	7	35	13	65	20	100
¿ Padece de temblores o a- taques ?	7	35	13	65	20	100
¿ Le han operado en el úl- timo mes ?	10	50	10	50	20	100

FUENTE: IBIDEM

GRAFICA NO. 2 Y "B"

Interrogatorio que realiza la Supervisora y -
auxiliar de salud, en la prestación del servi-
cio a usuarias nuevas de pastillas en los mō-
dulos de Tarímbaro y Uruétaro, Michoacán 1991.



Claves:

- 5 ¿ Tiene más de 35 años ?
 6 ¿ Fuma más de 10 cigarros al día ?
 7 ¿ Padece de ataques o temblores ?
 8 ¿ La han operado en el último mes ?

S = Supervisora

AS = Auxiliar de Salud

En relación al interrogatorio que realizan las Supervisoras y Auxiliares de salud, respecto a si tienen más de 35 años, tanto las dos Supervisoras como 17 Auxiliares lo hacen, solamente 3 no; por otra parte al mencionar si fuman más de 10 cigarrillos al día, ambas Supervisoras y 13 Auxiliares de salud lo omiten y solo 7 Auxiliares realizan esta observación; cuando interrogan a las usuarias sobre si padecen ataques o temblores, las dos supervisoras y 13 auxiliares no lo hacen, solamente la aplican 7 auxiliares de salud; por último con respecto a si la han operado en el último mes las 2 Supervisoras y 10 Auxiliares lo llevan acabo, las otras 10 lo omiten.

Al relacionar ambos interrogatorios se observa gran similitud en la aplicación de esta parte del interrogatorio, pero con respecto a conocer la edad de las señoras esta es imprescindible para poder abrir un calendario de control a usuarias nuevas, de esto depende prescribir un anticonceptivo hormonal inyectable u oral o en su defecto otro tipo de método. Referente a si las mujeres fuman así como otras interrogantes, no las realizan por que son obvias o pueden ser observadas a simple vista cuando la usuaria acude por su método o bien por que tanto Supervisoras como auxiliares de salud ya conocen su comunidad en diferentes aspectos de hábitos y costumbres. (Ver tabla y gráfica 2 y "B", p. 124 a 126)

TABLA NO. 3

Interrogatorio que realiza la Supervisora de Auxiliares de salud en la prestación del servicio a usuarias nuevas de pastillas en los módulos de Tarímbaro y Uruétaro Michoacán, 1991.

Preguntas	SI		NO		TOTAL	
	Fo.	%	Fo.	%	Fo.	%
¿ No puede mover algún brazo o pierna ?	-	-	2	100	2	100
¿ Esta enferma del corazón?	2	100	-	-	2	100
¿ Se le han puesto alguna vez los ojos y la piel amarillos ?	1	50	1	50	2	100

FUENTE: IBIDEM

TABLA "C"

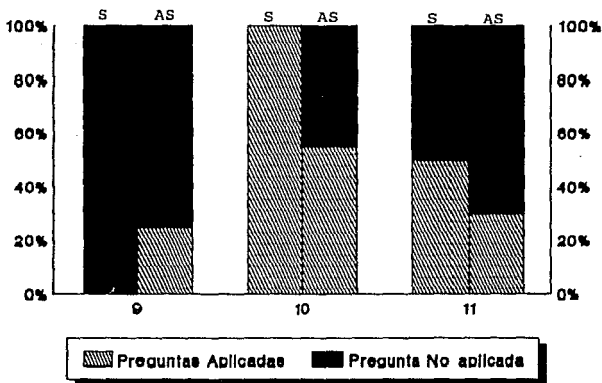
Interrogatorio que realiza la Auxiliar de Salud en la prestación del servicio a usuarias nuevas de pastillas en los módulos de Tarímbaro y Uruétaro, Michoacán 1991.

Preguntas	SI		NO		TOTAL	
	Fo.	%	Fo.	%	Fo.	%
¿ No puede mover algún brazo o pierna?	5	25	15	75	20	100
¿ Esta enferma del corazón ?	11	55	9	45	20	100
¿ Se le han puesto alguna vez los ojos y la piel amarillos ?	6	30	14	70	20	100%

FUENTE: IBIDEM

GRAFICA NO. 3 y "C"

Interrogatorio que realiza la supervisora y auxiliar de salud, en la prestación del servicio a usuarias nuevas de pastillas en los módulos de Tarímbaro y Uruétaro, Michoacán 1991.



Claves:

- 9 ¿ No puede mover algún brazo o pierna ?
 10 ¿ Esta enferma del corazón ?
 11 ¿ Se le han puesto alguna vez los ojos
 y la piel amarilla ?

S = Supervisora
 AS = Auxiliar de Salud

Fuente: Tablas 3 y C

Respecto al interrogatorio realizado por Supervisoras y auxiliares de salud en la prestación del servicio a usuarias nuevas, se observa referente a si no pueden mover algún brazo o pierna, solo 5 auxiliares de salud la aplican y 2 Supervisoras y 15 Auxiliares de salud no la utilizan. Continuando con si esta enferma del corazón ambas Supervisoras y 11 Auxiliares de salud la realizan y 9 de ellas no; Al referirse a si se le han puesto alguna vez los ojos y la piel amarillos solo una Supervisoras y 6 Auxiliares de salud no.

Existe relación en la omisión de ambas partes en la aplicación completa del interrogatorio a usuarias nuevas de anticonceptivos hormonales. Sin embargo es conveniente que se realice un interrogatorio completo para la detección de algún problema en las usuarias, esto ayudará a decidir la prescripción de un método de control ideal a las características de cada mujer, y así evitar el riesgo de complicaciones mayores en problemas cardiacos o hepáticos.

Por otra parte son notorias las deficiencias en el uso del interrogatorio completo por parte de Supervisoras al coincidir con las omisiones realizadas por Auxiliares, esto evita identificar posibles factores de riesgo. (Ver tabla y gráfica No. 3 y "C", p. 128 a 130)

TABLA NO. 4

Interrogatorio que realiza la supervisora de Auxiliares de Salud en la prestación del servicio a usuarias nuevas de pastillas en los módulos de Tarímbaro y Uruétaro Michoacán 1991.

Preguntas	SI		NO		TOTAL
	Fo.	%	Fo.	%	Fo. %
¿ Ha orinado muy obscuro ?	1	50	1	50	2 100
¿ Ha sentido dolor y ardor al orinar ?	-	-	2	100	2 100
¿ Tiene deseos frecuentes de orinar ?	-	-	2	100	2 100%

FUENTE: IBIDEM

TABLA "D"

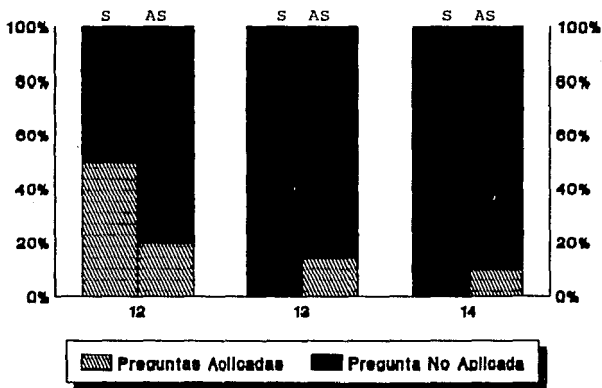
Interrogatorio que realiza la Auxiliar de Salud en la prestación del servicio a usuarias nuevas de pastillas en los módulos de Tarímbaro y Uruétaro, Michoacán 1991.

Preguntas	SI		NO		TOTAL	
	Fo.	%	Fo.	%	Fo.	%
¿ Ha orinado muy obscuro ?	4	20	16	80	20	100
¿ Ha sentido dolor y ardor al orinar ?	3	15	17	85	20	100
¿ Tiene deseos frecuentes de orinar ?	2	10	18	90	20	100

FUENTE: IBIDEM

GRAFICA NO. 4 y "D"

Interrogatorio que realiza la supervisora y -
auxiliar de salud, en la prestación del servi-
cio a usuarias nuevas de pastillas en los mó-
dulos de Tarímbaro y Uruétaro, Michoacán 1991.



Claves:

- 12 ¿ Ha orinado muy obscuro ?
 13 ¿ Ha sentido dolor y ardor
 al orinar ?
 14 ¿ Tiene deseos frecuentes-
 de orinar ?

