

1122681
71.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

**INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES PARA LOS TRABAJADORES
DEL ESTADO**

UNIDAD ACADEMICA

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR.

CLINICA ORIENTE.

**DETECCION DE LA INDICACION MEDICA INADECUADA DEL METODO DE
PLANIFICACION FAMILIAR EN MUJERES DERECHO-HABIENTES DE LA CLINICA
ORIENTE.I.S.S.S.T.E.**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR,PRESENTA:**

JOSE INES MARTINEZ RUIZ

MEXICO,D.F. FEBRERO DE 1997.

**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 esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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

**DETECCION DE LA INDICACION MEDICA INADECUADA DEL METODO DE
PLANIFICACION FAMILIAR EN MUJERES DERECHO-HABIENTES DE LA CLINICA
ORIENTE.I.S.S.S.T.E.**

**QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA:**

JOSE INES MARTINEZ RUIZ

AUTORIZACIONES.

**DR. MIGUEL ANGEL FERNANDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR FACULTAD DE MEDICINA.
UNAM.**


**DR. ARNULFO HIGOYEN CORIA
COORDINADOR DE INVESTIGACION DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA
FAMILIAR FACULTAD DE MEDICINA.
UNAM,**


**DRA. MA. DEL ROCIO NORIEGA GARIBAY
COORDINADORA DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR.
UNAM.**

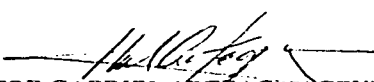
**DETECCION DE LA INDICACION MEDICA INADECUADA DEL METODO DE
PLANIFICACION FAMILIAR EN MUJERES DERECHO-HABIENTES DE LA CLINICA
ORIENTE.I.S.S.S.T.E.**

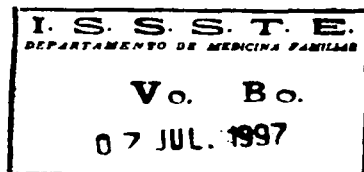
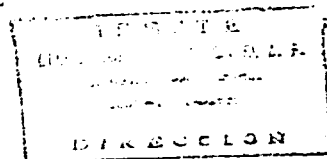
**QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA:**

JOSE INES MARTINEZ RUIZ

AUTORIZACIONES.


**DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES
PROFR. TITULAR DEL CURSO
CLINICA ORIENTE.I.S.S.S.T.E.
Y ASESOR DE TESIS**


**DR. HECTOR GABRIEL ARTEAGA ACEVES
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
I.S.S.S.T.E.**



**DETECCION DE LA INDICACION MEDICA INADECUADA DEL METODO DE
PLANIFICACION FAMILIAR EN MUJERES DERECHO-HABIENTES DE LA CLINICA
ORIENTE. I.S.S.S.T.E.**

INDICE

	Pags
MARCO TEORICO	1 - 11
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
JUSTIFICACION	13 - 14
OBJETIVOS	15
METODOLOGIA	16 - 17
RESULTADOS .	
CUADROS Y GRAFICAS	18 - 32
DESCRIPCION DE RESULTADOS	33 - 34
ANALISIS DE LOS RESULTADOS ENCONTRADOS	35 - 37
CONCLUSIONES	38 - 39
ANEXO 1	40 - 41
BIBLIOGRAFIA	

AGRADECIMIENTOS :

A MIS PADRES JUAN Y GUELIA:

**CON PROFUNDA Y ETERNA GRATITUD, PORQUE A SU MANERA, ME
BRINDARON LO MEJOR DE ELLOS, SIENDO UN INCENTIVO IMPORTANTE PARA
LOGRAR LA CULMINACION DEL PRESENTE.**

A MI ESPOSA E HIJOS.

A MI ESPOSA LUPITA, POR SU GRAN COMPRESION Y TOLERANCIA Y, POR SUS PALABRAS DE ALIENTO EN EL MOMENTO OPORTUNO, HACIENDO QUE NO DESMAYARA PARA SEGUIR ADELANTE Y ASI LOGRAR CULMINAR SATISFACTORIAMENTE UNA ETAPA MAS EN MI VIDA PROFESIONAL.

A MIS HIJOS: NORMA ANGELICA, JOSE RODRIGO Y ANEL GUADALUPE; POR EL APOYO MORAL Y ACEPTACION QUE ME BRINDARON DESDE EL INICIO Y FINAL DE ESTA EMPRESA, PORQUE FUERON SIEMPRE COMO UN ESTIMULO QUE ESTUVO INYECTANDO MI ESTADO DE ANIMO Y ASI CONCLUIR ACERTADAMENTE, Y EN HONOR A ELLOS, EL PRESENTE ESTUDIO.

AGRADEZCO TAMBIEN A MIS FAMILIARES, A MIS HERMANOS, POR SUS PALABRAS DE ANIMO, Y EN ESPECIAL A MI HERMANO DR. JOSE GUMERSINDO MARTINEZ RUIZ, QUIEN CON SU ORIENTACION, LOGRE CONFORMAR GRAN PARTE DEL CONTENIDO DEL MARCO TEORICO DEL PRESENTE ESTUDIO.

**Y CON PROFUNDA GRATITUD Y RESPETO AL DR. ISAIAS HERNANDEZ
TORRES, PROF. TITULAR DEL CURSO Y ASESOR DE TESIS, POR SU CONSTANTE
PACIENCIA Y CONOCIMIENTOS; QUE FUERON PROMORDIALES PARA LA
REALIZACIÓN DEL PRESENTE ESTUDIO.**

MARCO TEORICO

CONCEPTO. -Es el derecho y privilegio que tiene la pareja humana para procurar las mejores condiciones de vida para su familia, en una de cuyas bases principales es decidir de común acuerdo y según su propio albedrío, el número de hijos y la frecuencia con que los ha de procrear, y utilizar al efecto los medios médicos adecuados para la regulación temporal de la fertilidad en forma espontánea, libre, ética, amorosa, y digna y así proteger la salud de la madre y atender, abastecer, educar y amar más y mejor a los hijos, lograr la mejor consolidación y aprovechamiento de los recursos económicos del hogar. (11)

En nuestro país, la planificación familiar está situada en el más alto nivel de reconocimiento social y jurídico, al estar contemplada en el artículo 4o. Constitucional, en donde señala con claridad "El derecho de toda pareja a decidir libre, responsable e informada el número y espaciamiento de sus hijos".(11)

Por lo que en correspondencia a éste derecho social, la pareja debe estar consciente de la responsabilidad que implica ésta libertad de decisión.

La pareja también tiene derecho de lograr el máximo de satisfacción personal a través del matrimonio y de los hijos que decida tener, no olvidando el prepararse para dar éste importante paso.

La estabilidad emocional de salud física, la situación económica y las condiciones de vida de la pareja, son factores de vital importancia en la planificación familiar, pues aseguran una paternidad por elección y no por accidente.

La planificación familiar es un instrumento para proporcionar una eficiente salud reproductiva, definida ésta como la forma de: a) regular la fertilidad. b) asegurar que los embarazos y partos transcurran sin complicaciones. c) disminuir la mortalidad neonatal. d) impedir embarazos no deseados y, e) evitar los embarazos de alto riesgo; por lo tanto es necesario promover los métodos modernos que son los que brindan la mayor seguridad, eficiencia y continuidad.

Por todo lo anterior, es importante, que el prestador de servicios de salud conozca todos los aspectos médicos y paramédicos de los anticonceptivos para que pueda ofrecer un buen consejo y correcto acerca de las diferentes modalidades, pero siempre con un absoluto respeto a la ideología de la pareja en la que incluyen factores tradicionales, religiosos y culturales, e indicaciones clínicas precisas, evitando sus efectos colaterales.

ORGANOS REPRODUCTORES FEMENINOS

Los órganos reproductores de la mujer son: El par de gónadas, los ovarios; se encuentran en la porción pelviana de la cavidad abdominal, cerca de unas aberturas con forma de embudo ubicadas en el extremo de las trompas uterinas correspondientes; alrededor del orificio abdominal de cada trompa, se encuentran unas prolongaciones semejantes a flecos, formadas por tejido sumamente vascularizado, y que se denominan fimbrias. El óvulo liberado de la superficie del ovario penetra por el extremo fimbriado de la trompa y luego avanza lentamente por su interior hasta llegar al útero, donde, si ha sido fecundado quedará implantado y será nutrido durante el desarrollo prenatal. (11, 14)

El útero humano es un órgano en forma de pera que en estado grávido tiene paredes gruesas, está ricamente vascularizado y posee abundante músculo liso. En su extremo inferior, el cuerpo del útero se continúa con el cuello o cervix caracterizado por una luz pequeña, paredes gruesas y glándulas distintas a las que se encuentran en el cuerpo. El cuello uterino se proyecta en la parte superior de la vagina, que cumple la doble función de órgano de copulación y de canal de parto. (11, 14)

ESTRUCTURA Y FUNCIONES DEL OVARIO.

El ovario es un órgano sólido que contiene al nacimiento todos los óvulos que van a ser liberados. Los ovarios y sus óvulos permanecen pequeños y pasivos hasta la pubertad, cuando los ovarios se agrandan y los óvulos comienzan a madurar. Cada óvulo que va a ser liberado, está contenido en un folículo como ampolla visible en la superficie del ovario; aproximadamente cada 26 días un óvulo maduro es liberado por la rotura de un folículo en un ovario, dos o más folículos pueden madurar liberando un óvulo cada uno de manera simultánea, proporcionando un organismo para los gemelos. La mujer libera menos de quinientos óvulos durante su vida en comparación con los millones de espermatozoides que se eyaculan en el hombre. (10, 11, 14)

FERTILIZACION.

El óvulo que es lo suficientemente grande para ser visible es barrido por los cilios del extremo como embudo de las trompas de Falópio que rodean al ovario, luego comienza un lento viaje hacia abajo en dirección del útero. Si el acto sexual ha introducido espermatozoides en la vagina poco antes o después de la ovulación o liberación de un óvulo, los espermatozoides pueden penetrar el orificio interno de la cervix pasando hacia arriba a través de la luz de la misma y, a través del fondo uterino y, la trompa de Falópio, llegar ahí y encontrarse con el óvulo. En éste punto una célula espermática penetra al óvulo para fertilizarlo. (11, 15)

FUNCION UTERINA.

El óvulo fertilizado inmediatamente comienza su desarrollo en un nuevo individuo y continúa su camino hacia abajo para llegar a la luz o cavidad del fondo uterino.

Para la mayoría de los ciclos de 28 días, las paredes del útero no están preparadas para anidar el desarrollo del óvulo fertilizado, sin embargo, una vez cada ciclo, el endometrio se engruesa y cambia de tal forma que un óvulo fertilizado llega a la trompa de Falópio en su momento óptimo y encuentra un revestimiento receptivo.

Si no llega un huevo fertilizado, el endometrio cambia aún más y finalmente se esfacela en forma de menstruación. La peristalsis uterina que puede ser dolorosa, desprende el revestimiento descartado a través de la cervix y hacia la vagina en forma de menstuo o periodo menstrual. Cuando el revestimiento se ha esfacelado, comienza a integrarse de nuevo para el ciclo siguiente en el cual podría llegar algún óvulo fecundado. (11, 15)

EMBARAZO.

