

ASOCIACION DE ESCUELAS DE LA UNAM
DE QUINTANA ROO, A. C.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA**

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO DE
INVESTIGACION**



IMSS

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD ACADEMICA
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR NO. 1
CHETUMAL QUINTANA ROO.**

**“CRITERIOS QUE UTILIZA EL MEDICO FAMILIAR DE LA CONSULTA EXTERNA
SOBRE TERAPIA ANTICONCEPTIVA EN SU MODALIDAD DE IMPLANTE
SUBDERMICO DEL PERIODO DE JUNIO 2004 A OCTUBRE 2006 EN EL
H.G.Z.M.F. NUM. 1 CHETUMAL Q. R”.**

**TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA

DR. JOSE MARTIN GOMEZ ARROYO

CHETUMAL QUINTANA ROO.

28 DE JULIO DE 2008



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

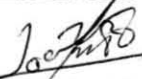
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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.

**“CRITERIOS QUE UTILIZA EL MEDICO FAMILIAR DE LA CONSULTA
EXTERNA SOBRE TERAPIA ANTICONCEPTIVA EN SU MODALIDAD DE
IMPLANTE SUBDERMICO DEL PERIODO DE JUNIO 2004 A OCTUBRE 2006
EN EL H.G.Z.M.F. NUM. 1 CHETUMAL Q. R”.**

**TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMADO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR.**

PRESENTA:



DR. JOSE MARTIN GOMEZ ARROYO

AUTORIZACIONES:



**DR: AUGUSTO B. SOLIS GONZALEZ.
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES EN CHETUMAL, Q. ROO.**



**DRA: MA. DOLORES LOPEZ CARRASCO.
ASESOR METODOLOGIA DE TESIS
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACIÓN EN SALUD
EL H.G.Z.M.F. Núm. 1, CHETUMAL Q ROO.**



**DRA: MA. DOLORES LOPEZ CARRASCO
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION MÉDICA.**

CRITERIOS QUE UTILIZA EL MÉDICO FAMILIAR DE LA CONSULTA
EXTERNA SOBRE TERAPIA ANTICONCEPTIVA EN SU MODALIDAD DE
IMPLANTE SUBDÉRMICO DEL H.G.Z.M.F. NO. 1 CHETUMAL Q.R.

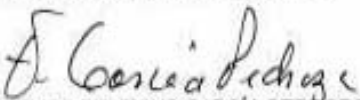
PRESENTA

JOSE MARTIN GOMEZ ARROYO


AUTORIZACIONES



DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. FELIPE DE JESUS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. ISAIAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

CHETUMAL, Q. ROO.

2008

INDICE GENERAL	pag.
1. Título	1
2. Índice General	4
3. Marco Teórico	5
4. Planteamiento del problema	13
5. Justificación	14
6. Objetivos	15
- General	
- Específico	
7. Metodología	16
- Tipo de estudio	
- Población, lugar y tiempo de estudio	
- Tipo de muestra y tamaño de muestra	
- Criterio de inclusión, exclusión y eliminación	
- Información a recolectar (variables a recolectar)	
- Método o procedimiento para captar la información	
- Consideraciones éticas	
8. Resultados	18
- Descripción (análisis estadístico) de los resultados	
- Tablas (cuadros) y graficas	
9. Discusión (interpretación analítica)	26
10. Conclusiones	28
11. Referencias bibliográficas.	30
12. Anexos	32

“CRITERIOS QUE UTILIZA EL MEDICO FAMILIAR DE LA CONSULTA EXTERNA SOBRE TERAPIA ANTICONCEPTIVA EN SU MODALIDAD DE IMPLANTE SUBDERMICO DEL PERIODO DE JUNIO 2004 A OCTUBRE 2006 EN EL H.G.Z.M.F. NUM. 1 CHETUMAL Q. R”.

3. MARCO TEORICO

Anticoncepción es una de las decisiones más sensibles e íntimas que toma una persona o pareja es sobre el control de la fertilidad.

Esta decisión se centra sobre convicciones filosóficas, religiosas, culturales, educacionales, por lo que la información se debe de enfocar a las necesidades de fertilidad, expectativas de la pareja o persona en particular y familiar.

Dicha información se debe de verter con sensatez, madurez, clara y objetiva en una conducta específica y abierta para la elección.

El cimiento del desarrollo de los anticonceptivos hormonales se constituyó en 1940 cuando Sturgis y Albright informaron la inhibición de la ovulación en el ser humano por los estrógenos. (1, 2,3).

La investigación anticonceptiva en México se inició en la década de 1961, 13 años antes de que existiera el programa oficial de planificación familiar. (4).

La investigación sobre el conocimiento de los mecanismos que controlan el funcionamiento del aparato reproductor ha contribuido de manera importante en el desarrollo de la tecnología anticonceptiva, lo cual nos permite disponer de métodos con alta efectividad, seguridad y aceptabilidad (5)

El termino progestágeno describe gran número de compuestos sintéticos que imitan el efecto de la progesterona natural, pero difieren de ella en su estructura.

Los progestágenos se clasifican en 3 clases: estranos y gonanos que son 19-norprogesterona con estructura similar a la testosterona y que carecen de un carbón en la posición 19, y pregnanos; 17-acetoxiesteroideos, una estructura muy similar a la progesterona natural. (2).

Una importante contribución mexicana fue la síntesis de progestágenos Luís Miramontes específicamente la síntesis de noretindrona 1951, norestisterona 1952, acetato de clormadinona 1959. (4).