S = Supervisora

AS = Auxiliar de Salud

Fuente: Tablas 4 y D

En cuanto al interrogatorio que realizan Supervisoras y Auxiliares de salud con respecto a si han orinado muy oscuro 1 supervisora y 16 auxiliares lo omiten; sobre si han sentido dolor y ardor al orinar las 2 Supervisoras como 17 auxiliares no la aplican, solo 3 Auxiliares lo toman en cuenta; por último, referente a si tienen deseos frecuentes de orinar ambas Supervisoras y 18 Auxiliares de salud no la consideran y solo 2 Auxiliares si.

Se ve en forma clara que esta parte del interrogatorio corresponde a signos y síntomas de una insuficiencia renal o bien algún tipo de afección a ese nivel; si esta situación no se toma en cuenta, al captar una usuaria nueva puede traer problemas de salud graves a mujeres con antecedentes de este tipo de patología, ya que no solo a través de la observación se identifican características como estas.

Es necesario que supervisoras y Auxiliares de salud hagan énfasis en estos aspectos; máximo que no cuentan con otra forma de valorar a la usuaria, sino solo a través del interrogatorio y exploración física realizados correctamente que serán la pauta para prescribir el uso de anticonceptivos hormonales. (Ver tabla y gráfica No. 4 y "D", p. 132 a 134)

TABLA NO. 5

Interrogatorio que realiza la Supervisora de Auxiliares de salud en la prestación del servicio a usuarias nuevas de pastillas en los módulos de Tarímbaro y Uruétaro, Michoacán 1991.

Preguntas	SI		NO		TOTAL	
	Fo.	%	Fo.	%	Fo.	%
¿ Tiene más hambre o sed de lo normal ?	-	-	2	100	2	100
¿ Ha bajado de peso sin motivo ?	1	50	1	50	2	100%

FUENTE: IBIDEM

TABLA " E "

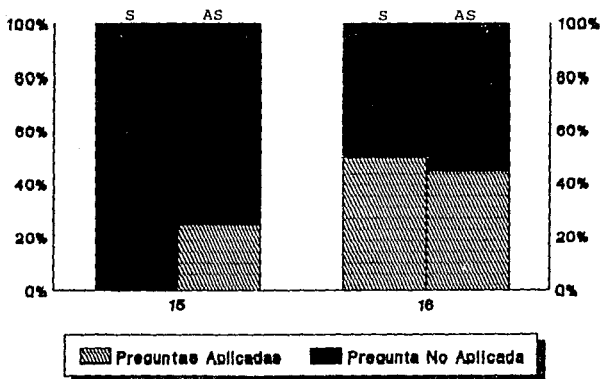
Interrogatorio que realiza la Auxiliar de Salud,
 en la prestación del servicio a usuarias nuevas
 de pastillas en los módulos de Tarímbaro y Urué-
 taro. Michoacán 1991.

Preguntas	SI		NO		TOTAL	
	Fo.	%	Fo.	%	Fo.	%
¿ Tiene más hambre o sed de lo normal ?	5	25	15	75	20	100
¿ Ha bajado de peso sin motivo ?	9	45	11	55	20	100%

FUENTE: IBIDEM

GRAFICA NO. 5 y "E"

Interrogatorio que realiza la supervisora y -
auxiliar de salud, en la prestación del servi-
cio a usuarias nuevas de pastillas en los mó-
dulos de Tarímbaro y Uruétaro, Michoacán 1991.



Claves:

- 15 ¿ Tiene más hambre o sed -
de lo normal ?
- 16 ¿ Ha bajado de peso sin -
motivo ?

S = Supervisora

AS = Auxiliar de Salud

Fuente: Tablas 5 y E

En cuanto a el interrogatorio realizado por Supervisoras y - Auxiliares de salud en la prestación del servicio a usuarias nuevas, referente a si tienen más hambre o sed de lo normal ambas supervisoras y solo 5 Auxiliares de salud lo toman en cuenta, y 15 Auxiliares lo pasan por alto o lo ignoran. Continuando con el interrogatorio solo 1 Supervisoras y 9 Auxiliares de salud examinan si ha bajado de peso sin motivo, - por lo que 1 Supervisoras y 11 Auxiliares no toman en cuenta este aspecto.

Para valorar el estado de salud de las usuarias y decidir -- que método anticonceptivo es el idoneo a sus características es preciso valorar sintomatología relacionada con alguna patología diabetica que pueda alterar su tratamiento anticonceptivo o agraven su padecimiento cronico degenerativo. Sin embargo es conveniente mencionar que la mayoría de Supervisoras y Auxiliares de salud no cuentan con instrumentos y material médico indispensable para realizar una exploración física completa, por lo que su instrumento de captación más importante es saber aplicar un interrogatorio completo que permita identificar cualquier signo y sintoma indicativo de alguna patología y de esta forma la prestación del servicio será más acertada. (Ver tablas y gráficas 5 y "E", p. 136 à - 138)

TABLA NO. 6

Conducta observada que realiza la Supervisora de Auxiliares de salud durante la atención a usuarias activas de pastillas en los módulos de Tarrimbaro y Uruétaro, Michoacán 1991.

Actividad	SI		NO		TOTAL	
	Fo.	%	Fo.	%	Fo.	%
Exploración de mamas	-	-	2	100	2	100
Identifica Presión arterial alta.	1	50	1	50	2	100
Identifica aumento de peso.	1	50	1	50	2	100
Identifica várices en las piernas.	2	100	-	-	2	100

FUENTE: IBIDEM

TABLA " F "

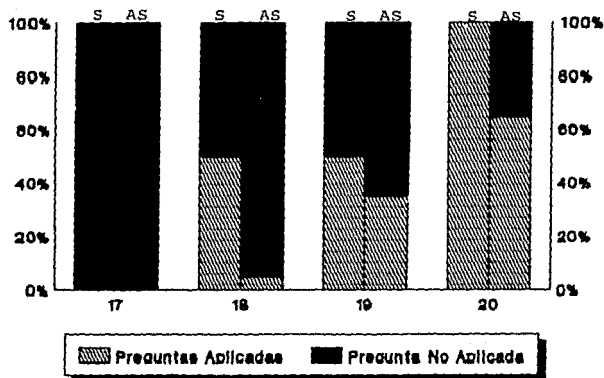
Conducta observada que realiza la Auxiliar de Sa
lud durante la atención a usuarias activas de --
pastillas en los módulos de Tarímbaro y Uruétaro
Michoacán 1991.

Actividad	SI		NO		TOTAL	
	Fo.	%	Fo.	%	Fo.	%
Exploración de ma mas.	-	-	20	100	20	100
Identifica presión arterial alta	1	5	19	95	20	100
Identifica aumento de peso.	7	35	13	65	20	100
Identifica várices en las piernas.	13	65	7	35	20	100%

FUENTE: IBIDEM

GRAFICA NO. 6 y "F"

Conducta observada que realiza la supervisora- y auxiliar de salud, durante la atención a usuarias activas de pastillas en los módulos de Tarímbaro y Uruétaro, Michoacán 1991.



Claves:

- 17 Realiza exploración de mamas
- 18 Identifica presión arterial alta
- 19 Identifica aumento de peso
- 20 Identifica varices en las piernas

S = Supervisora

AS = Auxiliar de Salud

Fuente: Tablas 6 y F

Referente a la conducta observada durante la atención a usuarias activas es muy notorio que ninguna supervisora ni Auxiliar de salud realizan exploración de mamas; con respecto a la presión arterial alta solo una supervisora y una Auxiliar de salud la identifican y las otras 19 auxiliares junto con otra Supervisora no; sobre si detectan aumento de peso 1 Supervisora y 7 Auxiliares de Salud si lo hacen, la otra Supervisora y 13 Auxiliares de salud lo omiten, en la identificación de várices en las piernas ambas supervisoras y 13 Auxiliares si lo realizan, las otras 7 Auxiliares no. Relacionando los interrogatorios se observa que existen algunos factores como: falta de conocimientos en la realización de procedimientos, falta de un lugar específico para prestar el servicio, escases de equipo como: (baumanometro, estetoscopio, vascula, etc.,) estos pueden impedir la realización de una exploración física a usuarias activas. Por otro lado hay -- que tomar en cuenta que es muy importante informar como realizar exploración de mamas ya que este examen permite valorar un posible cancer mamario o algún otro cambio. (Ver tablas y Gráficas 6 y "F", p. 140 à 142)

TABLA NO. 7

Conducta observada que realiza la Supervisora de Auxiliares de Salud en la prestación del servicio a usuarias activas de pastillas en los módulos de Tarímbaro y Uruétaro, Michoacán 1991.