Si llega un óvulo fertilizado, se implanta en el revestimiento uterino y juntos, el huevo y la mucosa, forman la placenta que va a dar soporte a la vida del niño en desarrollo. Esta placenta es un órgano vascular que mantiene la separación de sangre de la madre del niño, en tanto que les pone en tal contacto que los gases, agua de materiales sólidos, pasan del uno al otro. A medida que se desarrolla el cordón umbilical lleva sangre del niño a la placenta y de la placenta al niño; el niño en desarrollo está rodeado por un saco membranoso, el amnios, lleno de líquido, éste saco se distiende hasta que el producto nace. Todo esto ocurre en el fondo uterino que debe sufrir una rápida expansión para acomodar su contenido en desarrollo. El cervix cambia mucho menos y permanece en constricción hasta poco antes del nacimiento. (11, 15)

A continuación se describen las características más relevantes de las diferentes opciones anticonceptivas.

1.- ABSTINENCIA PERIODICA.

Consiste en evitar tener relaciones sexuales durante el período del ciclo menstrual en que el óvulo pudiera ser fertilizado, es decir el "período fértil", para lograrlo se recurre al calendario menstrual, el que establece los tiempos en que se deben evitar las relaciones sexuales; éstas son a partir del día diez del ciclo menstrual y solo se puede reanudar normalmente una semana antes de la siguiente menstruación pre vista. Este método es ineficaz cuando existen irregularidades menstruales. Para subsanar lo impreciso de éste método se han tratado de identificar los cambios fisiológicos que proporcionarían mayor seguridad para conocer la época fértil en cada mes y llevar la planificación familiar de manera confiable. Los métodos que se basan en la detección de cambios fisiológicos se conocen como "métodos naturales" en tanto que el anterior se le conoce como método del "ritmo". (20)

2.-METODO DE BARRERA.

Estos métodos impiden teóricamente que el espermatozoide se una al óvulo y evite la fertilización; con éste propósito se usa el condón o preservativo, el diafragma, el capuchón cervical y los vehículos con propiedades espermaticidas, sirven también como protectores contra enfermedades sexualmente transmisibles. Actualmente el condón está provisto de una sustancia surfactante, el nonoxinol 9, que inmoviliza al espermatozoide, ésta misma sustancia es lo que contienen otros espermaticidas como geles, espumas, cremas y óvulos vaginales. (20)

3.- HORMONALES ORALES.

Actualmente existe una variedad de fórmulas farmacológicas, pero la mayoría contienen un progestágeno y un estrógeno. El progestágeno puede ser noretindrona, acetato de noretindrona, diacetato de etinodiol, nortinodrel, norgestrel y- o levonorgestrel; el estrógeno es el etinilestradiol o 3 metil ester de etinil-estradiol en dosis menores de 30 microgramos, ésta se considera ser la óptima. Gralmente. para los programas oficiales de planificación familiar se prefiere la presentación constante de estrógeno-progestágeno o unipil. (7, 9, 20)

4.- HORMONALES INYECTABLES.

Tienen la combinación de estrógeno-progestágeno y su efecto anticonceptivo varía entre uno y tres meses, por lo cual tiene mejor aceptación entre ciertos grupos sociales y son los de mayor demanda entre los grupos rurales y mujeres de la baja condición social o educacional. (4, 20). Otra presentación es la forma única de progestágeno que por ello puede tener mayor aceptabilidad. Su problema fundamental es que produce sangrado intermenstrual con mayor frecuencia y-o periodos de amenorrea, por lo que es necesario advertir a las usuarias de éste efecto colateral, para disminuir la diserción, ya que cuando tienen conocimiento de los efectos sobre la menstruación, tiene mayor aceptación éste método. (4, 20)

5.- DISPOSITIVO INTRAUTERINO.

En la actualidad existen cuatro modalidades de DIU., provistos de un filamento que sirve de "cola"; éstos son: a) El 7 de cobre. b) La T 2008. c) La T 380 A. d) La T que libera progesterona.

El efecto de todos ellos dura entre 3 y 4 años. La de mayor uso es la T 380 A que tiene una superficie de cobre de 380mm² contenida en los dos brazos del marco de plástico y por lo cual confiere una protección anticonceptiva durante 4 a 6 años. Su tasa acumulativa de embarazo es de 0.5 por 100 años mujer al año de uso y solo 1.9 después de 4 años.

El principal inconveniente del DIU, es que puede producir alguna infección genital interna y salpingitis secundaria. éste riesgo se puede reducir mediante la asepsia obligatoria al introducir el DIU, y con la recomendación de no usarlo en mujeres nuligestas y sobre todo si tiene más de un compañero sexual. En parejas monógamas no existe contraindicación para su uso, en particular en parejas que han terminado su fertilidad y que no pueden tomar anticonceptivos hormonales por alguna razón especial. Es el método de elección para la planificación familiar que se inicia después de alguna intervención obstétrica, como puede ser una cesárea o parto, y si se desea espaciar la procreación, la aplicación correcta del DIU evita la posibilidad de perforación uterina o de infección del aparato genital, incluso en el periodo postparto o postcesárea. (5, 20)

Su mecanismo de acción; la reacción del cuerpo extraño intenso vuelve al endometrio inadecuado para la implantación de óvulos fecundados. El concepto es que el DIU, funciona principalmente en el momento de la implantación, antes de que el óvulo llegue al útero. (5, 7)

Del 5 al 15 % de las mujeres, son objeto de retiro del DIU, por hemorragia y dolor. En total, la pérdida sanguínea menstrual aumenta de 20 a 50 % en usuarias de DIU de cobre, por el contrario dicha pérdida disminuye en casi 40% en las usuarias de la T de progesterona, aunque el total de días de pérdida sanguínea leve y manchas, pudiera aumentar. Es incierto el impacto de éstos cambios de la pérdida sanguínea sobre la incidencia de anemia por deficiencia de hierro. (5, 7)

Si la hemorragia menstrual persiste(más de 80 ml.) es adecuado el tratamiento con inhibidores de síntesis de prostaglandinas, pues se ha demostrado que disminuyen el sangrado relacionado con DIU, utilizando Acido mefenámico 500 mgs. durante el sangrado , o de Naproxen 250 mgs. 3 veces al día, por cinco días. Si ésta maniobra fracasa o el dolor es problemático, puede estar indicado el retiro del DIU.

6.- DISPOSITIVO SUBCUTANEO.

Se ha desarrollado un tipo de dispositivo el NORPLANT, consiste de seis pequeñas cápsulas cilíndricas, en forma de un cerillo y un elastómero con levonorgestrel, que se inserta por debajo de la piel mediante trocar. Se aplica anestesia local en la parte superior e interna del brazo y se hace una pequeña incisión para facilitar la introducción del trocar. El esteroide se libera a la circulación a velocidad casi constante y produce así efecto anticonceptivo durante cinco años, su tasa de embarazo es del 1 % , pero propicia los sangrados menstruales irregulares inconveniente común a los anticonceptivos solo de progestágenos. (20)

7.- NUEVOS METODOS.

Existe una droga que impide o desprende el huevo anidado en el endometrio y que por éste motivo ha provocado una gran controversia ética y moral en varios países. Se trata de una sustancia con acción antiprogesterona que compite con la hormona natural, la progesterona, por los sitios receptores a nivel del endometrio. De ésta manera tal sustancia RU 486- engaña al receptor celular y no permite que se fije la progesterona natural, indispensable para mantener implantado al nuevo huevo fertilizado. (2, 9, 20)

El procedimiento abortivo debe completarse con una prostaglandina sintética, la cual se encarga de provocar contracciones uterinas para lograr expulsar al huevo fecundado. En síntesis se trata de un aborto farmacológico y no se tiene que recurrir al legrado instrumental. Como frecuentemente se tiene contracciones dolorosas del útero y el sangrado puede ser abundante, están probando diferentes dosis del antiprogestágeno y de la prostaglandina. (20)

8.- VASECTOMIA.

Es un procedimiento sencillo y exento de riesgo ya que no produce ninguna alteración inmediata o a largo plazo, como serían procesos autoinmunes o cancer testicular y-o prostático. Para hacer más aceptable la vasectomía se ha tratado de simplificarla a procedimiento de consultorio con anestesia local y sin usar bisturí. El conducto deferente se puede visualizar fácilmente a través de una pequeña incisión y se extrae con una pinza para ligarlo. En teoría éste es un procedimiento de elección para realizar un método definitivo. (9, 20)

9.- SALPINGOCLASIA.

En varios países es el método preferido para la planificación familiar, en México su uso se va incrementando de manera acelerada. En mujeres que ha terminado su fertilidad y que se encuentran alrededor de los 35 años, es el método de elección, sobre todo después del último acto obstétrico. La salpingoclasia se puede realizar mediante una minilaparatomía o una laparoscopia. Definitivamente es preferible la minilaparatomía, en particular después de un parto o un aborto, ya que se realiza con anestesia local y técnicamente la operación se facilita. Después de un parto es mejor hacerla a las 48 hs. y en el caso de cesárea se realiza inmediatamente después del alumbramiento. Cuando se decide hacer salpingoclasia electiva fuera de un periodo obstétrico, por motivos de espaciamiento, se puede realizar indistintamente con microlaparatomía o con laparoscopia, pero se debe tener en cuenta que para la laparoscopia se requiere adiestramiento quirúrgico muy especializado. (14, 20)

En la actualidad se acepta que no existe aún el método anticonceptivo ideal que asegure las premisas de: 1) seguridad. 2) eficaz. 3) administración fácil. 4) aceptación alta. 5) recuperación inmediata de la fertilidad y, 6) bajo costo. Por ahora lo importante es proporcionar una oferta amplia y variada de métodos para que de ellos se seleccione el más apropiado para cada pareja, después de haber sido informada de manera amplia y siempre con un absoluto respeto a la voluntad de la pareja. (20)

MODO DE ACCION DE LOS ANTICONCEPTIVOS ESTEROIDALES.

Los esteroides anticonceptivos actúan principalmente en dos formas.

A.- Interrumpiendo el sistema de retroalimentación neuroendócrina que controla las relaciones hipotalámica-pituitaria-ovárica.

B.-Induciendo cambios en partes del tracto reproductivo como ser: el moco cervical, el endometrio y probablemente el miometrio y las trompas. Estos modos de acción múltiples son la razón de la eficacia casi completa de los anticonceptivos orales combinados; de esta forma, si se produce la ovulación rara vez resulta en embarazo, ya que las condiciones en el tracto reproductivo son desfavorables al transporte del espermatozoide y el óvulo, así como para la implantación de un óvulo fecundado. (7, 8, 9)

INHIBICION DE LA OVULACION.