La idea de administrar cantidades pequeñas diarias de un progestageno (clormadinona 500 mg.) surgió cuando se usó para inhibir la concepción y no siempre se inhibía la ovulación, aportación de Martínez Manautou y su grupo de investigadores y su publicación en 1967 en el British Medical Journal, así se generó el concepto de anticoncepción hormonal no anovulatoria, trabajo esencial para el desarrollo de métodos anticonceptivos a base de progestinas como los implantes subdérmicos. (1, 4). Sheldon Segal en 1965, médico del Población Council, estudia los implantes como anticonceptivo humano, Horacio Croxatto médico chileno desarrollo el sistema para la elaboración de la capsula de silicón.

En 1966 se introduce el concepto de contraceptivo implantable de liberación sostenida, en 1983 Leyras Oy obtiene la autorización para producir Norplant. (2,5)

En 1967, Segal y Croxatto propusieron el uso de las cápsulas subdérmicas del polímero llamado polidimetilsiloxano (conocido comercialmente con Silastic), que permite que ciertos medicamentos difundan a través de él a un ritmo muy uniforme. Se sugirió que tal clase de material pudiera usarse en conjunción con las hormonas esteroideas (lipofílicas) para producir un anticonceptivo de acción prolongada. (11)

Los implantes subdérmicos constituyen un avance primordial en la anticoncepción hormonal debido a la secreción lenta y constante de esteroides a través de la pared de goma del tubo de silastik, con niveles sanguíneos bajos y constantes, su acción

Anticonceptiva se explica; por bloqueo de la ovulación por supresión del pico ovulatorio de la hormona luteinizante, cambios fisicoquímicos en el moco cervical y una insuficiencia lútea. Se han señalado como principales efectos colaterales, cambios en el patrón menstrual, cefalea, acné, y cambios en el peso, su eficacia es a través del efecto de inhibición de la ovulación a nivel hipotalámico y de la hipófisis. (1, 2,5, 11)

La supresión de FSH y LH previene la ovulación, en consecuencia el cuerpo lúteo está ausente y los niveles naturales de progesterona están bajos, la administración de progestinas aumenta la viscosidad del moco cervical y contribuye a la eficacia anticonceptiva. Durante el uso del implante se observa disminución del grosor del endometrio (4 mm.) (5,11).

Los progestagenos se diferencian entre si, en sus afinidades por los receptores de estrógenos, andrógenos, y progesterona y en su capacidad para inhibir la ovulación, sustituir a la progesterona y antagonizar a los estrógenos.

Los primeros ensayos clínicos que usaron implantes subdérmicos se iniciaron en 1968 con capsulas de silicona que contenían acetato de megestrol, posteriormente se utilizó la noretindrona, la norgestrinona y el levonorgestrel. (11)

Algunos se unen en forma directa a los receptores, levonogestrel, noretindrona, norgestimato, otros requieren bio activación como el desogestrel en el hígado que se convierte en su metabolito activo 3-cetodesogestrel. El etonogestrel es una progestina derivada de 19-nortestosterona y es el metabolito biológicamente activo de desogestrel. (2,15)

En 1974 probaron 36 diferentes dosis en 1,100 voluntarias. Estos estudios proporcionaron información sobre la eficacia, duración y efectos secundarios. Durante casi dos décadas, se buscó el progestageno ideal, por lo cual se evaluaron diversas progestinas, como la noretindrona, el norgestimato, acetato de megestrol; sin embargo los estudios revelaron que levonogestrel (LNG) era el progestageno más eficaz y que tenía menos efectos secundarios (5,11).

El primero de los sistemas de implantes subdérmicos (Norplant cuenta con LNG) apareció en los Estados Unidos en 1991. Los implantes ofrecen una ventaja importante en la anticoncepción hormonal, la liberación sostenida permite anticoncepción muy eficaz con niveles sanguíneos bastante bajos de esteroides.

No se ha identificado una secuela potencialmente importante para la salud en relación con el uso de Norplant, pero los efectos adversos son considerablemente comunes. Pese a que este método demostró ser altamente efectivo y aceptable el Norplant perdió popularidad cuando aparecieron reportes sobre la dificultad para retirar las 6 barras. (11, 12,15)

Con el fin de evitar la dificultad durante la inserción y el retiro de los implantes subdérmicos, se diseñó el implante único de etonogestrel (Implanón) que consiste en una capsula flexible de acetato de vinil etileno de 40 mm de longitud por 2 mm de diámetro en cuya matriz se disuelve el componente activo 3-ceto-desogestrel (etonogestrel) en una dosis total de 68 mg, la cual una vez implantada, libera 67 microgramos por día durante el primer año, y 40 microgramos por día durante los dos años subsecuentes. Los objetivos en el desarrollo de Implanón, a)- un sistema de capsula única (para facilitar la inserción y el retiro),b)- una liberación de etonogestrel suficiente para alcanzar una completa inhibición de la ovulación, c)- una duración de 2-3 años, d)- un implante con un diámetro pequeño. (15)

En la década de los 80-90's. Se desarrollan los implantes subdérmicos en Estados Unidos y Brasil, y sino es hasta finales de 1999 se solicita la aprobación de Jadelle (Norplant II) para su comercialización en el Reino Unido e Irlanda. En junio del año 2000 se inicia el uso de Implanón (etonogestrel) en ocho países europeos. En 2002 el IMSS lo incorpora al cuadro básico, (CI-3510) (2)

El implante es muy recomendado por la Federación Internacional de Planificación Familiar

Y el Population Council, quienes plantean que su principal ventaja es proporcionar una contracepción efectiva durante un tiempo prolongado, sin efectos colaterales serios.