Actividad	SI		NO		TOTAL	
	Fo.	%	Fo.	%	Fo.	%
Identifica hinchazón en las piernas.	2	100	-	-	2	100
Enseña como se debe tomar las pastillas.	2	100	-	-	2	100
Explica que hacer en caso de olvido de 1 y 2 pastillas	2	100	-	-	2	100
Cita a la señora para su control	2	100	-	-	2	100%

FUENTE: IBIDEM

TABLA "G"

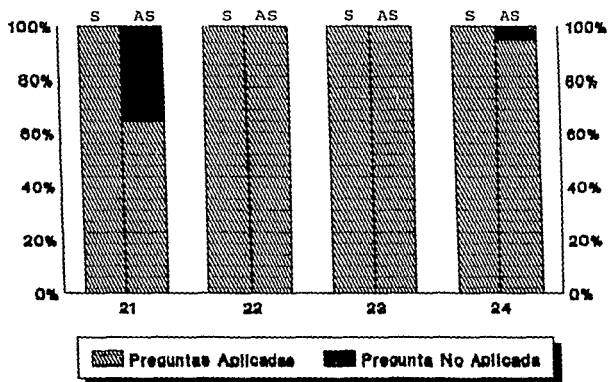
Conducta observada que realiza la Auxiliar de Sa
lud en la prestación del servicio a usuarias ac-
tivas de pastillas en los módulos de Tarímbaro y
Uruétaro, Michoacán 1991.

ACTIVIDAD	SI		NO		TOTAL	
	Fo.	%	Fo.	%	Fo.	%
Identifica hinch <u>a</u> zón en las piernas	13	65	7	35	20	100
Enseña como se de <u>e</u> be tomar pastillas	20	100	-	-	20	100
Explica que hacer en caso de olvido de 1 y 2 pastillas	20	100	-	-	20	100
Cita a la señora para su control	19	95	1	5	20	100

FUENTE: IBIDEM

GRAFICA NO. 7 y "G"

Conducta observada que realiza la supervisora y auxiliar de salud, en la prestación del servicio a usuarias activas de pastillas en los módulos de Tarímbaro y Uruétaro, Michoacán - 1991.



Claves:

- 21 Identifica hinchazón en las piernas
- 22 Enseña como se deben tomar las pastillas
- 23 Explica que hacer en caso de olvido de 1 y 2 pastillas
- 24 Cita a la señora para su control

S = Supervisora

AS = Auxiliar de Salud

Fuente: Tablas 7 y G

En la conducta observada que realizan Supervisoras y auxiliares de salud, en el servicio a usuarias activas de pastillas referente a si identifican hinchazón en las piernas las 2 Supervisoras y 13 Auxiliares lo realizan, mientras que 7 de -- ellas lo omiten; al enseñar como deben tomar las pastillas -- las señoras, tanto las 2 Supervisoras como las 20 Auxiliares lo hacen; por lo que toca a explicar a las usuarias que deben hacer en caso de olvido de no tomar 1 y 2 pastillas, las 2 Supervisoras y las 20 Auxiliares lo practican; por último para citar a las señoras a su control las 2 Supervisoras y -- 19 Auxiliares de salud lo llevan a cabo, solamente 1 de ellas no lo realiza.

Se aprecia una mayor incidencia hacia lo positivo, en esta -- parte de conductas observadas por parte de supervisoras y auxiliares de salud, cuando ya se interrogo y exploro a la usuaria, se le da una orientación a la usuaria de la forma en que va a tomar el anticonceptivo. Además la confianza creada entre Supervisoras, auxiliares de salud y usuarias, ayuda para que estas últimas expongan sus alteraciones que presentan con el uso del método sin necesidad de preguntarselo.

Por otra parte, es frecuente que las mujeres acudan con la Auxiliar de salud por su método de control, o bien que Supervisoras y Auxiliares de salud realizan visitas domiciliarias, con el fin -- de entregar el anticonceptivo y revisarlas, lo anterior no --

siempre es posible, puesto que algunos esposos no estan de acuerdo que su pareja se controle, por predominio de una imagen machista, lo que ocasiona que ellas lo realizan sin consentimiento al tener conciencia de lo importante que es controlar su fértilidad en beneficio de la propia familia, en aspectos socioeconómicos y conservación de las salud materna. (Ver tabla y gráficas No. 7 y "G", p. 144 a 146)

TABLA NO. 8

Interrogatorio que realiza la Supervisora de Auxiliares de Salud, en la prestación del servicio a usuarias nuevas de inyectable en los módulos de Tarímbaro y Uruétaro, Michoacán 1991.

Preguntas	SI		NO		TOTAL	
	Fo.	%	Fo.	%	Fo.	%
¿ Realiza el mismo interrogatorio que para las pastillas?	1	50	1	50	2	100
¿ Le pregunta además si ha tenido hijos y tiene más de 20 años	1	50	1	50	2	100
¿ Aplica el inyectable antes del quinto día de iniciada la re-- gla ?	2	100	-	-	2	100

FUENTE: IBIDEM

TABLA " H "

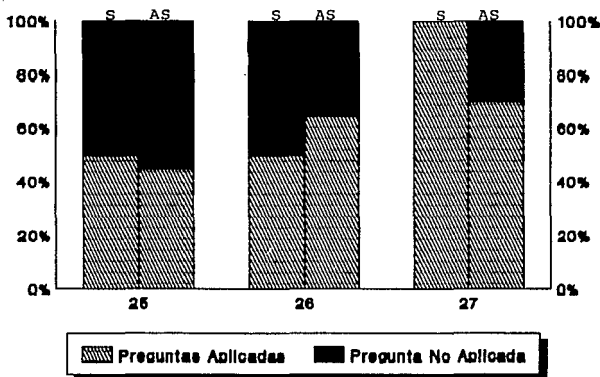
Interrogatorio que realiza la Auxiliar de Salud en la prestación del servicio a usuarias nuevas de inyectable en los módulos de Tarímbaro y Uruétaro, Michoacán 1991.

Preguntas	SI		NO		TOTAL	
	Fo.	%	Fo.	%	Fo.	%
¿Realiza el mismo interrogatorio - que para las pastillas?	9	45	11	55	20	100
¿Le pregunta además si ha tenido hijos y tiene más de 20 años?	13	65	7	35	20	100
¿Aplica el inyectable antes del quinto día de regla?	14	70	6	30	20	100%

FUENTE: IBIDEM

GRAFICA NO. 8 y "H"

Interrogatorio que realiza la supervisora y -
auxiliar de salud, en la prestación del servi-
cio a usuarias nuevas de inyectable en los mó-
dulos de Tarímbaro y Uruétaro, Michoacán 1991.



Claves:

- 25 ¿ Realiza el mismo interrogatorio -
que para pastillas ?
- 26 ¿ Le pregunta además si ha tenido -
hijos y tiene más de 20 años ?
- 27 ¿ Aplica el inyectable antes del -
quinto día de iniciada la regla ?

S = Supervisora

AS = Auxiliar de Salud

Fuente: Tablas 8 y H

Al referirse al interrogatorio que realizan Supervisoras y - Auxiliares de salud en la prestación del servicio a usuarias nuevas de inyectable, solo un supervisora y 9 auxiliares de salud realizan el mismo interrogatorio que para pastillas, - la otra Supervisora y 11 Auxiliares no lo realizan, conti- nuando con si se ha tenido hijos y tiene más de 20 años una Supervisora y 13 Auxiliares la llevan a cabo, el resto que - corresponde a una Supervisora y 7 Auxiliares no lo interro- gan. Referente a la aplicación del inyectable antes del -- quinto día de iniciada la regla, ambas Supervisoras la apli- can correctamente así mismo 14 de las Auxiliares pero 6 de - ellas no.

Dentro de los criterios para la prescripción de anticoncepti- vos inyectables se debe tomar en cuenta la edad y paridad sa tisfecha para efectuar la elección adecuada del método más - acertado a cada usuaria. Además para realizar una aplica- ción correcta esta deber ser: La primera de un anticoncepti- vo inyectable deber ser aplicado dentro de los 5 primeros -- días apartir del inicio de la menstruación y las siguientes cada 30 a 60 días de acuerdo a la indicaciones. (Ver tablas y Gráficas No. 8 y "H", p. 149 a 151)

TABLA NO. 9

Conducta observada que realiza la Supervisora de auxiliares de salud en la prestación del servicio a usuarias nuevas de inyectable en los módulos de Tarímbaro y Uruétaro, Michoacán 1991.