Los esteroides anticonceptivos inhiben la ovulación por su acción sobre el hipotálamo, tal vez sobre los centros nerviosos superiores, interrumpiendo así la producción de hormonas liberantes y la norma rítmica de la secreción de gonadotropinas que usualmente hace que la ovulación no ocurra. (7)

EFECTO SOBRE EL MOCO CERVICAL.

Los estrógenos naturales o sintéticos, aumentan la producción de moco cervical y lo hacen fluido; éstos cambios facilitan la supervivencia y movimiento del espermatozoide y se utilizan para el tratamiento de la infertilidad asociada a moco cervical deficiente a mitad del ciclo. Contrariamente los progestágenos inducen la formación de moco escaso y viscoso que impide la penetración y motilidad del espermatozoide. (7, 9)

EFECTO SOBRE EL ENDOMETRIO.

Los estrógenos sintéticos son capaces de inducir crecimiento en el endometrio, pero si se dan sin un progestágeno, usualmente no pueden mantener el endometrio por tanto tiempo como 21 días. El sangrado que ocurre al final de una serie de estrógenos, tiende a ser abundante e irregular. Si se da un progestágeno con el estrógeno, el endometrio se torna más estable y así se puede evitar la desintegración y sangrado durante 21 días o más, según la cantidad y potencia del progestágeno utilizado. (7, 9)

Cuando cesa la administración de estrógeno y progestágeno, el endometrio se desintegra y usualmente se desprende con menos pérdida de sangre que en un ciclo fisiológico. Los agentes progestacionales causan cambios histológicos en el endometrio, los que varían según la duración del tratamiento y el agente utilizado. Ciertos progestágenos, particularmente compuestos de nortestosterona producen un curioso asincronismo entre el desarrollo del estroma y el de las glándulas; el estroma es edematoso, casi decidual, mientras que las glándulas están exhaustas y atroficas. Se supone que tal endometrio no es un lugar que invite a la implantación del óvulo fecundado.

EFFECTOS SOBRE EL UTERO Y LAS TROMPAS.

Es probable que alteren las normas de actividad en el útero y las trompas y en ésta forma impidan el transporte del espermatozoide y el paso del cigoto por las trompas a la cavidad uterina. A veces las dosis altas de estrógenos administrados, a las mujeres inmediatamente despues de la ovulación, como preparación postcoital, parecen impedir la implantación en el útero debido a la expulsión del óvulo fecundado, (7, 8, 9)

LOS EFECTOS DE LA ANTICONCEPCION SISTEMICA.

Los agentes anticonceptivos esteroidales, especialmente los orales combinados, son muy seguros para impedir el embarazo, pero inevitablemente, tienen ciertos efectos colaterales que pueden ser debidos a las acciones directas de los esteroides sintéticos o a las indirectas a traves del sistema endócrino mismo de la mujer. (7, 9)

EFFECTOS ENDOCRINOS.

Los anticonceptivos orales afectan varios aspectos de la función tiroidea y es difícil desenmarañar todas las esferas de acciones posibles; causan un aumento en la globulina unida a la tiroxina y un aumento del Yodo unido a la proteína, éste último podría ser solo consecuencia del primero. En éste respecto los anticonceptivos orales imitan la situación que se presenta en el embarazo y la probabilidad es que, como en el embarazo, éste sea un efecto estrogénico. Podría ser que los anticonceptivos orales afecten tambien la secreción de las hormonas estimulantes tiroideas para confirmar o refutar el fenómeno. (7, 9)

EFFECTOS SOBRE LA FERTILIDAD SUBSECUENTE Y LA AMENORREA DESPUES DE LA ANTICONCEPCION.

Despues de interrumpir la anticoncepción oral secuencial, el embarazo se produce en el primer ciclo aproximadamente en el 50% de las mujeres, independientemente del tiempo anterior de uso. Dos años despues de interrumpir ya sea el método combinado o el secuencial, se ha producido la concepción entre el 90 y el 100% de las mujeres anteriormente fértiles. (7, 9)

TROMBOEMBOLIAS.

Desde 1961, se han publicado informes sobre trombosis venosa, embolia pulmonar, trombosis arterial cerebral y coronaria. Los esteroides anticonceptivos, particularmente los estrógenos, afectan algunos elementos del mecanismo de formación de fibrina y fibrinolisis y tambien algunos aspectos de la fisiología vascular. Tambien se ha informado de los cambios histológicos inusitados en la parte íntima de los vasos sanguíneos, las mujeres mayores de 35 años tienen mayor riesgo que las mujeres más jóvenes. (3, 7)

El Comité Médico Central y el grupo de expertos en anticoncepción esteroideal de la I.P.P.F. revisaron en 1970 el tema de tromboembolias y sus recomendaciones respecto a las implicaciones clínicas de la evidencia disponible siguen siendo válidas, y son. El riesgo de muerte o morbilidad a continuación del fenómeno tromboembólico en mujeres que toman anticonceptivos orales, es compatible con el uso continuo de éstas preparaciones, ya que los riesgos consecuentes a la mayor posibilidad de embarazo que sigue a la interrupción del uso, son mayores que los riesgos del uso en casi todas las circunstancias. No se piensa que los cambios en la relación entre los grupos sanguíneos y la tendencia a coagulación son de suficiente importancia para considerarlos en la decisión de dar o suspender el uso de anticonceptivos orales. (7, 8, 9)

Ninguna causa predisponente de trombosis es aceptada universalmente como una contraindicación absoluta al uso de anticonceptivos orales, en ciertas circunstancias, solo alguna de las causas predisponentes son contraindicaciones relativas. Se cree generalmente, que el riesgo de trombosis aumenta al disminuir la circulación, al aumentar los factores de coagulación sanguínea o por daño o alteraciones de las paredes de los vasos sanguíneos. No hay asociación con el uso de estrógenos con fines terapéuticos y cáncer cervical, endometrial, ovárico o de mama. Es biológicamente posible que el efecto de los anticonceptivos orales varíe en diferentes momentos de la vida reproductiva de la mujer o en periodos diferentes de la ovulación de una enfermedad maligna. (7, 8, 9)

CAMBIOS METABOLICOS.

Varios investigadores han informado sobre los siguientes cambios bioquímicos asociados al uso de anticonceptivos orales:

Hipertigliceridemia

Hiperinsulinismo

Aumento en la secreción de hormona de crecimiento

Hiperpiruvemia

Hiperfosfolipidemia

Aumento de cobre, hierro, zinc y, capacidad de unión del hierro con el suero.

Aumento en macroglobulina circulante, transferrina, albúmina, inmunoglobulina, criofibrinógeno, transcortina y cortisol libre no conjugado. (3, 7)

ICTERICIA.

No es prudente administrar anticonceptivos orales a mujeres con historia de ictericia idiopática recurrente al embarazo, pero debe recomendarse otros métodos eficaces de anticoncepción. También hay que evitar los anticonceptivos orales en los que hay antecedente de ictericia idiopática crónica(síndrome de Dubin-Johnson y Rotor) o prurito generalizado., recurrente al embarazo. (3, 9)

HIPERTENSION.

Los esteroides exógenos están asociados a cambios secundarios en la producción de aldosterona y reactividad a la renina. El uso de ciertos progestágenos puede estar asociado a retención de sodio y tener un efecto anabólico; los estrógenos pueden ser asociados a retención de agua y edema. (3, 7)

DEPRESIÓN.

Está establecido que en algunas mujeres los periodos de depresión ocurren premenstrualmente y durante la menstruación, mientras que durante éstos periodos se han demostrado cambios cuantitativos en la función intelectual, capacidad de trabajo, tasas de accidentes, admisiones al hospital (por diversas causas) y aún actos criminales. En todos éstos cambios psíquicos que se mencionan, es muy posible que haya una vinculación con los antecedentes endócrinos de la mujer. (7)

CAMBIOS EN LA LIBIDO.

Se ha informado que el uso de anticonceptivos esteroidales altera la libido en muchas mujeres, sea por su contenido hormonal o por el cambio de humor consecuente a verse libre del tener un embarazo. (7, 8, 9)

ESTADOS NEURO-OFTÁLMICOS.

Ocasionalmente se han informado síntomas oculares que van de la diplopia a la ceguera, en algunas mujeres que toman anticonceptivos orales; en algunos de éstos casos se ha encontrado papiloedema y trombosis vascular.

CAMBIOS EN LA LACTANCIA.

Algunos estudios muestran que existe una ligera reducción en el volumen de la leche, un cambio moderado en sus constituyentes y una posible reducción del tiempo de destete en uso de preparaciones combinados. (7, 9)

OTROS EFECTOS COLATERALES LEVES.

Náusea.-Es usual en el primer ciclo y se nota menos al tomar la tableta al irse a dormir, se debe principalmente a la sensibilidad de la paciente al estrógeno sintético y puede ocurrir aunque levemente al comienzo de cada ciclo, pero casi siempre disminuye con el uso continuo de tal preparación. (7, 8)

Sensibilidad en los senos.-Los senos pueden estar doloridos y ligeramente hinchados en el primer ciclo, pero como ocurre con la náusea, éste efecto desaparece normalmente en los ciclos subsiguientes. (7, 8)

CLOASMA Y OTRAS AFECCIONES DE LA PIEL.

Cloasma.-Consiste en manchas de pigmentación castaña y forma irregular en la cara, especialmente en la cara y pómulos, es más probable que ocurra cuando se está bastante al sol y, especialmente en mujeres que tienen la tendencia a pigmentación de cualquier modo. Está directamente relacionado con el estrógeno, se desarrolla insidiosamente y solo disminuye lentamente al suspender la preparación hormonal. (7, 8)

Telangiectasias, y araneo nevus.-Que se producen durante el embarazo y se les considera un efecto estrogénico, pueden ocurrir en mujeres que toman anticonceptivos orales combinados. Hay informes de dos tipos de alopecia con los anticonceptivos orales. (7,8, 9)

Candidiasis vaginal.-Como ocurre en el embarazo, hay más posibilidad de infecciones monilíasicas vaginales, probablemente hay relación con el efecto antiestrogénico del progestágeno y los cambios asociados en la flora vaginal y el Ph. Cuando es resistente la candidiasis vaginal puede resultar muy intratable con la terapia fungicida corriente, aún si se utilizan preparaciones más estrogénicas, pueden llegarse hasta precisar suspender la terapia combinada estrógeno-progestágeno antes de conseguir mejoría alguna. (7)

ALTERACIONES EN LA MENSTRUACION.

En la mayoría de las mujeres se reduce el reflujo menstrual, lo que está relacionado a la antiestrogenicidad del progestágeno usado, cuando se toman anticonceptivos orales por primera vez; se produce sangrado intermenstrual y a veces manchado o sangrado, puede ignorarse éste manchado, pero si el sangrado persiste al seguir tomando la preparación, sería necesario cambiar a otro producto que contenga una dosis mayor de estrógeno-progestágeno. Debería considerarse y excluirse otras causas ginecológicas por el sangrado, especialmente, el sangrado ocurre en mujeres que ya están acostumbradas a los anticonceptivos orales. (3, 7)

PROBLEMA

El incremento demográfico, representa un problema de carácter socioeconómico y de salud pública, que se refleja en el desarrollo comunitario, por necesidades crecientes de orden económico, educativo y médico.