Su efectividad la reportan por encima de la esterilización quirúrgica bilateral, en relación con los efectos colaterales se plantea que al menos el 60 por ciento de las usuarias, refiere patrones de sangrado irregular, durante el primer año, la cefalea como el segundo trastorno más frecuente, la mastodinea, mareo y con menor frecuencia dolor abdominal, trastornos de la piel (acné), parestesias, equimosis, alergias y depresión cuya manifestación, sin embargo no se pudo relacionar directamente con el uso de Implanón. (Cuadro que ya tenían antes de la colocación del implante), además de insatisfacción con su pareja y estado afectivo desfavorable, así como la modificación del peso corporal que presenta un incremento ponderal en promedio de +,-, 3.6 kg en los tres años. (11, 16,17)

La progesterona y sus metabolitos poseen un amplio espectro de actividad biológica sobre el sistema nerviosos central y periférico. Estos efectos incluyen su bien conocida participación en la reproducción, pero además influyen en otros aspectos conductuales.

La progesterona se sintetiza en diferentes regiones cerebrales se concibe como un neuroesteroide en diferentes funciones centrales.

La progesterona ejerce diversos efectos plásticos sobre el sistema nervioso central, al influir en el crecimiento, la maduración, la diferenciación, y el funcionamiento de las células nerviosas, en la regeneración axonal, en la reducción del edema cerebral después de un traumatismo, en la actividad cognoscitiva, en el estrés. (7)

La progesterona como único anticonceptivo en inyección o implante subcutáneo tiene una gran aceptación por mujeres, en la última década. Estudios epidemiológicos asocian este uso con incremento en la incidencia de diabetes tipo 2, ya que intervienen en el metabolismo de la glucosa. La elevación observada en la pos carga de la concentración de insulina en no diabéticos que usan inyección e implantes refleja la compensación por el incremento en la resistencia a la insulina, el incremento libre de los ácidos grasos está asociado con los estados de resistencia a la insulina e intolerancia a la glucosa. {6,8}.

No se ha demostrado un cambio significativo en las hormonas tiroideas ni en otras antes de la inserción del implante. La función hepática se ve afectada con aumento de las bilirrubinas en un 50- 60 % así como disminución de proteínas totales, globulinas. Tanto Norplant e Implanón aumentan las bilirrubinas y la gama-glutamilttransferasa pero disminuyen las transaminasas. (5)

En 1973 se modificó el código sanitario el cual prohibía la propaganda y venta de productos anticonceptivos. En enero de 1974 se publicó la Ley General de Población que tenía por objeto regular los fenómenos demográficos y establecer la obligatoriedad del estado de ofrecer servicios de planificación familiar, en diciembre del mismo año se reformo el artículo cuarto de la constitución política consagrando el derecho de decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos. En 1984 se incluyó con la ley general de salud la planificación familiar como parte de los servicios de salud. NORMA OFICIAL MEXICANA, NOM 005-SSA2-1993, De los Servicios de Planificación Familiar Esta Norma deja sin efecto a la Norma Técnica No. 22 Para la Planificación Familiar en la Atención Primaria de la Salud, publicada en el Diario Oficial de la Federación el lunes 7 de julio de 1986.

El objeto de esta Norma es uniformar los principios, criterios de operación, políticas y estrategias para la prestación de los servicios de planificación familiar en México, de tal manera que dentro de un marco de absoluta libertad y respeto a la decisión de los individuos y posterior a la consejería, basada en la aplicación del enfoque de salud reproductiva, pueda realizarse la selección adecuada, prescripción y aplicación de los métodos anticonceptivos, y con ello acceder a mejores condiciones de bienestar individual, familiar y social.

Las pacientes que van a utilizar método anticonceptivo deben seleccionarse con base en las categorías descritas por la OMS, para uso de métodos anticonceptivos temporales.

-Categoría 1. Una condición para la cual no existen restricciones en el uso de un método anticonceptivo.

-Categoría 2. Una consideración en la que las ventajas de utilizar un método generalmente exceden los riesgos teóricos o probados.

-Categoría 3. Una condición en la cual los riesgos teóricos o probados generalmente exceden las ventajas de utilizar un método.

-Categoría 4. Una condición que representa un riesgo de salud inaceptable si se utiliza un método anticonceptivo ⁽¹⁰⁾

De acuerdo con la lista anterior los implantes subdérmicos se ubican en la categoría 1, en donde también se encuentran las siguientes condiciones: Enfermedad benigna de la mama, Historia familiar de cáncer de mama, Cáncer ovárico o endometrial, Tumores ováricos benignos, Enfermedad inflamatoria pélvica, Enfermedad de transmisión sexual, Colecistitis, Antecedentes de embarazo ectópico, Paciente de 16- 45 años, Fumadoras, Diabetes gestacional, Enfermedad tronboembolica, Enfermedad valvular cardiaca, Cefaleas leves, Hipotiroidismo, Hipertiroidismo, Anemia, Epilepsia (2,5,9,10)

El derecho a la planificación familiar, a una maternidad segura, debería estar garantizado para todas las mujeres, hombres y adolescentes del planeta.

La planificación familiar se ofrece, con un enfoque de prevención de riesgos para la salud de las mujeres; 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.(9)

Con lo anterior se crean conceptos como salud reproductiva, riesgo reproductivo, consentimiento informado, factores de riesgo reproductivo, los cuales se contemplan en las diferentes normativas tanto nacionales como internacionales para unificar criterios y así poder brindar una mejor vigilancia en cuanto a esta aplicación, por lo cual se han realizado actividades a nivel mundial con la participación de diferentes países tanto desarrollados como subdesarrollados, para la unificación de los conceptos y así implementar los modelos de atención y modos de aplicación a la población en general De ahí se desprende los avances obtenidos en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo CIPD el Cairo 1994. (4, 9, 10, 12, 13,14)