Actividad	SI		NO		TOTAL	
	Fo.	%	Fo.	%	Fo.	%
Aplica la inyección correctamente	2	100	-	-	2	100
Informa sobre la frecuencia que debe aplicarse la inyección	2	100	-	-	2	100
Explica los problemas que pueden presentarse al empezar a usarla	1	50	1	50	2	100%

FUENTE: IBIDEM

TABLA "I"

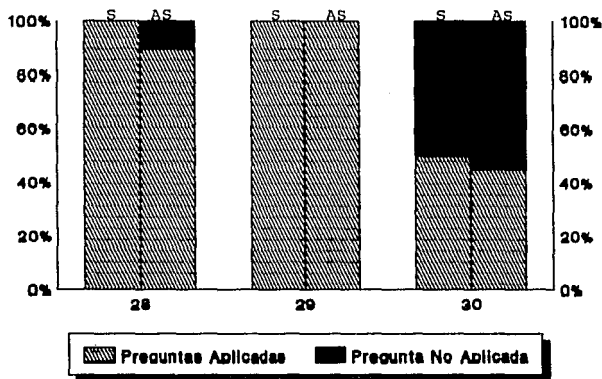
Conducta observada que realiza la Auxiliar de sa
lud en la prestación del servicio a usuarias nue
vas de inyectable en los módulos de Tarímbaro y
 Uruétaro, Michoacán 1991.

Actividad	SI		NO		TOTAL	
	Fo.	%	Fo.	%	Fo.	%
Aplica la inyección correctamente	18	90	2	10	20	100
Informa sobre la frecuencia que debe aplicarse la inyec- ción	20	100	-	-	20	100
Explica los proble- mas que pueden pre- sentarse al empezar a usarla	9	45	11	55	20	100%

FUENTE: IBIDEM

GRAFICA NO. 9 e "I"

Conducta observada que realiza la supervisora y auxiliar de salud, en la prestación del servicio a usuarias nuevas de inyectable en los módulos de Tarímbaro y Uruétaro, Michoacán - 1991.



Claves:

- 28 Aplica la inyección correctamente
 29 Informa sobre la frecuencia que -
 debe aplicarse la inyección
 30 Explica los problemas que puede -
 presentar al empezar a usarla

S = Supervisora

AS = Auxiliar de Salud

Fuente: Tablas 9 e I

Por lo que toca a la conducta observada que realizan Supervisoras y Auxiliares de salud en la prestación del servicio a usuarias nuevas de inyectable con respecto a si aplican la inyección correctamente ambas supervisoras y 18 Auxiliares de salud si lo realizan adecuadamente; referente a si informan sobre la frecuencia que debe aplicarse la inyección, ambas Supervisoras y 20 Auxiliares lo realizan. Sin embargo sólo 1 Supervisora y 9 Auxiliares de salud explican a las usuarias de inyectable, que se pueden presentar algunos problemas al empezar a usar anticonceptivos inyectables y 11 Auxiliares lo omiten.

Se debe informar correctamente a las usuarias de las reacciones adversas que pueden presentarse tales como: sangrado intermenstrual, amenorrea, etc. para evitar el abandono prematuro del método, además hay que orientar a la usuaria respecto a la dosis y administración así como las reacciones adversas que pueden presentarse ó desapareciendo hasta la tercera aplicación del método. (Ver tablas y gráficas 9 y "I", p. -- 153 a 155)

TABLA NO. 10

Interrogatorio que realiza la Supervisora de Auxiliares de Salud en la prestación del servicio a usuarias nuevas de inyectable, en los módulos de Tarímbaro y Uruétaro, Michoacán 1991.

Preguntas	SI		NO		TOTAL	
	Fo.	%	Fo.	%	Fo.	%
¿Tiene sangrado vaginal o manchado - antes de su regla?	1	50	1	50	2	100
¿Ha tenido náuseas?	2	100	-	-	2	100
¿Ha tenido vómitos?	1	50	1	50	2	100
¿Ha tenido cambios bruscos en su estado de animo?	-	-	2	100	2	100
¿Identifica paño en la cara?	-	-	2	100	2	100

FUENTE: IBIDEM

TABLA " J "

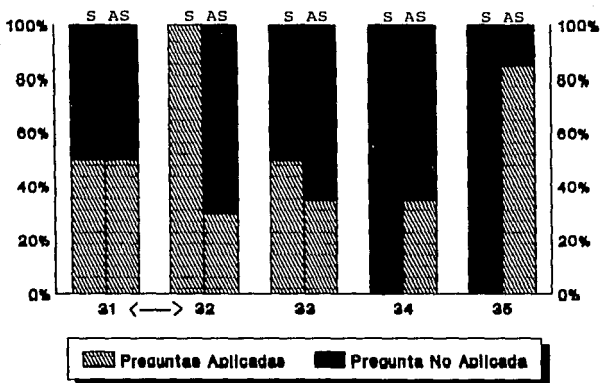
Interrogatorio que realiza la auxiliar de salud en la prestación del servicio a usuarias activas de inyectables en los módulos de Tarímbaro y -- Uruétaro, Michoacán 1991.

Preguntas	SI		NO		TOTAL	
	Fo.	%	Fo.	%	Fo.	%
¿Tiene sangrado vaginal o manchado - antes de su regla?	10	50	10	50	20	100
¿Ha tenido náuceas?	6	30	14	70	20	100
¿Ha tenido vómitos?	7	35	13	65	20	100
¿Ha tenido cambios bruscos en su estado de animo?	7	35	13	65	20	100
¿Identifica paño en la cara?	17	85	3	15	20	100

FUENTE: IBIDEM

GRAFICA NO. 10 y "J"

Interrogatorio que realiza la supervisora y -
auxiliar de salud, en la prestación del servi-
cio a usuarias activas de inyectable en los -
módulos de Tarímbaro y Uruétaro, Michoacán -
1991.



Claves:

- 31 ¿ Tiene sangrado vaginal o manchado antes -
de su regla ?
- 32 ¿ Ha tenido nauseas ?
- 33 ¿ Ha tenido vómitos ?
- 34 ¿ Ha tenido cambios bruscos en su estado de
animó ?
- 35 ¿ Identifica paño en la cara ?

S = Supervisora

AS = Auxiliar de Salud

Fuente: Tablas 10 y J

En relación al interrogatorio que realizan Supervisoras y Auxiliares de salud con respecto a si las usuarias tienen sangrado vaginal o manchado antes de su regla, 1 Supervisora y 10 Auxiliares si lo hacen, mientras que la otra Supervisora y 10 Auxiliares no lo practican; referente a si tienen náuseas, ambas Supervisoras y 6 Auxiliares lo realizan y las 14 restantes lo omiten; en cuanto a si sufren vómitos 1 Supervisora y 7 Auxiliares si lo aplican, mientras que la otra Supervisora y 13 de las Auxiliares no lo hacen; por otro lado al interrogar a las usuarias sobre cambios bruscos en su estado de animo, ambas Supervisoras y 13 Auxiliares lo pasan por alto, solo 7 de ellas la aplican; al ver si identifican paño en la cara las 2 Supervisoras y 3 Auxiliares no lo hacen, solo 17 Auxiliares lo identifican.

La frecuencia de evitar un interrogatorio completo por parte de Supervisoras y Auxiliares de Salud, se debe a que existen características que se observan a simple vista, además que en algunos aspectos conocen perfectamente a las usuarias de su comunidad, sin embargo cada objeción que se realice va encaminada a no identificar factores de riesgo. (Ver tablas y gráficas 10 y "J", p. 157 a 159)

CONCLUSIONES

5.1 REPLANTAMIENTO DEL PROBLEMA

Como ya se menciona en la delimitación del problema, específicamente en los módulos de Tarímbaro y Uruétaro en el programa de planificación familiar y metodología anticonceptiva se observaron diversos factores que evitan aplicar en forma correcta los criterios de prescripción de anticonceptivos hormonales, entre ellos; el no realizar un adecuado interrogatorio y exploración física a las mujeres que utilizan o solicitan algún método; esto impide identificar efectos colaterales ligados al uso de los anticonceptivos. Por lo anterior surgió el interés de considerar este tema para realizar una investigación en beneficio de las usuarias de planificación familiar ya que son las directamente afectados si continúa esta situación.

Por lo tanto el problema queda establecido en los términos siguientes:

¿Qué criterios de selección son utilizados por supervisoras y auxiliares de salud en la prescripción de métodos anticonceptivos hormonales, y cuales son las principales reacciones colaterales presentadas en usuarias de planificación familiar, por dichas acciones. En los módulos de Tarímbaro y Uruétaro de la Jurisdicción Sanitaria No. 1, en Morelia Michoacán, México 1991?