Por la magnitud y trascendencia del problema se requiere de soluciones que, vinculadas a todas las áreas del conocimiento humano, permitan el desarrollo de procedimientos dentro de un marco de respeto a la decisión de las parejas con políticas de población propias, que conduzcan al bienestar social.

Los programas requieren que se contemplen los diferentes factores relacionados entre si, como son, el mejoramiento de la atención médica, la educación e información que despierten la responsabilidad en la procreación, todos ellos dirigidos a lograr conciencia del problema demográfico.

En México, existe desde la década de los años 70, una enérgica y firme política del Estado para promover y fomentar, la Planificación Familiar, por considerarla un ingrediente indispensable dentro del Plan Nacional de desarrollo (20).

Tomando en consideración que el último censo correspondiente a 1990, señaló que México cuenta con aproximadamente 81 millones de habitantes y que de estos, 9 millones de personas en edad reproductiva practican algún método de anticoncepción con el propósito de planificación familiar, es necesario por esta razón , ofrecer un consejo correcto acerca de las diferentes modalidades existentes, siendo aquellas que se denominan "modernas" para regular su fertilidad, ya sea limitando o espaciando la fecundidad y sin que tenga reacciones secundarias como consecuencia, lo que se traduce en la consecución de objetivos específicos en la salud de la madre, del recién nacido y del núcleo familiar.(11)

La preocupación en los últimos años ha sido desarrollar métodos anticonceptivos de aplicación práctica, cuyos efectos secundarios sean mínimos, delimitando las contraindicaciones relativas y absolutas en su uso, para lograr una efectividad aceptable y un empleo sin interrupción.

La calidad de la atención médica, no es función única de la infraestructura de salud y la capacidad de médicos y personal que conforman el equipo multidisciplinario de salud, sino también de la población que recibe la atención y, de esta manera, habrá menos reacciones secundarias en las personas que en edad reproductiva practican algún método anticonceptivo, surgiendo así, como consecuencia una menor frecuencia de indicaciones de método de planificación familiar inadecuado para ellas.

Por todo lo anterior, como problema para esta investigación, se plantea la siguiente interrogante:

¿Cuál será la frecuencia de mujeres con método de planificación familiar inadecuado para ellas?

JUSTIFICACION

Los agentes anticonceptivos esteroidales, especialmente los orales combinados son muy seguros para impedir el embarazo pero inevitablemente, tienen efectos colaterales que pueden ser debido a las acciones directas de los esteroides sintéticos o, a las indirectas a través del sistema endocrino mismo de la mujer.

Y de acuerdo a la literatura revisada, se sabe que los esteroides substituidos en el 17 alfa alquilo, causan alteraciones en el funcionamiento del hígado y colestasis(9). que los anticonceptivos orales afectan varios aspectos de la función tiroidea y es difícil descifrar todas las esferas de acción posibles que causan un aumento de Yodo unido a las proteínas.

Hay preocupación y controversia respecto a la relación entre uso de anticonceptivos orales y varias evoluciones de la salud, debido a que las enfermedades cardiovasculares y el cancer, son las principales causas de muerte en muchas mujeres (3).

Aunque hay pruebas que indican que los anticonceptivos orales aumentan el riesgo de infarto de miocardio, trombosis venosa y, hemorragia subaracnoidea, tales pruebas indican que el riesgo es mayor de cancer mamario (9, 21).

Resumiendo, se puede decir que, existe una gran cantidad de contraindicaciones para los anticonceptivos orales, entre los que se mencionan los siguientes:

- 1.- Hipertensión Arterial.
- 2.-Cefalea migrañosa intensa.
- 3.-Coágulo sanguíneo.
- 4.-Anemia de células falciformes.
- 5.-Mujeres mayores de 35 años que fuman.
- 6.-Diabetes.
- 7.-Problemas psiquiátricos.
- 8.-Retraso mental.

Con los anticonceptivos inyectables, suele haber periodos de hemorragia irregular, cefalea, mareo, distensión abdominal o mamaria y cambio de talante.(4, 9).

Los DIUS.tienen beneficios y riesgos, mas de 60 millones de mujeres en el mundo y sus proveedores de servicio médico han decidido que los beneficios son mayores que los riesgos, pero estos existen, cuando estan mal indicados.En un estudio realizado en México en el I.M.S.S., se pudo observar que las mujeres portadoras de Asa de Lippes y Tcu.380 son las que presentaron mayor número de ciclos y un sangrado menstrual mayor de 80 ml.(5, 20).

La cuantía del sangrado menstrual ha preocupado siempre a las mujeres y a los médicos, en todas partes y bajo circunstancias mas diversas, así como el saber que cada minuto muere una mujer en alguna parte del tercer mundo como consecuencia de aborto o parto.

Por las razones anteriores, es importante la realización de estudios como el presente, para determinar frecuencia de mujeres que están empleando inadecuadamente algún método anticonceptivo, lo que puede redundar en beneficio para la paciente, para que de acuerdo a sus características clínicas y orgánicas y, respetando la ideología de la pareja, incluyendo los factores tradicionales, religiosos y culturales, tenga una indicación precisa y adecuada y como consecuencia menos reacciones colaterales, garantizando así altas tasas de continuidad, para la derechohabiente y bajo costo para el Instituto.

Actualmente, la sobrepoblación del género humano, con crecimiento galopante incontrolable, es catastrófica. La planificación familiar de las últimas décadas ha logrado algún beneficio, pero solo en algunos países y, cuenta aún con oposición de varias religiones. Según estudios de las Naciones Unidas, el planeta contaba en el año Uno de nuestra Era, con una población que no sobrepasaba los 200 millones de personas, cifra que para 1990, había ascendido a 5000 millones y para mediados del siglo XXI, se duplicara de 10 a 12000 millones, si no se logra disminuir el índice de natalidad actual promedio de 3.8 a 3,3 para el año 2000. Así durante 1990 años, la población en el mundo creció a un ritmo promedio de solo 47 millones de personas por siglo (420 000 por año), siendo que ahora aumenta en 100 millones por año. En México, en el curso de este siglo, nuestra población se ha sextuplicado al pasar de 13.6 millones en 1900 a 81.3 millones en 1990, con lo que somos el Undécimo país más poblado del mundo, con una tasa de nacimiento de 2.4 millones de mexicanos cada año. En la actualidad se calcula que 1200 millones de seres humanos viven en condiciones de pobreza absoluta, 500 millones padecen de hambre crónica y que 45 000 niños mueren diariamente por desnutrición, en cifras que constituyen 16 millones al año. La exigencia que esta realidad impone en alimentación, vivienda, salud y educación, es formidable, tanto a nivel rural como urbano. (20)

De todo esto, surge la importancia y necesidad de hacer promoción y llevar a cabo actividades para planificación familiar, para que haya disminución progresiva de la fecundidad y la natalidad, cuidando que la paciente usuaria, tenga, lo mínimo de reacciones colaterales.

OBJETIVOS

I.-OBJETIVO GRAL. Determinar la frecuencia de mujeres, en las cuales hubo uso inadecuado del método anticonceptivo.

II.-OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- 1.-Establecer las razones por las cuales fué considerado método anticonceptivo mal indicado.
- 2.-Establecer cual método anticonceptivo fué usado erróneamente, con mayor frecuencia.
- 3.-Identificar el método de planificación familiar más usado en pacientes desnutridas.
- 4.-Identificar el método de planificación familiar más usado en pacientes obesas.
- 5.-Identificar el método anticonceptivo mal indicado según su multiparidad.
- 6.-Identificar el método anticonceptivo más empleado en grupos étnicos.
- 7.-Establecer que tipo de método fué el más usado por pacientes con alto riesgo reproductivo.
- 8.-Determinar cual fué el método anticonceptivo más empleado.

METODOLOGIA

TIPO DE ESTUDIO

Este estudio, tiene características de ser: Observacional, descriptivo y retrospectivo: dado que se consultaron cuestionarios previamente aplicados por el Personal Médico adscrito al servicio de consulta externa del turno vespertino de la Clínica Oriente.

POBLACION , LUGAR Y TIEMPO.

Hojas de riesgo reproductivo, elaboradas en la consulta externa de la Clínica Oriente del I.S.S.T.E. durante el periodo comprendido de julio de 1992 a mayo de 1993.

TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA.

Se empleó una muestra no aleatoria por cuotas, hasta completar un tota de mil unidades de observación, aplicadas en el periodo establecido.

CRITERIOS DE:

INCLUSION: Se utilizaron formatos con información completa.

EXCLUSION: Como criterios de exclusión, a todos aquellos formatos que se aplicaron a pacientes no derecho-habientes y, aquellos con información incompleta.

ELIMINACION: No los hay.

INFORMACION A RECOLECTAR.

El cuestionario se llenó con los datos que proporcionaron las pacientes usuarias, eb base a las variables que están comprendidas en el formato utilizado. (anexo 1)

METODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACION.

Para llevar a cabo el presente estudio, solicité autorización del C. Director de la Unidad Médica, para que se me proporcionaran los formatos, por el servicio de enseñanza, y que constó de ,hoja de valoración de riesgo reproductivo a mujeres de 15 a 49 años en intervalo intergenésico; mismos que se aplicaron, en la consulta externa turno vespertino, por todos los médicos adscritos, durante los meses de julio de 1992 a mayo de 1993.

CONSIDERACIONES ETICAS.

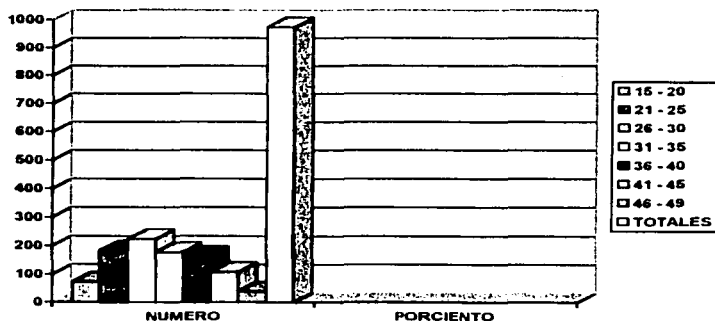
Por el tipo de estudio y por la metodología empleada, no conlleva riesgo de ninguna índole, para éste tipo de población derecho-habiente.