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Basado en los avances dinámicos que se han suscitado en materia de anticoncepción, siempre buscando la manera más fisiológica y cómoda para los usuarios así como de las implicaciones que generan los nuevos métodos en cuanto a la salud reproductiva, y las perspectivas que se ofrecen en dicha materia, es crucial dentro del papel de la pareja que se encuentra iniciando como familia, de ahí la importancia de contar con una información veraz y oportuna sobre la metodología en cuestión, así como los beneficios que obtendrán con una sexualidad responsable para el desarrollo familiar, han llevado a unificación de criterios para la aplicación de dichos métodos los cuales en nuestro país se encuentran implementados en las instituciones para la práctica en cuanto a la detección de factores de riesgo reproductivo así como a la implementación de criterios para el uso o desuso de metodología anticonceptiva, evaluándose los efectos de estos sobre la expectativa que se tiene sobre el número de hijos así como de las atenciones que se les brindaran dentro del núcleo familiar, de ahí la importancia de estar conscientes de los efectos de los mismo para una buena aceptación y manejo de los efectos secundarios sin que la familia los vea como obstáculos para el buen ejercicio de su sexualidad y su desarrollo como pareja, que esto no sea un problema dentro de su dinámica familiar.

Siendo la nueva modalidad en mono hormonal de implante subdérmico se sujeta a estos tipos de criterios para su divulgación y aplicación adecuadamente. Y dada su demanda como una metodología nueva en el Hospital General de Zona No. 1 de Chetumal Q.R en la aplicación de dicho procedimiento, se desprende la siguiente;

Pregunta De investigación:

¿Cuáles son los criterios que utiliza el médico familiar de la consulta externa sobre terapia anticonceptiva en su modalidad de implante subdérmico del H.G.Z.M.F. Núm. 1 Chetumal Q. R?

5. JUSTIFICACIÓN:

Tomando en cuenta la diversidad de metodología anticonceptiva existente en la actualidad y la disponibilidad de dichos métodos, es imprescindible que los pacientes candidatos a usar un método como el mono hormonal estén bien informados tanto de los beneficios que otorga así como de los posibles efectos secundarios, que si bien no son impedimentos dentro del desarrollo familiar podrían ser limitantes dentro del mismo, podrían influenciar para una deserción de la metodología con las consecuencias que esto podría ocasionar como embarazos no deseados, y las repercusiones que estos podrían tener dentro de una dinámica familiar en la cual se desea el esparcimiento de los mismos.

En la selección de usuarios que se haga para la aplicación deberán estar plenamente informados y conscientes de ello, y que los posibles efectos que se presenten posteriormente no todos son condicionantes de retiro por lo que el médico familiar deberá de esclarecer sus dudas (consejería), así ofrecer un mejor servicio en metodología anticonceptiva, con lo cual se lograra una aceptación más prolongada del método así como una mejor calidad de vida en el ámbito familiar.

6. OBJETIVOS.

GENERAL:

Identificar los criterios que utiliza el médico familiar de la consulta externa sobre terapia anticonceptiva mono hormonal en su modalidad de implante subdérmico en el H.G.Z.M.F. Núm. 1 Chetumal Q. R”.

ESPECIFICO

Identificar los factores de riesgo que se maneja por el grupo de médicos familiares para la promoción de metodología mono hormonal en su modalidad de implante subdermico.

Identificar los motivos que prevalecen para el desuso de la metodología mono hormonal en su modalidad de implante subdérmico.

7. MATERIAL Y MÉTODOS:

Lugar de estudio: Consulta Externa de Medicina Familiar, del Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 1 Chetumal Q.R.

Población de estudio. 22 Médicos familiares de la consulta externa de medicina familiar del H.G.Z.M.F.No.1 en ambos turnos.

Tipo de estudio: descriptivo, observacional, transversal.

Periodo de estudio: Junio 2004. Octubre. 2006

Criterios de inclusión:

Los médicos familiares adscritos de la consulta externa de medicina familiar en ambos turnos,

Criterios de exclusión:

Todo médico familiar no adscrito a la consulta externa.

Aquel médico familiar que no desee participar.

Variable:

Criterio del médico familiar: características, mecanismos de acción, efectividad, efectos secundarios, indicaciones, contraindicaciones, precauciones.

Información a recolectar.

Encuesta dirigida los Médicos Familiares en la Consulta Externa del H.G.Z.M.F. Núm. 1 que comprende ficha de identificación, conocimiento general sobre metodología anticonceptiva, la nueva modalidad del implante subdérmico, tiempo que se invierte en la asesoría para su promoción, aceptación o desuso.

Aspectos éticos:

Se cumple con las consideraciones formuladas en la Declaración de Helsinki y su modificación en Tokio para los trabajos de investigación biomédica en sujetos humanos, además, se apega a las consideraciones formuladas en la investigación para la Salud de la Ley General de Salud de los Estados Unidos Mexicanos y al instructivo para la operación de la Comisión de Investigación Científica y de los Comités Locales de investigación del

No se contrapone a los compromisos internacionales, en 1964 la 18 a. asamblea de la asociación médica mundial, adopto la declaración de Helsinki, cuya revisión más reciente tuvo lugar en 1989 (en la 41^a. Asamblea realizada en honk kong) que define pautas éticas para la investigación en seres humanos.

8. RESULTADOS

De las encuestas aplicadas se desprende la siguiente información: se tiene que del total de 22 médicos familiares (MF) con los que se cuenta en la consulta externa de medicina familiar de la unidad, en ambos turnos, se desglosa que el 64 % (14) de ellos conozca la normativa oficial, en cuanto a la categoría de aplicación de hormonales el 10% (2) la conocen. En relación al tiempo que se dedica a consejería de planificación familiar, el promedio estriba en 5 minutos de los cuales el 81% (18) mencionan sobre factores de riesgo.