Siendo las variables de estudio: Criterios de prescripción, métodos anticonceptivos y reacciones colaterales; por lo que los objetivos planteados para esta investigación fueron:

- * Describir los criterios que deben utilizar supervisoras y auxiliares de salud en la prescripción de métodos anticonceptivos hormonales.
- * Identificar las principales reacciones colaterales presentadas en usuarias de planificación familiar, asociadas al uso de métodos anticonceptivos hormonales.
- * Determinar la frecuencia de la prescripción y uso contra-indicado de los anticonceptivos hormonales.
- * Comparar los criterios que siguen supervisoras y auxiliares de salud en la prescripción de anticonceptivos hormonales.
- * Plantear alternativas de solución de acuerdo a la problemática encontrada durante el desarrollo de la investigación.

En cuanto a la elaboración del marco teórico se consideran los siguientes capítulos: Planificación familiar, Consideraciones anatómicas fisiológicas, Anticonceptivos hormonales, Aspectos normativos en la prescripción de métodos anticonceptivos hormonales, Perfil del personal que prescribe el método y Capacitación; este sustenta las teorías para fundamentar -

Siendo las variables de estudio: Criterios de prescripción, métodos anticonceptivos y reacciones colaterales; por lo que los objetivos planteados para esta investigación fuerón:

- * Describir los criterios que deben utilizar supervisoras y auxiliares de salud en la prescripción de métodos anticonceptivos hormonales.
- * Identificar las principales reacciones colaterales presentadas en usuarias de planificación familiar, asociadas al uso de métodos anticonceptivos hormonales.
- * Determinar la frecuencia de la prescripción y uso contraindicado de los anticonceptivos hormonales.
- * Comparar los criterios que siguen supervisoras y auxiliares de salud en la prescripción de anticonceptivos hormonales.
- * Plantear alternativas de solución de acuerdo a la problemática encontrada durante el desarrollo de la investigación.

En cuanto a la elaboración del marco teórico se consideran los siguientes capítulos: Planificación familiar, Consideraciones anatómicas fisiológicas, Anticonceptivos hormonales, Aspectos normativos en la prescripción de métodos anticonceptivos hormonales, Perfil del personal que prescribe el método y Capacitación; este sustenta las teorías para fundamentar -

científicamente la investigación, para la integración de este se utilizarón fichas de trabajo.

El universo esta constituido por 270 usuarias, del programa de planificación familiar que varían en número y tipo de método. La muestra de estudio esta constituida por 100 usuarias que utilizan anticonceptivos hormonales (orales o inyectables) como método de control de la natalidad. Además 2 supervisoras de auxiliares de salud y 20 auxiliares de salud - los módulos de Tarímbaro y Uruétaro Michoacán, que laboran en el programa de planificación familiar de la Estrategia de la Extensión de Cobertura.

La recolección de los datos se realizó a traves de la observación directa del problema de estudio además de la aplicación de 2 tipos de cuestionarios, el primero elaborado para las usuarias de planificación familiar donde se utilizó la técnica de la entrevista y el otro aplicado a supervisoras y auxiliares de salud utilizando la técnica de observación.

El procesamiento de datos se realizó siguiendo el método estadístico, integrando los resultados en grupos homogéneos -- presentandolos en cuadros y gráficas para realizar un analisis comparativo.

5.2 CONCLUSIONES

En la investigación referente a los criterios de selección - utilizados por Supervisoras y Auxiliares de salud en la prescripción de métodos anticonceptivos hormonales y principales reacciones colaterales presentadas en usuarias de Planificación Familiar, por dichas acciones, en los módulos de Tarímbaro y Uruétaro de la Jurisdicción Sanitaria No. I en Morelia Michoacán, México 1991, destacan los siguientes aspectos.

De acuerdo a los objetivos planteados los criterios que deben utilizar Supervisoras y Auxiliares de salud en la prescripción de métodos anticonceptivos hormonales se describirán en el marco teórico.

En relación a la edad de las usuarias de Planificación Familiar un 74% de la muestra de estudio se encuentra en edad económicamente activa por lo que Supervisoras y Auxiliares de salud tienen la responsabilidad de mantener a la comunidad informada sobre los servicios de Planificación Familiar y metodología anticonceptiva que prestan, ya que esta población femenina en su mayoría están encargados de realizar diversas actividades tales como: Labores domésticas, crianza de los hijos, alimentación, además de ser responsables de mediar el presupuesto familiar, trabajar en labores de campo, así mismo enfrentan los problemas de salud de toda la familia y los

de ellas mismas. Por lo anterior estas mujeres acuden a solicitar anticonceptivos para el control de su fertilidad que - les reditue mejores condiciones de salud y les de la oportunidad de preservar la estabilidad Familiar.

Por otro lado realmente es notable que un 83% de usuarias comenzaran su vida sexual activa en edades tempranas de la adolescencia y adulto joven. Los roles sociales establecidos en las comunidades rurales influyen en los jovenes para integrarse a la comunidad con obligaciones y responsabilidades adulto aunque no esten debidamente preparados, lo que trae como consecuencia problemas de inmadures para enfrentar situaciones de paternidad y maternidad responsable, por no contar con información sobre Planificación Familiar, educación sexual, en el momento oportuno.

En cuanto a la paridad un 67% tiene de I a 4 hijos ubicando-se todavía en etapa productiva y un 33% que tienen más de 5 hijos que se encuentran en riesgo reproductivo. Sin embargo para crear una familia acorde a las posibilidades economicas y culturales es necesaria una educación continua sobre el - significado de la Planificación Familiar, de los beneficios que proporciona al preservar el estado de salud materna y mejorar el nivel de vida familiar de las comunidades rurales.

Es importante mencionar que solo un 18% de las usuarias en -

estudio se preocupan por utilizar un método de control de su fertilidad para espaciar sus embarazos a un lapso mínimo de 3 años que les permita planear mejor los hijos que conformarán la familia, por lo que todavía es notable en estas zonas rurales las familias constituídas por un número mayor de 5 - hijos.

Existe mayor incidencia en la utilización de anticonceptivos orales, con un 66% y la utilización de inyectables solo un 34%.

Al considerar el tiempo de uso de métodos hormonales en usuarias se observó que un 66% tienen menos de 2 años con ellos, ya sea orales o inyectables, sin embargo se debe considerar que a mayor tiempo de uso de anticonceptivos hormonales mayor es el riesgo de presentar signos y síntomas a causa de los mismos.

Referente al personal que prescribe el método se detectó que Supervisoras y Auxiliares de salud son quienes con mayor frecuencia indican anticonceptivos hormonales a usuarias del programa con un 83% por lo que es necesario que cuenten con los conocimientos básicos para seleccionar el método idóneo a las características de cada mujer, además de adquirir la habilidad para realizar un interrogatorio y exploración física encaminadas a detectar posibles factores de riesgo.

En relación al reporte de usuarias sobre si se les realiza - un interrogatorio y exploración física se aprecio que un 62% menciona que no se les aplica, y el 38% restante reporto que si es llevado a cabo, se detecto que es incompleto, esta situación evita identificar posibles factores de riesgo y complicaciones con el uso de anticonceptivos hormonales.

Es notorio que un 31% de usuarias que han alterado el uso de anticonceptivos hormonales, lo han hecho por diversos factores de los cuales resaltan algunos como: solicitud de la pro pia usuaria, escasez en la variedad y dotación de métodos, - así como la preferencia de Supervisoras y Auxiliares de salud por prescribir determinados métodos sin tomar en cuenta si cumplen con los criterios de prescripción.

En cuanto al cumplimiento del objetivo en relación a la iden tificación de las principales reacciones colaterales presentadas en usuarias del programa de Planificación Familiar, asociadas al uso de métodos anticonceptivos hormonales, solamente se detectaron signos y sintomas, los cuales no necesariamente estan ligados al uso o mala prescripción de los mis mos. Sin embargo es representativo el 56% de usuarias de la muestra de estudio que mencionó sufrir cefaleas frecuentes, un 47% manifiesta tener tensión nerviosa un 38 % padece mareos y es alarmante que un 30% de estas mujeres presentan va rices, así también con un 29 % respectivamente presentan na u

ceas, dismenorrea y aumento de peso; estas manifestaciones - registradas son asociadas por las señoras al uso de anticonceptivos hormonales.

Con relación a si las usuarias cumplen con una de las principales Indicaciones para el uso de anticonceptivos hormonales como es la edad, se detecto que un 2% de mujeres de menos de 20 años usan inyectables, así como un 32% más que fluctuan - entre 20 años y más de 36 años, que desafortunadamente en - esta investigación no se captó si ya tenían su paridad satisfecha.