RESULTADOS

CUADRO NUMERO 1
METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR INADECUADOS
PIRAMIDE POBLACIONAL DEL GRUPO ESTUDIADO

EDADES	NUMERO	PORCIENTO
15 - 20	74	07.59
21 - 25	184	18.89
26 - 30	225	23.10
31 - 35	178	18.27
36 - 40	164	16.83
41 - 45	109	11.19
46 - 49	40	04.10
TOTALES	974	99.97

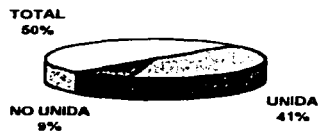
GRAFICA NUMERO 1



CUADRO NUMERO 2
METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR INADECUADOS
CONDICION DE UNION DEL GRUPO ESTUDIADO

TIPO DE UNION	NUMERO	PORCIENTO
UNIDA	800	82.13
NO UNIDA	174	17.86
TOTAL	974	99.99

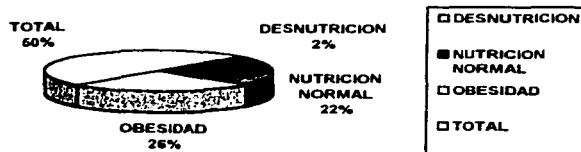
GRAFICA NUMERO 2



CUADRO NUMERO 3
METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR INADECUADOS
RELACION DEL ESTADO NUTRICIONAL DE LAS PACIENTES USUARIAS

ESTADO DE NUTRICION	NUMERO	PORCIENTO
DESNUTRICION	44	4.51
NUTRICION NORMAL	420	43.12
OBESIDAD	510	52.36
TOTAL	974	99.99

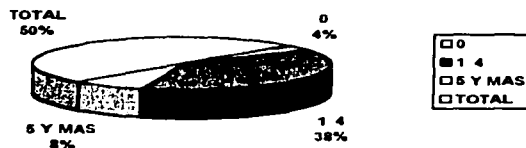
GRAFICA NUMERO 3



CUADRO NUMERO 4
METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR INADECUADOS
NUMERO DE GESTACIONES DE LAS USUARIAS DEL GRUPO ESTUDIADO

NUMERO DE GESTACION	NUMERO	PORCIENTO
0	71	7.28
1 4	746	76.59
5 Y MAS	157	16.11
TOTAL	974	99.98

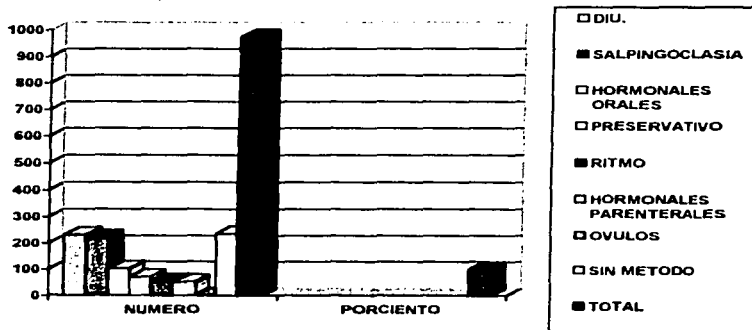
GRAFICA NUMERO 4



CUADRO NUMERO 5
METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR INADECUADOS
METODO MAS EMPLEADO POR LAS MUJERES DEL GRUPO ESTUDIADO

METODOS	NUMERO	PORCIENTO
DIU.	232	23.81
SALPINGOCLASIA	222	22.79
HORMONALES ORALES	103	10.57
PRESERVATIVO	71	7.28
RITMO	54	5.54
HORMONALES PARENTERALES	52	5.38
OVULOS	2	0.20
SIN METODO	238	24.43
TOTAL	974	100

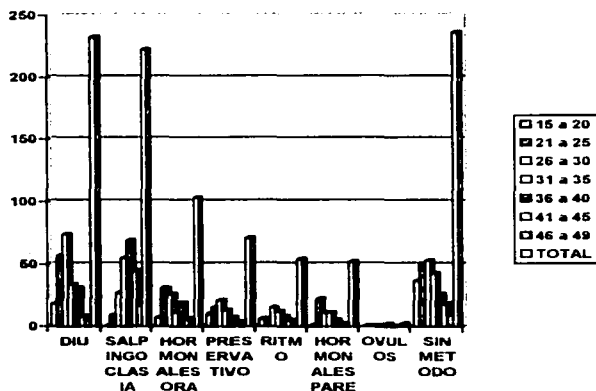
GRAFICA NUMERO 5



CUADRO NUMERO 6
METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR INADECUADOS
METODOS MAS EMPLEADOS POR LAS MUJERES POR GRUPOS DE EDAD

EDAD	DIU	SALPINGOCLASIA	HORMONALES ORALES	PRESERVATIVO	RITMO	HORMONALES PARENTERALES	OVULOS	SIN METODO
15 a 20	18	0	7	10	6	1	0	37
21 a 25	57	9	31	15	5	22	0	50
26 a 30	74	27	26	21	15	11	0	53
31 a 35	34	55	11	13	12	11	0	43
36 a 40	31	69	19	7	8	5	2	26
41 a 45	8	45	6	3	5	2	0	18
46 a 49	5	17	3	2	2	0	0	9
TOTAL	232	222	103	71	54	52	2	236

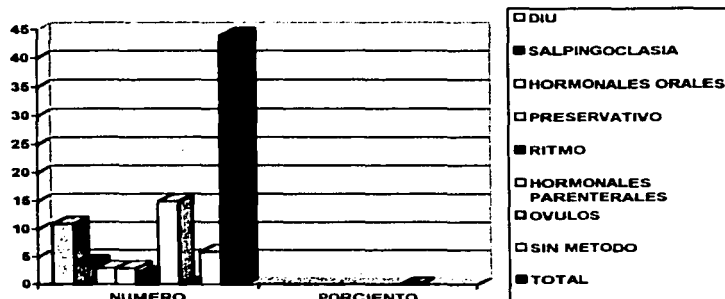
GRAFICA NUMERO 6



CUADRO NUMERO 7
METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR INADECUADOS
METODOS MAS USADOS EN PACIENTES DESNUTRIDAS

METODO	NUMERO	PORCIENTO
DIU	11	1.12
SALPINGOCLASIA	4	0.41
HORMONALES ORALES	3	0.30
PRESERVATIVO	3	0.30
RITMO	2	0.20
HORMONALES PARENTERALES	15	1.50
OVULOS	0	0
SIN METODO	6	0.61
TOTAL	44	4.44

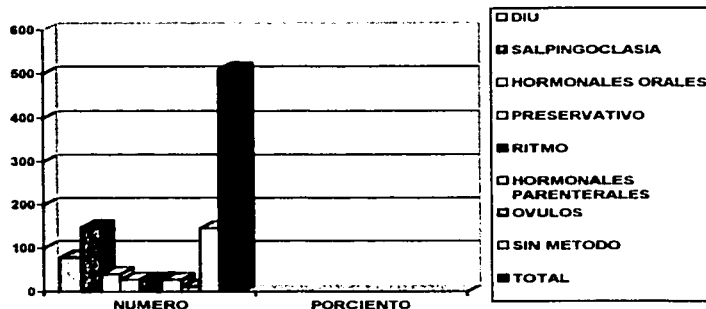
GRAFICA NUMERO 7



CUADRO NUMERO 8
METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR INADECUADOS
METODOS MAS USADOS EN PACIENTES OBESAS DEL GRUPO ESTUDIADO

METODO	NUMERO	PORCIENTO
DIU	79	8.11
SALPINGOCLASIA	148	15.19
HORMONALES ORALES	41	4.20
PRESERVATIVO	28	2.87
RITMO	29	2.97
HORMONALES PARENTERALES	28	2.87
OVULOS	12	1.32
SIN METODO	145	14.88
TOTAL	510	52.41

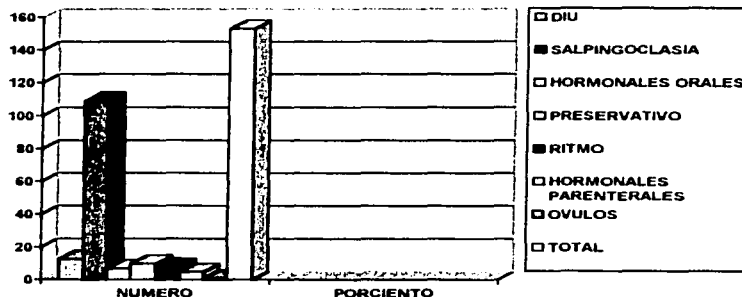
GRAFICA NUMERO 8



CUADRO NUMERO 9
METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR INADECUADOS
METODOS MAS USADOS EN PACIENTES MULTIPARAS

METODO	NUMERO	PORCIENTO
DIU	13	1.33
SALPINGOCLASIA	109	11.19
HORMONALES ORALES	7	0.71
PRESERVATIVO	10	1.02
RITMO	8	0.82
HORMONALES PARENTERALES	5	0.51
OVULOS	1	0.10
TOTAL	153	15.68

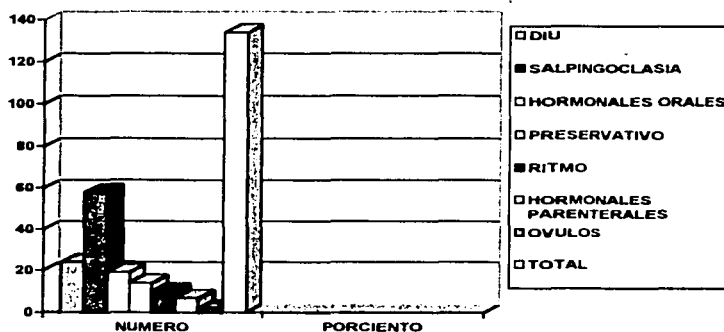
GRAFICA NUMERO 9



CUADRO NUMERO 10
METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR INADECUADOS
METODOS MAS USADOS EN PACIENTES CON ALTO RIESGO REPRODUCTIVO

METODO	NUMERO	PORCIENTO
DIU	24	2.46
SALPINGOCLASIA	58	5.95
HORMONALES ORALES	19	1.95
PRESERVATIVO	14	1.43
RITMO	10	1.02
HORMONALES PARENTERALES	7	0.71
OVULOS	2	0.20
TOTAL	134	13.5

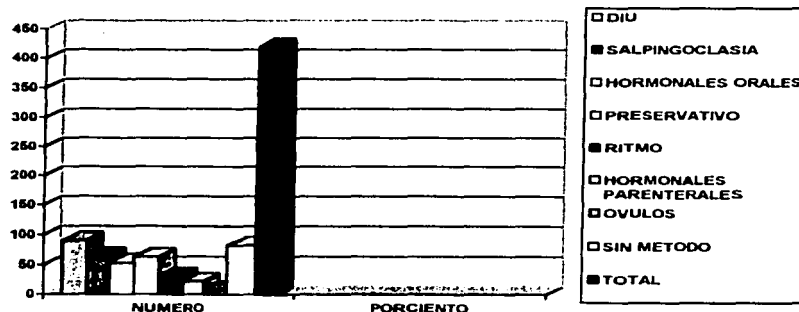
GRAFICA NUMERO 10



CUADRO NUMERO 11
METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR INADECUADOS
METODOS MAS USADOS EN PACIENTES CON PESO NORMAL

METODO	NUMERO	PORCIENTO
DIU	91	9.3
SALPINGOCLASIA	65	6.6
HORMONALES ORALES	54	5.5
PRESERVATIVO	64	6.5
RITMO	31	3.1
HORMONALES PARENTERALES	23	2.3
OVULOS	9	0.9
SIN METODO	83	8.5
TOTAL	420	42.8