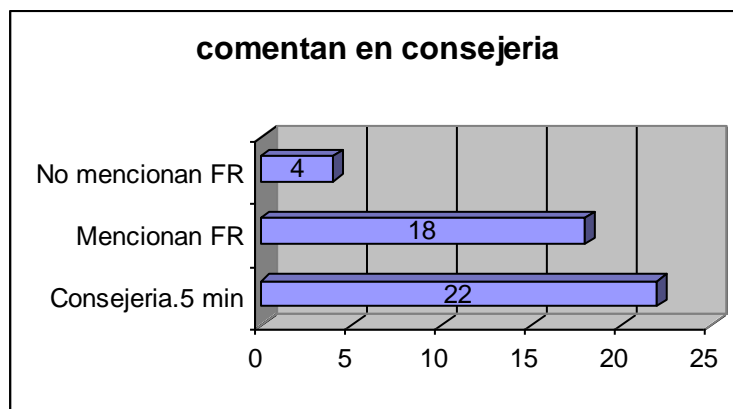


Grafico comparativo entre el total de médicos familiares y la mención de factores de riesgo obstétrico en 5 minutos de su consulta.

En lo concerniente a su estructura de presentación del método en particular de implante subdérmico de monoterapia en comento el 64% (14) conocen la estructura de su presentación y en cuanto al compuesto activo el 36% (8) conocen el tipo de hormona y funcionamiento.

Noción de los médicos familiares.		
	conocen	desconocen
estructura	14	8
compuesto	8	14
funcionamiento	8	14

Tabla 1. Noción de los médicos familiares sobre el implante subdérmico.

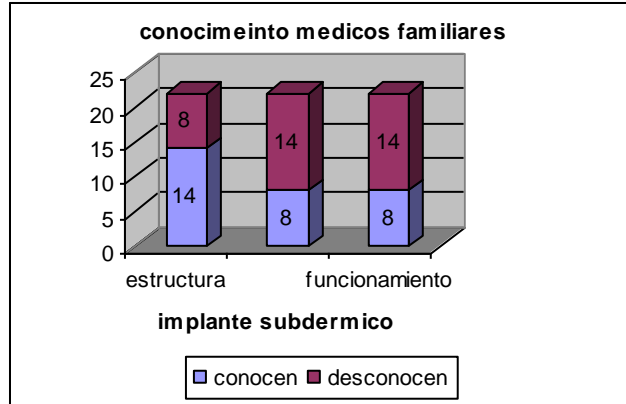


Grafico entre conocimiento de estructura y funcionamiento del implante.

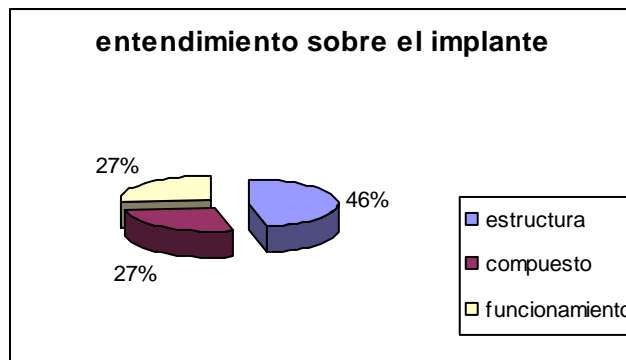


Grafico comparativo sobre el método del implante subdermico

En cuanto a los mecanismos de acción anticonceptiva que mencionan los médicos familiares son los siguientes: el 59% (13) la liberación prolongada, 54% (12) alteraciones endometriales, como inhibidor de la ovulación el 27% (6), alteraciones del moco cervical 13% (3) y motilidad tubarica el 4% (1).

Reconocen como mecanismo de funcionamiento	
Liberación prolongada.	13
Estructura del endometrio	12
Inhibe ovulación.	6
Alteraciones del moco cervical	3
Motilidad uterina.	1

Tabla 2. Mecanismos de acción que registran los médicos familiares sobre el implante subdérmico.

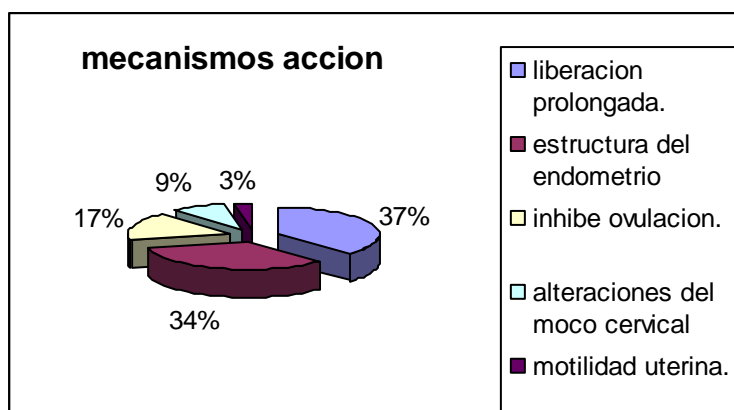


Grafico comparativo entendimiento sobre mecanismos de acción del implante.

Entre los criterios de aplicación que mencionan los médicos familiares se encuentran por indicación obstétrica el 82% (18), la edad con 68% (15), el peso 64% (14), las enfermedades crónico degenerativas 41% (9), y el 27% (6) otros trastornos de la salud.

Criterios en la aplicación.		Totales.	
Indicación Obstétrica	Cambio de método	6	18
	Cesárea previa	5	
	Post aborto	3	
	Periodo ínter genésico corto	3	
	Post parto	1	
Edad			15
Peso			14
Enfermedades crónicas degenerativas.	HTA		9
	DM		
Alteraciones en la salud	Hepatopatias		6
	Insuficiencia vascular periférica.		