Siendo uno de los objetivos de la investigación determinar - la frecuencia de la prescripción y uso contraindicado de los anticonceptivos hormonales, se tiene que un 16 % de usuarias con más de 36 años utilizan anticonceptivos orales, aún cuando esta contraindicado en ellas.

Respecto a la paridad y método utilizado se identifico que - un 12% de las usuarias que utilizan el inyectable tienen una paridad de 1 a 2 hijos, por otro lado hay un 21% de mujeres con una paridad de 5 a 6 hijos que utilizan anticonceptivos orales como método de control de la natalidad. El contribuir a lograr el número de hijos ideal que la pareja desee para - su desarrollo familiar en condiciones de salud favorables, a seguran la realización plena de sus integrantes tanto en aspectos económicos, como profesionales, ocupacionales, socia-

les, culturales, además de propiciar una mayor integración familiar.

Por lo que toca a comparar los criterios de prescripción de métodos anticonceptivos hormonales por supervisoras y auxiliares de Salud se detectarán los siguientes resultados.

Son notorias las deficiencias en la aplicación del interrogatorio y exploración física completos por parte de Supervisoras en Auxiliares de Salud, ya que se aprecia la trascendencia que tiene en ellas, al coincidir las objeciones hechas por ambas partes.

Para Supervisoras y Auxiliares de salud es importante conocer la edad de las usuarias, por esto es necesario para abrir un calendario de control y prescribir un método, pero existen algunos interrogantes que se omiten, tales como: si fuman o no las usuarias y si tiene ataques o temblores, en la mayoría de las ocasiones el personal de salud conoce a la comunidad en relación a sus hábitos y costumbres, por lo que evita realizar esta parte del interrogatorio.

Al no preguntar Supervisoras y Auxiliares de salud a las usuarias del programa en especial a las nuevas sobre el padecimiento de enfermedades cardíacas o hepáticas, evitan identificar factores de riesgo. De igual forma donde se observan mayores deficiencias es en relación a la detección de --

signos y síntomas de afección o insuficiencia renal, es necesario que el personal de salud comunitario haga énfasis en - tales aspectos ya que no cuentan con otra forma de valorar a las usuarias, siendo que la respuesta a estas interrogantes serán la pauta para prescribir el uso de un anticonceptivo - hormonal.

Lo mismo pasa con el apartado donde se menciona tener más -- hambre o sed de lo normal y la disminución de peso sin motivo, esto es omitido por Supervisoras por lo que las Auxiliares de Salud no lo realizan, ni lo toman en cuenta para identificar enfermedades crónico degenerativas como lo es la diabetes mellitus ó el cancer.

Al no realizar Supervisoras y Auxiliares de salud valoraciones tan importantes como: exploración de mamas, toma de presión arterial, identificación de aumento de peso y ver si -- las usuarias tienen varices; la exploración física queda incompleta por no saber el procedimiento, o por falta de equipo necesario. Por lo tanto se pierde la oportunidad de realizar un examen general impidiendo identificar factores de - riesgo.

Es notable que en cuanto a la conducta que siguen Supervisoras y Auxiliares de salud, al identificar hinchazón en las - piernas, dar orientación para tomar las pastillas, explicar

que hacer en caso de olvido para tomarlas y citar a las usuarias para su control, se aprecia que es uno de los apartados que se cumplen satisfactoriamente al 100%, por lo que es donde de menos omisiones se realizan y más énfasis ponen ambas partes.

Existe un 6% de auxiliares de salud que no aplican el anticonceptivo inyectable antes del quinto día de iniciada la regla, lo que trae consigo problemas para usuaria, como es el de un embarazo no deseado, problemas de sangrados intermenstruales entre otros. También es necesario que Supervisoras y Auxiliares de salud le den más importancia a conocer la edad de las usuarias así como si su paridad está satisfecha para poder prescribir el uso de inyectables.

Por lo que toca a la aplicación del inyectable en forma correcta y la frecuencia con que este se debe aplicar en su mayoría Supervisoras y Auxiliares de salud lo realizan adecuadamente, solo existen problemas al no explicarles a las señoras que problemas se pueden presentar al inicio de su uso, motivo por el cual algunas abandonan el método.

Referente a la detección de reacciones adversas por el uso del inyectable entre ellas: náuseas, sangrado vaginal antes de la regla, vómitos, cambios bruscos en su estado de ánimo, paño en la cara, etc., existen grandes deficiencias tanto por Supervisoras como por auxiliares de salud, sin embargo -

cada omisión evita detectar o descartar factores de riesgo - en las usuarias.

Se ha observado que realmente, Supervisoras y Auxiliares de salud no preguntan varios aspectos que son importantes para determinar prescribir o no un anticonceptivo, algunas lo evitan por ya conocer los hábitos y costumbres de la comunidad y de la usuaria, otros por no hacer énfasis en estas, por - falta de material y equipo necesario, desconocer el procedimiento adecuado, o por no contar con un espacio destinado a esta actividad; lo que evita realizar un interrogatorio y exploración física completos que como se ha mencionado es la unica herramienta con la que cuentan Supervisoras y Auxiliares de salud para identificar algún problema de salud por el uso de anticonceptivos hormonales.

5.3 ALTERNATIVAS DE SOLUCION

Es conveniente que Supervisoras y Auxiliares de salud, tomen en cuenta no solo a las usuarias ya establecidas en el programa si no también a los jóvenes de su comunidad para que se les de información y orientación sobre el programa de Planificación Familiar, esto les ayudará para formarse un criterio amplio que les permita tomar decisiones en forma responsable y conciente.

Intensificar la promoción del programa de Planificación Familiar en cuanto a los beneficios que en forma personal, familiar y social puede redituarse a los usuarios del programa. En esta situación la participación del personal profesional de Enfermería por un lado colabora a reforzar la capacitación al personal de salud comunitario y por otro promueve e informa directamente a esta población, lo que beneficia y contribuye a mejorar la calidad de los servicios prestados.

Promover entre Supervisoras y Auxiliares de salud al ampliar sus conocimientos con respecto al uso de anticonceptivos hormonales inyectables y de esta forma darles mayor promoción en su comunidad de afluencia.

Es necesario fomentar entre Supervisoras y Auxiliares de salud una valoración general periódica a las usuarias de anti-

conceptivos hormonales, cuando acudan por su método de control, para que además de valorarlas en ese momento las canalice para realizarse exámenes como: citología vaginal, exploración de mamas y de ser posible de orina y sangre, para detectar problemas de salud relacionados al uso de anticonceptivos hormonales, esto se logrará por medio de coordinación y promoción entre el personal involucrado en el programa y las mismas usuarias.

Es conveniente que el personal profesional de enfermería continúe la capacitación sobre aspectos que permitan al personal de salud comunitario conocer la utilidad del interrogatorio y exploración física para realizar una valoración del estado de salud en las usuarias que soliciten o utilicen sus servicios, de igual forma Supervisoras y Auxiliares de salud se apoyarán sobre bases teóricas para la toma de decisiones y la participación activa en la solución de los problemas que afectan a la comunidad.

Al realizar un completo interrogatorio y exploración física existen menos probabilidades de prescribir mal un método anticonceptivo hormonal, por lo tanto; menor es el riesgo en las usuarias de no detectar a tiempo algún problema de salud a corto plazo por el uso de estos.

Establecer mayor coordinación entre el personal comunitario

y los diferentes niveles gerarquicos en la estructura del -- programa para que además de la entrega de información se diseñe un mecanismo de mayor comunicación acerca de los problemas de tectados, las posibilidades soluciones, así como las actividades desarrolladas para resolverlos, y por otro lado apoyar la capacitación continua en programas de capacitación planeados de acuerdo a las necesidades y características de cada módulo.

Dicernir en futuras investigaciones si esta sintomatología - identifica en este estudio, manifestada por usuarias de Planificación Familiar asociada al uso de anticonceptivos hormonales, puede tener su origen en una causa ajena a esto.

Continuar con el apoyo a las actividades del personal profesional de enfermería en comunidades rurales, ya que es notoria la necesidad de capacitación continua a Auxiliares de salud, para así dejar un personal de la propia comunidad que - tenga la capacidad para atender los problemas de salud más apremiantes y dejar de ser un personal ejecutante de acciones.

En la programación de cursos formales, dirigidos a Auxiliares de salud, debe realizarse una selección de aquellas que cuenten con las características acorde a los objetivos que persigue el curso.