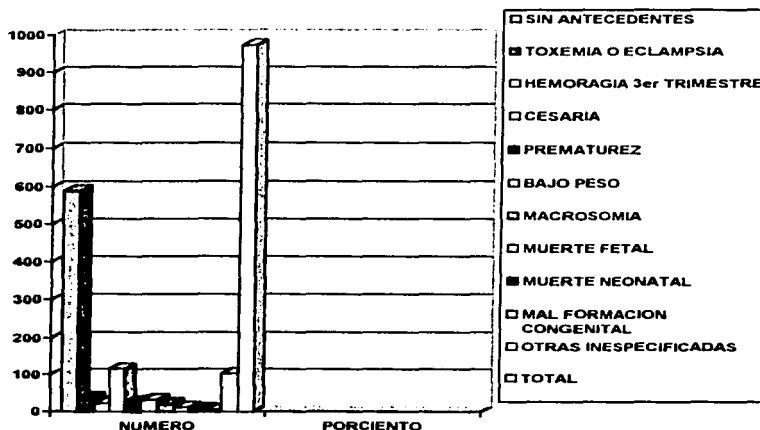
GRAFICA NUMERO 11



CUADRO NUMERO 12
METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR INADECUADOS
ANTECEDENTES PATOLOGOS OBSTETRICOS DEL GRUPO ESTUDIADO

ANTECEDENTES	NUMERO	PORCIENTO
SIN ANTECEDENTES	590	60.5
TOXEMIA O ECLAMPSIA	37	3.7
HEMORRAGIA 3er TRIMESTRE	23	2.3
CESAREA	116	11.9
PREMATUREZ	27	2.7
BAJO PESO	32	3.2
MACROSOMIA	21	2.1
MUERTE FETAL	12	1.2
MUERTE NEONATAL	8	0.8
MAL FORMACION CONGENITA	5	0.5
OTRAS INESPECIFICADAS	103	10.5
TOTAL	974	99.4

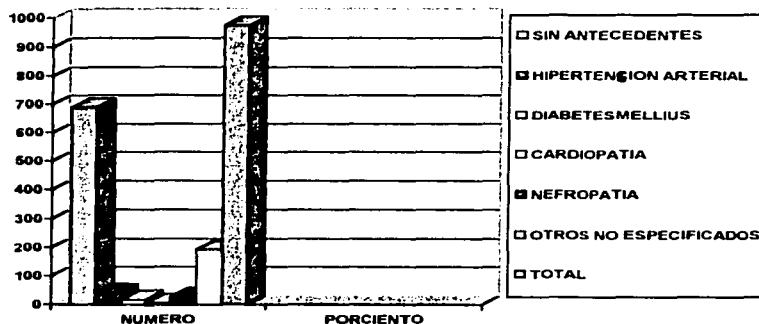
GRAFICA NUMERO 12



CUADRO NUMERO 13
METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR INADECUADOS
ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS DE LAS MUJERES DEL GRUPO
ESTUDIADO

TIPO DE ANTECEDENTES	NUMERO	PORCIENTO
SIN ANTECEDENTES	690	70.8
HIPERTENSION ARTERIAL	41	4.2
DIABETES MELLITUS	17	1.7
CARDIOPATIA	5	0.5
NEFROPATIA	27	2.7
OTROS NO ESPECIFICADOS	194	19.9
TOTAL	974	99.8

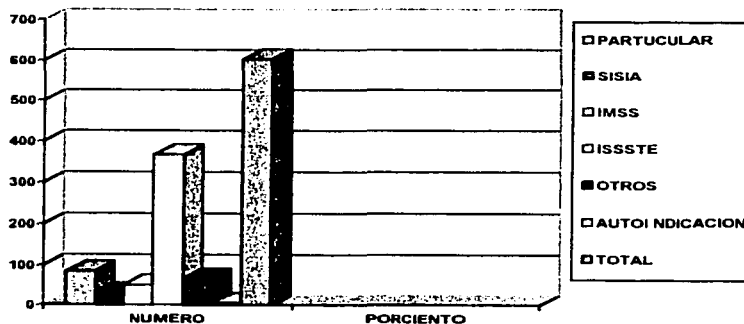
GRAFICA NUMERO 13



CUADRO NUMERO 14
METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR INADECUADOS
SERVICIO MEDICO DONDE SE INDICO METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR

SERVICIO MEDICO	NUMERO	PORCIENTO
PARTUCULAR	85	8.7
SSA	29	2.9
IMSS	50	5.1
ISSSTE	367	37.6
OTROS	67	6.8
AUTOINDICACION	5	0.1
TOTAL	603	61.2

GRAFICA NUMERO 14

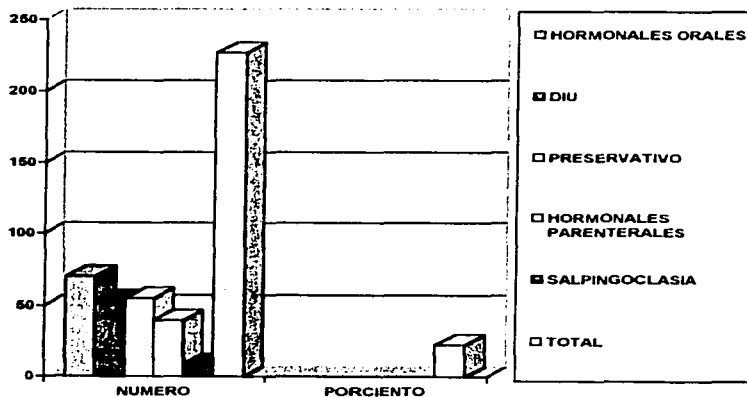


CUADRO NUMERO 15
METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR INADECUADOS
METODOS MAS USADOS ERRONEAMENTE CON MAYOR FRECUENCIA EN
PACIENTES DEL GRUPO ESTUDIADO

METODO	NUMERO	PORCIENTO
HORMONALES ORALES	70	7.1
DIU	53	5.3
PRESERVATIVO	55	5.6
HORMONALES PARENTERALES	40	4.1
SALPINGOCLASIA	9	0.9
TOTAL	227	23

NOTA : INFORMACION BASADA EN LOS CUADROS : 6, 7, 8, 9

GRAFICA NUMERO 15



DESCRIPCION DE RESULTADOS

GRAFICA No.1.

Como se observa en la gráfica, el grupo de edad que predominó, fueron de 26 a 30 años y, que corresponde al 23 % del grupo estudiado.

GRAFICA No. 2-

La condición de unión de las pacientes del grupo estudiado, fueron: el 82 % correspondió a pareja UNIDA y el 18 % a pareja NO UNIDA.

GRAFICA No. 3.

Esta gráfica nos demuestra, que del grupo estudiado, el 52 % de ellas, no tienen control en su alimentación, o el método de planificación familiar indicado para ellas, de alguna forma, está contribuyendo a que sean obesas.

GRAFICA No 4.

El 76 % , es un alto porcentaje de pacientes del grupo estudiado, que presentaron de 1 a 4 embarazos y, a pesar de existir diversos métodos de planificación familiar, aún es alto el porcentaje (16 %) de mujeres que present'5 o más embarazos.

GRAFICA No 5 .

El método de planificación familiar, más usado por las mujeres del grupo estudiado fué el DIU., seguido de salpingoclasia y hormonales orales; pero también es mayor el número de usuarias, que no utiliza método alguno, por lo tanto está en riesgo, la esencia misma de la finalidad de planificación familiar.

CUADRO No. 6.

El método de planificación familiar, más usado por grupos etáreos, de las mujeres del grupo estudiado, fué el DIU., seguido del método de control definitivo de la natalidad y, los hormonales orales.

CUADRO No.7.

En pacientes desnutridas del grupo estudiado es el 4.4 %, y el método de planificación familiar más usado por ellas, fueron, los hormonales parenterales y el DIU.; pudiendo ser éste último, motivo de una mayor desnutrición.

CUADRO No. 8.

El método de control definitivo de la natalidad, es el que más predominó en pacientes obesas, el DIU. y hormonales parenterales, son el segundo y tercer lugar de su elección, en éste grupo estudiado.

CUADRO No. 9.

El 16 % de usuarias del grupo estudiado, tuvieron más de 5 embarazos; y el 11.1, tiene método de control definitivo de la natalidad (salpingoclásia) y el 1.3 %, utiliza DIU.

CUADRO No. 10.

En usuarias del grupo estudiado y con alto riesgo reproductivo, el método de planificación familiar que más predominó en ellas fueron: Salpingoclásia, DIU., y hormonales orales.

CUADRO No. 11.

Las usuarias del grupo estudiado, y que tuvieron peso normal, los tres primeros métodos de planificación familiar que utilizaron, fueron :DIU., salpingoclásia y preservativo respectivamente.

CUADRO No. 12.

Los antecedentes más importantes que presentaron, las mujeres del grupo estudiado, predominaron: Cesárea, toxemia o eclampsia, bajo peso, prematuréz, hemorragia del tercer trimestre, macrosomía; por lo que el método de planificación familiar indicado en cada uno de ellas, es de vital importancia para su estado de salud.

GRAFICA No. 13.

Este tipo de antecedentes presentados por las mujeres del grupo estudiado, predominaron: Hipertensión arterial, nefropatía, diabetes mellitus y cardiopatía, equivalente al 29 % y el 71 % correspondió para aquellas que no tuvieron antecedentes.

GRAFICA No. 14.

El servicio médico, donde se realizó, el mayor número de indicaciones del método de planificación familiar, correspondió al I.S.S.S.T.E., el 37.6 %; servivio particular, el 8.7 %, al I.M.S.S., el 5.1 % y, a la S.S.A., EL 2.9 % del grupo estudiado.

CUADRO No. 15.

Los métodos de planificación familiar, mal indicados a las mujeres del grupo estudiado, correspondió el 23 %, distribuidos de la manera que se indica en el cuadro.

ANALISIS.

En la Unidad de Medicina Familiar, Clínica Oriente I.S.S.S.T.E. Se realizó un estudio a 974 mujeres de 15 a 49 años de edad, siendo derecho-habientes de la misma, con el propósito de determinar, el número y tipo de método de planificación familiar, más utilizado y, señalar, cuáles fueron, los que estuvieron mal indicados en ellas, tomando como referencia, los parámetros universales, es decir, indicaciones y contraindicaciones existentes en pacientes usuarias: desnutridas, obesas, multiparas, con alto riesgo reproductivo, por grupos étnicos, así como también, el método de planificación familiar más empleado por ellas. El uso incorrecto o inadecuado de algún método anticonceptivo, puede ser motivo de un índice de fracaso de la misma anticoncepción, como lo refiere en un estudio retrospectivo realizado por Jones E.F. Darroch Forrest J., siendo estimaciones revisadas de la Encuesta Nal. de Crecimiento Familiar en 1982, en los E.E.U.U.