Tabla 3. Criterios que reconocen los MF para la aplicación de implante subdermico.

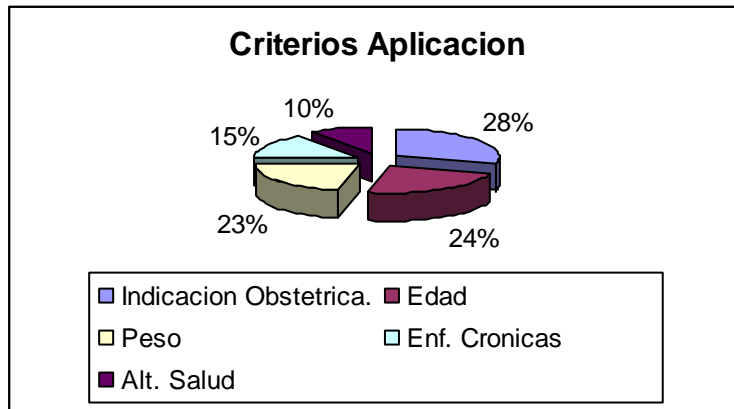


Grafico comparativo entre juicios que examinan para su aplicación del implante.

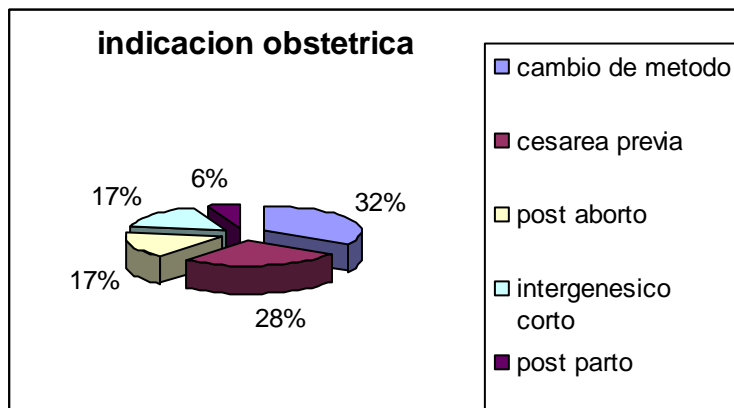


Grafico relación de premisas obstétricas que reconocen.

En relación a los criterios que toman para sugerir retiro, referidos por los médicos familiares están las cefaleas 68% (15), trastornos menstruales 68% (15), donde destaca poli menorrea 50% (11), incremento de peso 54% (12), deseo de embarazo 45% (10) y otras alteraciones clínicas con 32% (7) y ginecológicas 9 % (2).

Criterios Para Retiro		
	Cefalea	15
	Ciclo Irregular	4
Trastornos Menstruales	Polimenorrea	11
	Aumento de peso	12
	Deseo de Embarazo.	10
	Dolor Neurítico	3
	Hepatopatías.	2
	Alergias.	1
Alteraciones Clínicas.	Trombo embolismos.	1
	Fibroadenoma	1
Alteración ginecológica	Miomas	1

Tabla 4. Criterios que reconocen los MF para indicar retiro del implante.

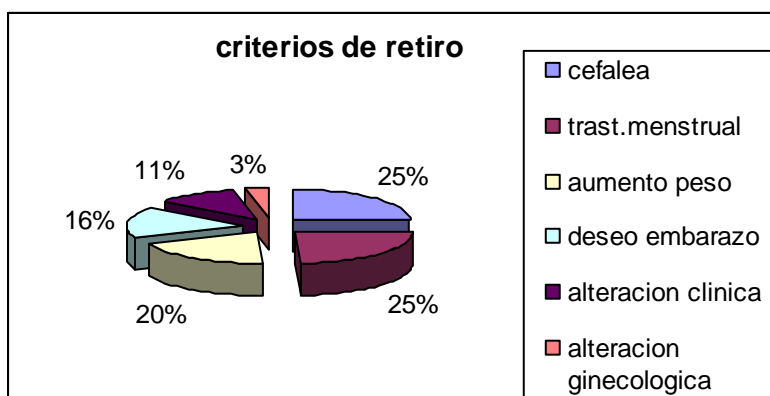


Gráfico comparativo entre premisas para sugerir retiro de implante.

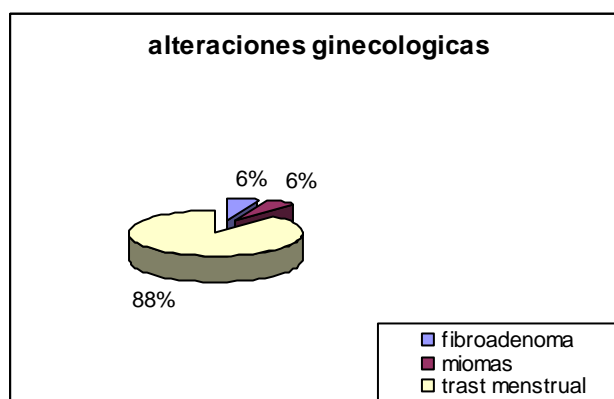


Gráfico comparativo de las alteraciones ginecológicas que consideran para el retiro del implante.

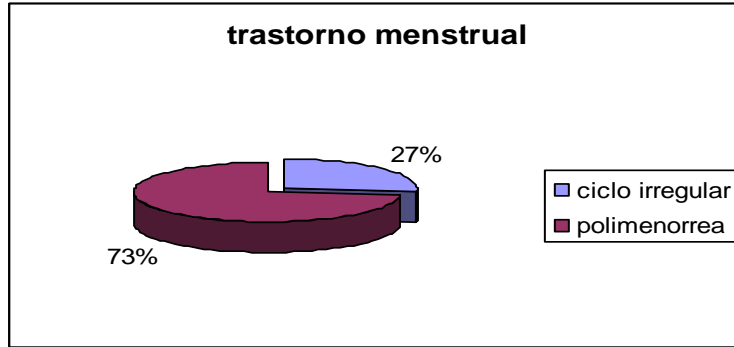


Grafico comparativo entre las alteraciones menstruales consideradas para sugerir el retiro.