Planear capacitación en cursos formales periódicos para ac--

tualizar los conocimientos de Supervisoras ya que de la preparación con la que ellas cuentan va a depender la recibida por las Auxiliares de salud.

Apoyar la participación en el primer nivel de atención de un personal comunitario profesional de base con mayor preparación para: participar activamente en la solución de problemas de salud que afecten a la comunidad, proporcionar servicios de consulta médica, localizar casos y contactos de enfermedades transmisibles.

Además reforzar la capacitación de las auxiliares de salud con la promoción, información y atención a los programas -- prioritarios de salud: Planificación Familiar y Metodología Anticonceptiv, Atención del embarazo, parto domiciliario y -- puerperio; Atención al menor de cinco años y actividades varias; ya que son progrmas que se deben llevar a cabo de forma integrada, logrando así una mejor atención a la población.

G L O S A R I O

GLOSARIO DE TERMINOS

- ACINI** Cualquiera de los lóbulos de una glándula compuesta; dicese también de las dilataciones -- sacciformes terminales de un conducto estre-- cho.
- ADENOHIPOFISIS** Porción anterior o glandular de la hipófisis.
- AMINA** Miembro de un grupo de compuestos químicos -- formados del amoniaco por sustitución de uno o más atomos de hidrógeno por el radical NH_2 .
- AMINOACIDO** Acido aminado, ácido orgánico que contiene -- los grupos amino, HN_2 y carboxilo, $COOH$ son -- los principales constituyentes de las proteí-- nas.
- ANDROGENO** Que posee actividad masculinizante. Hormona -- masculina.
- ANGIOTESINA** Sustancia vasoconstrictora de la sangre forma da por acción de la renina sobre el angioten-- sinógeno.
- ARTRALGIA** Neuralgía o dolor en una articulación.
- CORTISOL** Hormona adrenocortical, 17 hidroxycorticoste-- rona o hidrocortisona. Glucocorticoide fisió

- logico producido por la corteza suprarrenal.
- DREPANOCITO** Globulo rojo falciforme, característico de la drepanocitemia, variedad de anemia hemolítica caracterizada por la presencia de drepanocitos.
- ECZEMA** Afección inflamatoria, aguda o cronica de la piel, originada por diversas causas, que ofrecen diversidad de lesiones entre estas se encuentran: eritema, edema, vesículas, exudación costras, escamas.
- ECTODERMO** Hoja externa del blastodermo destinada a formar la epidermis, órganos de los sentidos y sistema nervioso.
- ENDODERMO** Capa interna del blastodermo primitivo (acumlamiento celular del embrión).
- ENDOMETRIOSIS** Heterotopia del tejido endométrico, que puede ser interna cuando este tejido se encuentra en la trompa de Falopio o en la pared del mismo útero o externa si ocupa otro lugar fuera del útero.
- EPITELIOIDE** Semejante a epitelio; se aplica a ciertas células que se encuentran en producciones pato-

logicas y que algunos consideran como leucocitos modificados.

- ESCLEROSIS** Endurecimientos o induración de los tejidos, especialmente del tejido intersticial de un órgano, consecutiva a la inflamación.
- ESTEROIDE** Sustancias de importancia fisiológica constituidas por cuatro anillos unidos de manera característica: dos anillos de seis miembros de carbono abajo y dos anillos, uno de seis y otro de cinco carbonos arriba.
- FIBROIDE** Semejante a un fibroma o de estructura fibrosa.
- FIBROMA** Neoplasias compuestas esencial o principalmente de tejido fibroso o conjuntivo y vasos.
- FIBROQUISTICA** Formación de tejido fibroso en sustitución de tejido atrofiado.
- FOLICULO** Cripta o pequeño saco que se encuentra en una mucosa o en la piel, generalmente con función secretoria.
- FOSFATASA** Enzima que hidrolisa los ésteres monofosfóricos con liberación de ácido fosfórico. Se encuentra en todos los líquidos y células del -

organismo. Alcalina producida por los osteoblastos y células proliferativas del cartílago y periostio.

GLOBULINA Miembro de una clase de proteínas que se caracterizan por ser insolubles en agua pura, pero que son solubles en soluciones diluidas de cloruro de sodio.

GLUCOPROTEINA Proteínas compuestas, que se conocen también con el nombre de mucoproteidos, cuyo grupo prostético está formado por un complejo hidrógeno carbonado.

GLUCOCORTICOIDE Insulina vegetal; hormonoide obtenido de los tejidos vegetales que inyectado en los animales produce hipoglicemia.

GONADOTROPINA Sustancia de origen hipofisiario que estimula a las gónadas. De la producida en el lóbulo anterior de la hipófisis existen dos variedades foliculoestimulante y luteinizante.

HEMOGLOBINOPATIA Grupo de enfermedades hereditarias debidas a la presencia de una hemoglobina normal.

HIPERCOLESTEROLEMIA Exceso de colesteroína o colesteroil en la sangre.

HIPERLIPIDEMIA Exceso de grasa, lípidos o lipoides en la san
gre.

HIRSUTISMO Desarrollo exagerado del pelo o cabellera (hi
pertricosis), especialmente en la mujer.

LUTEINIZACION Proceso que realiza en las células del folículo
lo de De Graaf que han madurado y descargado su óvulo; estas células se hipertrofian y adquieren un color amarillo, convirtiéndose el folículo en cuerpo lúteo, cambio que se atribuye a la H.L.

MESODERMO Capa media del blastodermo, entre el ecto y -
el endodermo.

MINERALOCORTICOIDE Grupo de hormonas secretadas por la corteza
za suprarrenal que actúa sobre el metabolismo de los electrólitos y el agua.

NODULO PELUCIDO Pequeña eminenciao vegetación. Dicese del --
cuerpo que deja pasar la luz, pero no permite la visión de los objetos a través de su sus--
tancia.

PROGESTACIONAL Antes de la gestación; se aplica a la fase -
del ciclo menstrual inmediatamente anterior a la menstruación, en la que el cuerpollúteo se

halla en actividad y el endometrio en período de secreción.

- PROGESTAGENO** Término para las sustancias que poseen actividad progestacional.
- PROGESTERONA** Hormona sexual del cuerpo lúteo, que prepara al endometrio para la recepción y desarrollo del huevo fecundado. Es un esteroide.
- PROGESTINA** Nombre primitivo de la hormona del cuerpo - lúteo progesterona.
- RENINA** Sustancia de carácter enzimático liberada - por el riñón isquémico que actuando sobre el hipertensinógeno, produce la angiotensina.
- TECA** Cubierta exterior del folículo de De Graaf.

A N E X O S

UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE EN
FERMERIA Y OBSTETRICIA.

SERVICIOS COORDINADOS DE
SALUD PUBLICA EN EL ESTA
ESTADO DE MICHOACAN.

JURISDICCION SANITARIA
NO. I, MORELIA MICH.

C U E S T I O N A R I O

001

TIPO 1

OBJETIVO: Obtener información que permita determinar la frecuencia del uso contraindicado de métodos anticonceptivos - hormonales y principales reacciones colaterales manifestadas en las usuarias de Planificación Familiar, por dichas acciones.

DATOS DE IDENTIFICACION

Nombre: _____ Edad: _____

Comunidad: _____ Módulo: _____

INSTRUCCIONES: Marca con una X la respuesta correcta y llena el espacio vacío con la información que se pide.

1.- ANTECEDENTES GINECOBSTETRICOS. CRITERIOS DE PRESCRIPCION

1. Edad de inicio de vida sexual activa: _____ Años

2. Paridad:

1 - 2 ()

3 - 4 ()

5 - 6 ()

7 - + ()

Cefalalgia	()	Mareos	()
Tensión nerviosa	()	Nauceas	()
Aumento de peso	()	Cloasma facial	()
Dismenorrea	()	Amenorrea	()
Hipermenorrea	()	Otros	()
Edema de M. I.	()	Especificar	_____

Obstáculos y/o limitaciones en la aplicación del cuestionario. _____

Realizó P.L.E.O. _____ Fecha _____

UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE EN-
FERMERIA Y OBSTETRICIA.

SERVICIOS COORDINADOS DE
SALUD PUBLICA EN EL ESTA-
DO DE MICHOACAN
JURISDICCION SANITARIA -
No. I, MORELIA MICH.

C U E S T I O N A R I O

TIPO 2

GUIA DE CAPACITACION - SUPERVISION

OBJETIVO: Obtener información que permita determinar los cri-
terios de selección utilizados por Supervisoras y Auxiliares
de salud en la prescripción de métodos anticonceptivos hormo-
nales a usuarias de Planificación Familiar.