Por grupos de edad, como se muestra en la gráfica No. 1, las que predominaron, están comprendidas entre los 21 a 35 años de edad y, que en suma dan el 60 % del total del grupo estudiado, siendo realmente una población joven y, el tipo de método utilizado por ellas y por orden de indicación, fueron: 1) DIU. 2) salpingoclasia. 3) hormonales orales. 4) preservativo. 5) ritmo. 6) hormonales parenterales. y, 7) jòvulos. Un gran porcentaje, que fué el 24 % del grupo que se estudió, no utilizan método alguno, como se observa en la gráfica No. 6. Las mujeres usuarias en norteamérica, es menos probable que utilicen DIU. y, hormonales orales, por una idea de que son dañinos, como lo refiere Henshaw SK(Alan Guttmacher Inst Nueva York) 1990, sin embargo, el tipo de método de planificación familiar, más utilizado, en el grupo estudiado, estan: DIU. y hormonales orales. En un estudio de: Mortalidad entre las mujeres que utilizan anticonceptivos orales, realizado por; Vessey M.P. Villard Mackinston L. y Cols. efectuado en Inglaterra. 1989.; nos refiere que de 17032 mujeres de 25 a 39 años de edad, fueron seguidas anualmente durante un promedio de 16 años, para evaluar los efectos de diferentes métodos anticonceptivos; Incluyen anticonceptivos orales y DIU.; encontraron, que del total de 238 muertes, 124 ocurrieron, entre consumidoras de anticonceptivos orales. En éste grupo, el riesgo relativo global de muerte fué del .9 %. El riesgo relativo de muerte para cancer cervical fué del 4.9 % ; para cardiopatía isquémica el 3.3 % y, para cancer de ovario .4 %. Los índices de mortalidad, para cancer de mama y suicidio y probable suicidio para las consumidoras de anticonceptivos orales, fueron similares a los índices de muerte de mujeres que utilizaron DIU.

Cabe señalar, que en el presente estudio, se detectaron antecedentes importantes como toxemia o eclampsia, bajo peso y muerte fetal; considerándose éstas, como la tercera causa de morbilidad materna, como lo refiere, Klonoff-Cohen HS Savitz D.A. Cefalo R.C. mc Cann M.F. (Univ. de Carolina del Norte) en un estudio epidemiológico de Anticoncepción y Preclampsia a un grupo de 325 mujeres de 15 a 35 años de edad en 1989.

Del grupo estudiado, es relevante señalar, que de todas ellas, el 52 %, son obesas y, el 4.4 % son desnutridas, por lo que se convierte en un factor importante, para como, consecuencia disminuir, la variedad de opciones que existen, para indicar un método de planificación familiar adecuado para sus características. Del grupo de pacientes usuarias desnutridas, es decir el 4.4 %, de éste porcentaje, el 1.1 % utilizó DIU., señalando que éste método, estuvo mal indicado en ellas, porque puede ser causa o desencadenar efectos colaterales muy importantes como son: El presentar un mayor número de ciclos, con un sangrado mayor de 80 ml. en cada uno de ellos, de tal manera que su estado de desnutrición, les puede acelerar, el desarrollo de un proceso anémico, provocado por una pérdida sanguínea menstrual periódica elevada y constante, por el uso de un DIU.; el aporte de hierro, podría ser incapáz

decompensarse con el desarrollo potencial de anemia; como lo refiere en un estudio, la Dra. Nieves Padrón Nuevo; a un grupo de 319 mujeres voluntarias asistentes al Programa de Planificación Voluntaria del I.M.S.S.Trabajo que presentó dicha autora, en Sesión Ordinaria de la Academia Nal. de Medicina el 29 de AGOSTO DE 1984.

El DIU. en usuarias desnutridas, la pérdida sanguínea aumenta de 20 a 50 % y principalmente en aquellas que tienen DIU. de cobre, por lo que puede ser objeto de retiro del mismo, por hemorragia y dolor.

El DIU., en pacientes usuarias multiparas, es contraindicación para ellas, porque a mayor distensibilidad del útero, hay menos retractsibilidad de la fibra muscular, por lo que la cavidad uterina queda grande y, como consecuencia, existe mayor riesgo de expulsión o traslocación del DIU.

Un gran porcentaje, de éste grupo estudiado, o sea el 52.3 %, son obesas; de los cuales, el 8.1 %, utilizaron DIU., EL 4.2 % hormonales Orales, el 2.8 %, hormonales parenterales, lo que en suma dan el 15.1 %, considerándose que éste porcentaje, fué el que correspondió como método de planificación familiar mal indicado, por los múltiples efectos colaterales que presentan como son: Sangrado intermenstrual, trastornos de hiper y polimenorrea, aumento de infecciones y cervicitis, predisposición a aumento de insuficiencia vascular periférica, trastornos de carácter, náusea y en ocasiones vómito, o bien, pueden ser factores predisponentes a desencadenar: cambios bioquímicos metabólicos, como; hipernigliceridemia, hiperinsulinismo, aumento en la secreción de hormona del crecimiento, hiperpirevemia, hiperfosfalipidemia, aumento de cobre, hierro y zinc y, capacidad de unión del hierro en el suero, aumento en macroglobulina circulante, transferrina, albúmina, inmunoglobulina, criofibrinógeno, transcortina y cortisol (3, 7) b) El uso de ciertos progestágenos, puede estar asociada a retención de sodio y tener efecto anabólico; los estrógenos pueden ser asociados a retención de agua y edema. (3, 7) c) Cloasma y otras infecciones moniliásicas vaginales. (7, 8, 9) d) Retardo en la concepción, después del uso de anticonceptivos orales, como lo refiere Bracken M.B. Hellebrand K.G. Holford T.R. (Yale Univ) en estudio realizado en 1990.

Los hormonales parenterales, favorecen el aumento de insuficiencia vascular periférica, aumento del sangrado intermenstrual, retención de líquidos, cefalea, mareo, distensión abdominal o mamaria, trastornos del carácter y, si el uso es prolongado, aumento de peso, de hasta 1 a 3 kgs. (3, 7, 9)

El preservativo, predispone a un aumento de infecciones vaginales por cambio del P.h. y, como consecuencia cervicitis crónica, irritación, irritación local, hipersensibilidad del lubricante, que es una sustancia surfactante, el nonoxynol 9, o ruptura del mismo.

La salpingoclasia como método de control definitivo de la natalidad, en el grupo estudiado, es considerado como "método mal indicado", correspondió al .09 % y se detectó en el grupo de 15 a 20 años de edad; se considera como, no indicado en virtud de que a ésta edad, es frecuente que exista separación de la pareja; y al unirse a otra pareja, desean otro hijo; realmente, la edad en éste caso, no es motivo de contraindicación y, más cuando existe paridad satisfecha o cualquier enfermedad concomitante, que ponga en peligro la vida para otro embarazo.

Como se ve en el cuadro No.7; fué el 7.2 % el que correspondió a mujeres nuligestas, y en ellas, tanto los hormonales orales, como los parenterales, estuvieron mal indicados, puesto que puede ser motivo a un retardo en la concepción, después de su uso, o bien " enmascarar" una probable esterilidad.

Se consideró como riesgo reproductivo, a cualquier factor que ponga en peligro la vida de la madre o del producto, o de ambos, en cualquier etapa de la gestación; por lo que fué evidente, el detectar, que tanto de riesgo reproductivo presentaban éstas mujeres, del grupo estudiado, para volver a tener un nuevo embarazo, por lo que se tomó en consideración a todos aquellos factores contemplados en la hoja de riesgo reproductivo, aplicadas a cada una de las usuarias, como : Edad, peso, Historia Obstétrica, antecedentes patológicos Obstétricos y Antecedentes Personales Patológicos y, se calificaron en alto riesgo, a todas aquellas mujeres que alcanzaron un puntaje de 5 o más; de los cuales, fué el 13.7 % del total del grupo estudiado, de los cuales, el 7.8 %, es el que realmente se puede considerar, como de alto riesgo, porque utilizan método de planificación familiar alternativo y, el 5.9 %, fué de éste riesgo, en virtud, de que ya cuentan con método de control definitivo de la natalidad (salpingoclasia).

El presente estudio, se realizó en Clínica Oriente I.S.S.S.T.E., en el periodo comprendido de Julio de 1992 a Mayo de 1993; y el servicio médico donde fué indicado, cada uno de éstos métodos utilizados por las pacientes usuarias, se llevó a cabo en diferentes lugares, determinándose a traves de éste análisis, que al I.S.S.S.T.E., le correspondió un porcentaje de 37.6 %, a particular, el 8.7 %, a la S.S.A. el 2.9 %, al I.M.S.S. el 5.1 % y por automedicación, el .1 %; y a otros no especificados, correspondió el 6.8 %.

CONCLUSIONES.

De acuerdo a los análisis anteriores del grupo estudiado, correspondió el 23 %, a la frecuencia de mujeres, en las cuales hubo uso inadecuado del método anticonceptivo en ellas y, las razones por las que fueron considerados, método anticonceptivo mal indicado y en quienes se detectaron, fueron:

El DIU. en pacientes desnutridas, la pérdida sanguínea aumenta del 20 al 50 % y, principalmente en aquellas mujeres que tienen un DIU. de cobre, pudiendo acelerar el desarrollo de un proceso anémico.

A pacientes usuarias multiparas fué también el DIU., porque a mayor distensibilidad del útero, hay mayor retractibilidad de la fibra muscular, por lo que la cavidad uterina queda grande y aumenta el riesgo de expulsión o traslocación del DIU.

Se puede observar también que un gran número de mujeres obesas, utilizan como método de planificación familiar, los hormonales parenterales y el DIU., siendo mal indicados en ellas, por presentar efectos colaterales importantes, entre los que se mencionan: sangrado intermenstrual, trastornos de hiper y polimenorrea, aumento de infecciones vaginales y cervicitis, predisposición a aumento de insuficiencia vascular periférica y aumento de peso.

La distribución por edades, se muestra en el cuadro No. 6 y, como se puede observar, los métodos anticonceptivos más utilizados por ellas y, de acuerdo a su indicación, fueron: DIU., salpingoclasia, hormonales orales, preservativos, ritmo, hormonales parenterales y óvulos.

En los resultados del presente estudio, se puede apreciar, que en pacientes usuarias de alto riesgo, el método más utilizado por ellas, fueron el DIU. y los hormonales orales.

Para llevar a cabo y, concluir el presente estudio, fué de gran importancia, la información obtenida de los formatos (hoja de riesgo reproductivo) aplicados en la consulta externa de la Clínica Oriente I.S.S.S.T.E., considerándola a la vez un poco áspera o faltante de datos, para capturar la información deseada, es decir, más completa, pudiéndose agregar, para investigar: grado de escolaridad y ocupación de la paciente usuaria y su pareja, alguna enfermedad concomitante en el momento de inicio de uso de anticonceptivos, enfermedad venérea, enfermedad de vías urinarias, uretritis, si existe citología vaginal exfoliativa reciente, si toma algún medicamento, cuántos compañeros sexuales tiene y, mayor concientización a las pacientes, para que de acuerdo a sus características físicas, orgánicas y psicológicas, reciban una indicación adecuada del método y, siempre con el absoluto respeto a la ideología de la pareja, en la que incluyen factores tradicionales, religiosos y culturales.