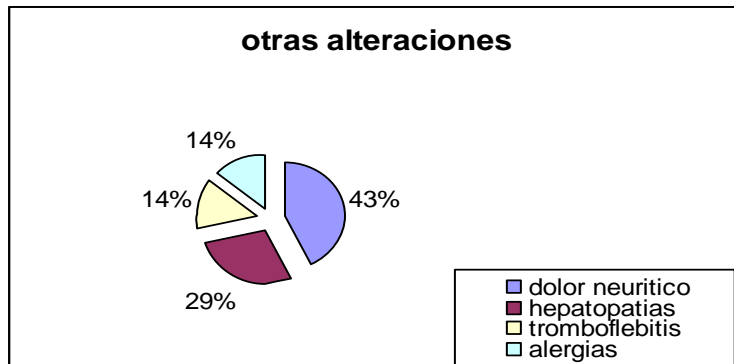


Grafico comparativo de otras alteraciones que se toman en cuenta para el retiro del implante.

Dentro de los factores de riesgo obstétrico que se toman en cuenta para la consejería de planificación familiar, el 86% de los médicos aplican y reconocen para la sugerencia de metodología anticonceptiva la edad en primer término con un 64% (14), seguido del peso con una 54%(12), alteraciones en el patrón menstrual como la amenorrea el 45 % (11), los trastornos vasculares 40% (10), de éstos la insuficiencia vascular periférica es el puntal y otros como la hipotensión e hipertensión, le siguen otros apartados menos relevantes como la educación y otros trastornos ginecológicos en los cuales tenemos al cáncer de mama.

Factores de riesgo obstétrico.	
Edad	14
Peso	12
Amenorrea	10
Migraña	6
Hepatopatias	6
Insuficiencia. Vascular periférica	5
Alteración en la presión.	8
Educación.	3
Cáncer mama	3
Dolor torácico	1

Tabla 5. Factores de riesgo obstétrico que tratan en la consejería por los MF.

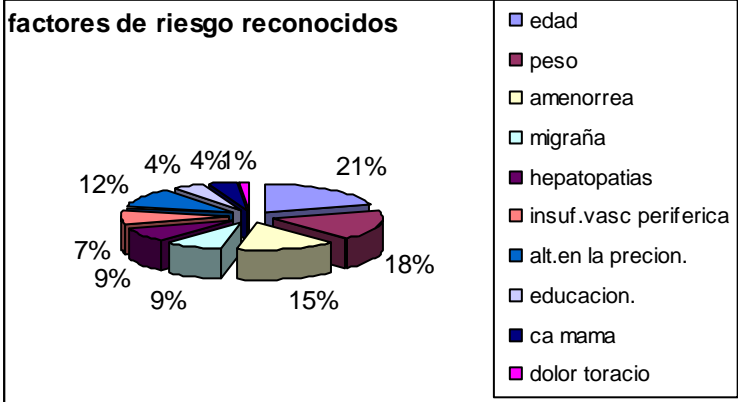


Gráfico comparativo de los factores de riesgo obstétrico que enlistan los médicos familiares.

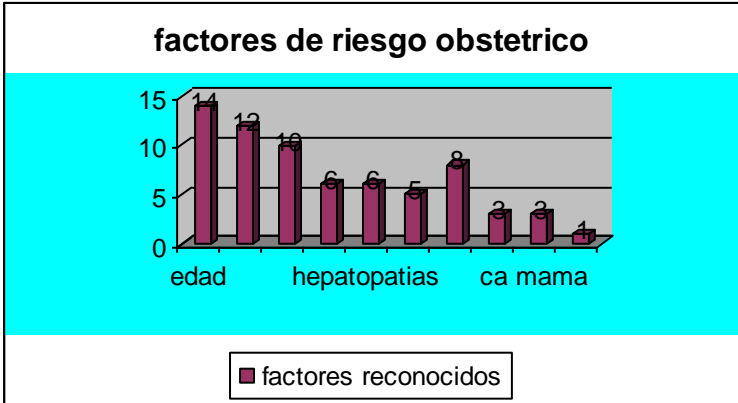


Gráfico entre la notabilidad de los factores de riesgo obstétrico explorados por los médicos familiares.

Estipulados Normativa	Alto Riesgo
Aborto	HTA
Muerte Perinatal	DM
Cesárea	Cardiopatía
Prematurez	2 o + Abortos.
Defectos de nacimiento	2 o + Cesáreas
Bajo peso al nacer	5 o + Embarazos
Toxemia	Edad > 35 años.
Hemorragia o Infección.	
IVU crónica	
Edad < 20	
Intervalo <2 años.	

Tabla en la cual se muestran las características consideradas como riesgo reproductivo. (Manual de procedimientos de planificación familiar 2000)

9. DISCUSION.

En el presente estudio se determinan los criterios que los médicos familiares manejan en el discernimiento de la aplicación de la normativa oficial mexicana de Planificación Familiar, de la cual se desprenden los programas oficiales y que se encuentran contemplados en materia internacional.

La planificación familiar se ofrece, con un enfoque de prevención de riesgos para la salud de las mujeres; con pleno respeto a su dignidad. (9)

Los médicos aunque conocen su presentación, desconocen el medio activo así como su funcionamiento ya que la mayoría de ellos determina como liberación prolongada una de sus propiedades anticonceptivas, cuando es una característica del método propiamente.