DATOS DE IDENTIFICACION

Módulo: _____ Comunidad: _____

Supervisora: _____

Auxiliar de salud: _____

INSTRUCCIONES: Marca con una "X" la respuesta correcta.

I.- PRESTACION DEL SERVICIO A USUARIAS NUEVAS DE PASTILLAS

Observe lo siguiente: Pregunta.

- 1.- ¿Tiene dolor de cabeza frecuente acompañado de zum-
bido de oídos o ve luces?

SI ()

NO ()

2. ¿ Esta dando pecho ?

SI ()

NO ()

3.- ¿ Está embarazada o tiene duda ?

SI ()

NO ()

4. ¿ Tiene sangrado vaginal abundante o fuera de su período de regla ?

SI ()

NO ()

5. ¿ Tiene más de 35 años ?

SI ()

NO ()

6. ¿ Fuma más de 10 cigarrillos al día ?

SI ()

NO ()

7. ¿ Padece ataques o temblores ?

SI ()

NO ()

8. ¿ Le han operado en el último mes ?

SI ()

NO ()

9. ¿ No puede mover algún brazo o pierna

SI ()

NO ()

10. ¿ Está enferma del corazón?

SI ()

NO ()

11. ¿ Se le han puesto alguna vez los ojos y la piel amarillos?

SI () NO ()
12. ¿ Ha orinado muy obscuro?

SI () NO ()

13. ¿Ha sentido dolor y ardor al orinar ?

SI () NO ()

14. ¿ Tiene deseos frecuentes de orinar ?

SI () NO ()

15. ¿ Tiene más sed o hambre de lo normal ?

SI () NO ()

16. ¿ Ha bajado de peso sin motivo ?

SI () NO ()

II. OBSERVE SI DURANTE LA PRESTACION DEL SERVICIO A USUA--
RIAS ACTIVAS REALIZA LO SIGUIENTE.

17. Realiza exploración de mamas

SI () NO ()

18. Identifica presión arterial alta

SI () NO ()

19. Identifica aumento de peso

SI () NO ()

20. Identifica vârices en las piernas

SI () NO ()

21. Identifica hinchazón en las piernas

SI ()

NO ()

22. Enseña como se deben tomar las pastillas

SI ()

NO ()

23. Explica que hacer en caso de olvidar tomar una o dos -
pastillas

SI ()

NO ()

24. Cita a la señora para su control

SI ()

NO ()

III. OBSERVE SI DURANTE LA ATENCION A USUARIAS NUEVAS DE IN
YECTABLES REALIZA LO SIGUIENTE:

25. Realiza el mismo interrogatorio que para pastillas

SI ()

NO ()

26. Le pregunta si ha tenido hijos y tiene más de 20 años

SI ()

NO ()

27. Aplica el inyectable antes del quinto día de iniciada -
la regla

SI ()

NO ()

28. Aplica la inyección correctamente

SI ()

NO ()

29. Le informa sobre la frecuencia que debe aplicarse el in
yectable

30. Le explica los problemas que pueden presentarse al empe-
 zar a usar el inyectable

SI ()

NO ()

- IV. OBSERVE SI DURANTE LA PRESTACION DEL SERVICIO A USUA--
 RIAS ACTIVAS DE INYECTABLES PREGUNTA LO SIGUIENTE:

31. ¿ Tiene sangrado vaginal o manchado antes de su regla?

SI ()

NO ()

32. ¿ Ha tenido náuceas ?

SI ()

NO ()

33. ¿ Ha tenido vómitos ?

SI ()

NO ()

34. ¿ Ha tenido cambios bruscos en su estado de animo ?

SI ()

NO ()

35. ¿ Identifica paño en la cara ?

SI ()

NO ()

Realizó P.L.E.O.: _____

Obstáculos y/o limitaciones en el llenado del cuestionario _____

Fecha: _____

REFERENCIAS

BIBLIOGRAFIA

Arias, Galicia Fernando,
Administración de Recursos Humanos,
Ed. Trillas, México 1973, Pp 172.

Instituto Mexicano del Seguro Social
Ginecología y Obstetricia,
2a. edición, Ed. Fco. Mendez Oteo, México 1974, Pp 423.

Balseiro, Almario Lasty,
Introducción a la Administración,
Ed. Acuario, México 1989, Pp 191.

Balseiro, Almario Lasty,
Investigación en Enfermería,
Ed. Acuario, México 1991, Pp 225.

Bevan, A. John,
Fundamentos de Farmacología,
2a. edición, Ed. Harla, México 1982, Pp 825.

Constitución Política Mexicana,
72ava edición, Ed. Porrúa, México 1990, Pp 114.

Diario Oficial de la Federación,
Norma técnica no. 22 para la Planificación Familiar en la atención primaria a la salud.
2a. sección, 7 agosto de 1986, Pp 73.

Goodman, L., Gilman A.,
Bases Farmacológicas de la Terapéutica
5a. edición, Ed. Interamericana, México 1979, Pp 1412.

Guía técnica para la formulación de Planes y Programas de Capacitación y adiestramiento en la empresa,

Serie técnica no. 2 Ed. Popular de los Trabajadores
México 1981, Pp 144.

Guyton, Arthur C.,

Fisiología y Fisiopatología

Ed. Interamericana, México 1979, Pp 689.

Hchette, Castell,

Diccionario Enciclopédico,

Ed. Castell, España 1987, Pp 1209.

Kilbi, Donald, M.D.,

Sexo seguro, Educación sexual. Anticoncepción y Enfermedades venereas.

Ed. Interamericana, México 1988, Pp 257.

Ley General de Salud,

5a. edición, Ed. Porrúa, México 1989, Pp 1040.

L'Gamiz, Matuk Arnulfo,

Bioestadística. La Estadística con aplicación al área de la salud,

Ed. Fco. Mendez Cervantes, México 1987, Pp 250.

Luarca, Fernando A., Goitia Márquez, A.M.,

Planificación Familiar y Salud. Curso básico sobre orientación sexual y Planificación Familiar,

Ed. S.S. - D.G.P.F., México 1989, Pp 9.

Mendoza, Nuñez A.,

Manual para determinar la detección de necesidades de capacitación,

Ed. Trillas, México 1984, Pp 134.

Organización Mundial de la Salud
Esteroides Hormonales y Anticoncepción,
Ed. O.M.S., Ginebra 1982, No. 386, Pp 35.

Organización Mundial de la Salud,
Anticonceptivos inyectables. Su uso en la Planificación Familiar,
Ed. O.M.S., Ginebra 1990, Pp 131.

Organización Mundial de la Salud.
Informe técnico. Evaluación de las actividades de Planificación Familiar en los servicios de salud,
Ed. O.M.S., Ginebra 1975, Pp 569.

Organización Panamericana de Salud
Anticonceptivos orales,
Ed. Publicación Científica, México 1982, Pp 37.

Pritchard Jack A., et. al.,
Williams Obstetricia,
3a edición, Ed. Salvat, México 1987, Pp 900.

Rodríguez Carranza R.
Vademecun académico de Medicamentos
Ed. la Edt. UNAM Méx. D.F. 1984 Pp 932

Rodríguez Estrada, Mauro
Liderazgo
2a edición, Ed. Manual Moderno, Méx 1988, Pp 143

Rodríguez Estrada, Mauro
Administración de la capacitación
Ed, Mc. Graw Hill, México 1990, Pp 122

Salvat,

Diccionario Terminologico de Ciencias Medicas,

Ed. salvat, España 1987, Pp 1209.

Secretaría de Salud - Dirección General de Planificación Familiar,

La Supervisora de Auxiliares de salud dentro del programa de Planificación Familiar en la Estrategia de Extensión de Co-vertura,

Ed. S.S. - D.G.P.F., México 1986, Pp 170.

Siliceo, Alfonso,

Capacitación y Desarrollo de Personal,

2a. edición, Ed. Limusa, México 1982, pp 152.

Tecla y Garza

Teoría, Métodos y Técnicas de la Investigación social,

Ed, Cultural Popular, México 1976, pp. 210.

Tortora, Anagnostakos,

Anatomía y Fisiología,

3a. edición, Ed. Harla, México 1981, Pp 837.

Universidad Nacional Autonoma de México,

Ginecobstetricia,

3a. edición, Ed. U.N.A.M., México 1984, Pp 423.

Universidad Nacional Autonoma de México - Escuela Nacional - de Enfermería y Obstetricia,

Cuaderno de apoyo a la investigación,

2a. edición, Ed. U.N.A.M.- E.N.E.O., México 1989, Pp 97.