Se puede decir, que no existe la menor duda, de la necesidad, de llevar a cabo las recomendaciones para la planificación familiar, considerando que es un instrumento para proporcionar una eficiente salud reproductiva; definiéndola, como la forma de: a) regular la fertilidad. b) asegurar que los embarazos y partos transcurran sin complicaciones. c) disminuir la morbilidad neonatal. d) impedir embarazos no deseados. y, e) evitar los embarazos de alto riesgo.

Por todo lo anterior, es necesario promover, los métodos modernos, que son los que brindan, la mayor seguridad, eficiencia y continuidad, de ahí la importancia de que el personal que proporcione éste servicio de salud, conozca todos los aspectos médicos y paramédicos de los anticonceptivos para que pueda ofrecer un consejo correcto de las diferentes modalidades que existen. Tomando en consideración que un porcentaje de 23 % de pacientes usuarias de métodos de planificación familiar, estuvieron mal indicados; bien se pueden llevar a cabo, ciertas recomendaciones.

1.- Conocer con precisión, la magnitud del problema.

2.-Establecer estrategias que permitan disminuir, el número de métodos de planificación familiar mal indicados y, como consecuencia, sus efectos colaterales. Este se puede lograr a través de la Coordinación del I.S.S.T.E., realizando cursos de actualización y capacitación al personal encargado de proporcionar éste servicio. Establecer campañas periódicas para promover la planificación familiar, a la población derecho-habiente, intra y extramuros; aumentar en las Clínicas, el servicio específico para atender a la población en riesgo, que garantice, la calidad de atención y manejo clínico para indicar métodos anticonceptivos, así como su seguimiento y vigilancia, para detectar oportunamente los efectos colaterales. Por magnitud y trascendencia del problema de indicación adecuada de métodos de planificación familiar, con el propósito de disminuir progresivamente la fecundidad y la natalidad, es una prioridad para el país.

ANEXO I

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIO SOCIAL PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO DIRECCION GENERAL DE MEDICINA VALORACION DE RIESGO REPRODUCTIVO (MUJERES DE 15 A 48 AÑOS. EN INTERVALO INTERGENESICO) CLINICA. ORIENTE.

NOMBRE DE LA PACIENTE (USUARIA) : _____

Nº DE AFILIACION : _____

FECHA DE LLENADO : año : _____ mes : _____ día : _____ TURNO : _____

ANTECEDENTES GENERALES

1.- EDAD

- . < de 20 años _____ (1)
- . de 20 a 34 años _____ (0)
- . > de 34 años _____ (1)

2.- Condición de unión

- . Unida _____ (0)
- . No unida _____ (1)

3.- PESO HABITUAL _____ kgs.

4.- TALLA _____ cm

Relación peso / talla.

- . Desnutrión _____ (2)
- . Normal _____ (0)
- . Obesidad _____ (2)

ANTECEDENTES PATOLOGICOS

OBSTRETICOS

- Sin antecedentes _____ (0)
- 9.- Toxemia o eclampsia _____ (2)
- 10.- Hemorragia del 3er trimestre _____ (2)
- 11.- Cesárea o cirugía uterina previa _____ (2)
- 12.-Prematurez (< de 38 sem de gest) _____ (2)
- 13.-Bajo peso (< de 2500 grs) _____ (2)
- 14.-Macrosomia (> de 4000 grs) _____ (2)
- 15.-Muerte fetal (28 sem gest. y más) _____ (2)
- 16.-Muerte neonatal (> 8 días vida) _____ (2)
- 17.-Mal formación congénita _____ (2)
- 18.-Otro, especificar _____ (2)

HISTORIA OBSTETRICA

5.- Nº DE EMBARAZOS

- . Ninguno _____ (0)
- . 1 a 4 _____ (0)
- . 5 y más _____ (1)

6.- Nº DE PARTOS

7.- Nº DE ABORTOS

- . 0 A 1 _____
- . 2 ó más _____

ANTECEDENTES PERSONALES

PATOLOGICOS

- Sin antecedentes _____ (0)
- 19.-Hipertensión arterial _____ (2)
- 20.-Diabetes mellitus _____ (2)
- 21.-Cardiopatía _____ (2)
- 22.-Nefropatía _____ (2)
- 23.-Otros factores, especifique _____ (2)

8.- MESES TRANSCURRIDOS DESDE LA TERMINACION DEL ULTIMO EMBARAZO.

- . < de 18 meses _____ (1)
- . 18 a 60 meses _____ (0)
- . de 60 meses _____ (1)

CALIFICACION DE RIESGO ()

Si la suma de susfactores es : > de 1 ES
PRIORIDAD ANTICONCEPTIVA

24.- Le han ofrecido algún método anticonceptivo en el ISSSTE?

SI (1) NO (2)

Si la respuesta fue SI, ¿ Quien ?

25.- Actualmente usa algún método anticonceptivo?

SI (1) NO (2)

Si la pregunta 25 fue SI, ¿ cual ?

¿ Dónde lo obtuvo ?

¿ Desde cuándo lo usa ?

si la pregunta 26 fue NO ¿Porque?

BIBLIOGRAFIA.

1.-David A. Grimes.M.D. director huésped
ANTICONCEPCION
Clinicas Obstétricas y Ginecológicas.
Editorial Interamericana
Volumen 2 1989
Pags. 297-298.

2.-Phillip G.Sibblefield M.D.
SELECCIÓN DEL MEJOR ANTICONCEPTIVO ORAL.
Clinicas Obstétricas y Ginecológicas.
Editorial Interamericana
Volumen 2 1989
Pags. 307 a 316

3.-Herbert B. Peterson M.D. Facog y Nancy C. Lee
EFFECTOS DE LOS ANTICONCEPTIVOS ORALES SOBRE LA SALUD.
Clinicas Obstétricas y Ginecológicas
Editorial Interamericana
Volumen 2 1989
Pags, 329- 340.

4.-Andrew M. Kaunitz.
ANTICONCEPTIVOS INYECTABLES.
Clinicas Obstétricas y Ginecológicas
Editorial Interamericana.
Volumen 2 1989
Pags. 345 - 354.

5.- David A. Grimes
DISPOSITIVO INTRAUTERINO
Clinicas Obstétricas y Ginecológicas
Editorial Interamericana
Volumen 2 1989
Pags. 357-362.

**6.- Dr. Armando Valle Gonzalez. Dr. Efraín Pineda Guerrero. Dr. Javier Dominguez del Olmo.
Dra. Rocío Zúñiga Lira.**

**PLANIFICACION FAMILIAR
Compendio en Educación para la Salud al Magisterio
Editorial Imprenta ISSSTE**

Año 1986

Pags. 229 - 235

7.- R. L. Kleinman

**ANTICONCEPCION SISTEMICA
Manual de Planificación Familiar para Médicos
Editorial Stephen Austin and Sons, Ltd, Hertford
Reimpreso 1976
Pags. 38 - 74**

8.- R. L. Kleinman

**ANTICONCEPCION INTRAUTERINA
Manual de PF para Médicos
Editorial Stephen Austin and Sons, Ltd, Hertford
Reimpreso 1976
Pags. 75 - 94**

9.- R. L. Kleinman

**MODO DE ACCION DE LOS ANTICONCEPTIVOS ESTEROIDALES
Anticoncepcion Sistemica
Editorial Stephen Austin and Sons, Ltd, Hertford
Impreso 1974
Pags. 32 - 34**

10.- Lawrence B. Hobson

**BASE FUNCIONAL EN MUJERES
Manual de Propedéutica Clínica Médica
Editorial El Manual Moderno S.A.
Impreso 1978
Pags. 426 - 433**

11.- Jones, Shainberg y Byer

**INTRODUCCION A LA SEXUALIDAD HUMANA
Sexualidad Humana y Planificación Familiar
Editorial Pax - México, conjuntamente con la Dirección General de atención médica materno -
infantil de la S. S. A. de México
Pags. 2 - 4**

12.- De Patten Clark Edward Corliss
ORGANOS REPRODUCTORES FEMENINOS

Embriología Humana
Editorial Ateneo
9 de abril 1979
Pags. 7 - 9

13.- Díaz del Castillo
ASPECTOS BIOLOGICOS Y SOCIALES DE LA GESTACION

Pediatría Perinatal
Editorial Interamericana
Segunda Edición
Pags. 12 - 32

14.- De Patten Clark Edward Corliss
ANATOMIA DEL APARATO REPRODUCTOR FEMENINO

Embriología Humana
Editorial Ateneo
1979
Pags. 7 - 21

15.- Arthur W. Wright
APARATO GENITAL DE LA MUJER
Guía para el Exámen Médico Profesional de Rypins
Editorial Interamericana
Décima Segunda Edición, abril 1981
Pags. 125 - 127

16.- Sergio Correu - Azcona y Alejandro Cervantes
REGULACION DE LA FERTILIDAD Y LA LACTANCIA.EFECTO SOBRE LA FERTILIDAD

Gaceta Médica de México
Volumen 114 No. 2 1978
Pags. 80 - 81

17.- Luis Castelazo Ayala. Samuel Karchmer, Raul López García y Velvi Shor - Pinsker.
LA GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA A TRAVES DE LOS ULTIMOS 30 AÑOS

Gaceta Médica de México
Volumen 114 No. 4 - 1978
Pags. 197 - 199

18.- Rafael Alvarez Cordero
¿ PORQUE ES NOTICIA LA SALUD PARA LOS MEDIOS DE INFORMACION ?

Gaceta Médica de México
Impresa en México por Intersistemas S. A. de C. V.
Volumen 127 No. 5 - 1991
Pags. 447

19.- Norberto Treviño García Manzo, Armando Valle González
MEJORIA DE LA CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA
Gaceta Médica de México
Volumen 128 No. 4 - 1992
Pags. 467 - 474

20.- Nieves Pedrón Nuevo
CUANTIFICACION DEL SANGRADO MESTRUAL EN MUJERES PORTADORAS DE
DISPOSITIVO INTRAUTERINO
Gaceta Médica de México
Volumen 128 No. 5 - 1992
Pags. 597 - 603

21.- Arturo Zárate Treviño
METODOS ANTICONCEPTIVOS
Gaceta Médica de México
Volumen 129 No. 1 - 1993
Pags. 69 - 73

22.- Mishell / Kirschbaum / Morrow
ANTICONCEPCION
Yearbook de Obstetricia y Ginecologia
Editorial Médica Panamericana S. A. de C. V.
1991
Pags. 400 - 425

23.- John E. Littler, Timothy Momany
MANUAL PRACTICO DE MEDICINA FAMILIAR UNIVERSIDAD DE IOWA
Ginecologia - Anticoncepción
Impreso en España 1990 Mosby - Year Book Inc.
Pags . 258 - 261.