La progesterona y sus metabolitos poseen un amplio espectro de actividad biológica sobre el sistema nerviosos central y periférico. Estos efectos incluyen su bien conocida participación en la reproducción, pero además influyen en otros aspectos conductuales, en la actividad cognoscitiva, en el estrés. (7)

En cuanto al tiempo que se emplea en lo concerniente a la aplicación de consejería a la cual se le otorga un mínimo de tiempo (5 min.), con lo cual la paciente se vería limitada en su punto de vista respecto a factores de riesgo obstétrico, y en lo concerniente sobre la selección de la metodología de planificación familiar en lo relevante al implante subdérmico.

Por consiguiente a la hora de selección de pacientes para la recomendación de uso del mono hormonal, los criterios que se eligen para la designación de uso de implante subdérmico, están fuera de normativa y de contexto en referente al riesgo reproductivo.

Los conceptos como salud reproductiva, riesgo reproductivo, consentimiento informado, factores de riesgo reproductivo, los cuales se contemplan en las diferentes normativas tanto nacionales como internacionales para unificar criterios y así poder brindar una mejor vigilancia en cuanto a esta aplicación, y así implementar los modelos de atención y modos de aplicación a la población en general.

De ahí se desprende los avances obtenidos en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo CIPD el Cairo 1994. (4, 9, 10, 12, 13,14)

Se reconocen por la mayoría, a la edad como indicador de riesgo reproductivo, y que se toma en cuenta para la aplicación y el retiro, seguido de lo que es el peso.

En lo referente a los trastornos gineco obstétricos como riesgo reproductivo, no se toman en cuenta a la hora de conserjería, dejándose en segundos términos, siendo que estos trastornos así como los neurológicos son los que se deben de tomar en cuenta ya que de ahí se desprenden los criterios que se manejan para sugerir un retiro de implante, a los cual la mayoría hace alusión, ocupando en primer término las cefaleas así como los trastornos menstruales, esta misma situación se observa en cuanto a los criterios de aplicación, ya que se reconoce , como los principales las indicaciones obstetricias, siguiéndoles la edad y el peso siendo las menos mencionadas, las enfermedades crónico degenerativas y otros entidades patológicas al estado de salud de la usuaria.

El implante es muy recomendado por la Federación Internacional de Planificación Familiar

Y el Population Council, quienes plantean que su principal ventaja es proporcionar una contracepción efectiva durante un tiempo prolongado, sin efectos colaterales serios.

El 60 por ciento de las usuarias, refiere patrones de sangrado irregular, durante el primer año, la cefalea como el segundo trastorno más frecuente, la mastodinea, mareo y con menor frecuencia dolor abdominal, además de insatisfacción con su pareja y estado afectivo desfavorable, así como la modificación del peso corporal que presenta un incremento ponderal en promedio de +,-, 3.6 kg en los tres años. (11, 16,17)

10. CONCLUSIONES

Del presente estudio se desglosa lo siguiente.

- falta de información efecto beneficio.
- falta de aplicación criterios normatividad
- desconocimiento factores de riesgo
- seguimiento de los motivos prevalentes

En materia de medicina familiar, en cuanto al conocimiento de normativas tanto institucionales como oficiales, se tiene el conocimiento, esto debido a los programas propios de la instituciones en que se están dando como actualización continua, con lo cual se aprecia que por lo menos conocen dichos programas, tanto la finalidad de los mismos y el contenido que se maneja, así como conocen los criterios de selección de pacientes estos se ven minimizados por la falta de tiempo que se le presta a la hora de la atención, por lo cual en el seguimiento subsiguiente a la hora de presentarse un efecto colateral se desestima o resta importancia en su aclaración y manejo, se refleja el poco interés que los profesionales de la salud le ponen a los parámetros de información al usuario ya que le restan importancia viéndose reflejado en el tiempo que le dedican a la consejería la cual no es aplicada como tal ya que no se refuerza y se opta por una acción que condicionara una mala imagen de la metodología y esto conlleva una elección errónea o tal vez una falsa expectativa, en cuanto al servicio que este método les presta, viéndose así mismo la falta de interés del usuario por la continuación del programa al verse menoscabados sus intereses en lo referente al programa de planificación familiar, y donde se centra la aceptación más por comodidad que por efectividad la selección de un método de planificación familiar.

La situación que se viene presentando en cuanto a la selección de pacientes para su inserción del método o su retiro se puede mejorar implementando programas en los cuales se den a conocer los lineamientos oficiales, así como se esclarezcan los factores de riesgo que se deben de tomar en cuenta.

Se deberá de implementar una capacitación al personal operativo, para retroalimentar sus conocimientos y criterios a manejar en cuanto a salud reproductiva, así mismo el realzar el énfasis de la importancia que tiene en el tema la consejería sobre lo que implica la planificación familiar, dando un enfoque dentro de la dinámica familiar y sus repercusiones que estas conllevan cuando se ven frustradas sus esperanzas en cierto tipo de método, siendo que son seleccionados por comodidad y accesibilidad por la mayoría de los usuarios.

Esto se ve de manifiesto durante el ejercicio profesional derivado de los tiempos que se tienen asignados para la atención de los usuarios, en donde se ven más como atenciones estadísticas que como individuos que buscan un bienestar dentro de su ciclo reproductivo y así mantener una sexualidad responsable y un ambiente armónico dentro del núcleo denominado familia.

De lo anterior se desprende que se viene trabajando el programa de planificación familiar como una causa más de consulta, mas no bien como una situación condicionante que puede ser de vital importancia dentro del desarrollo de la familia como unidad, para cumplir con los preceptos básicos de la misma como tal, el de dar seguridad y bienestar a sus integrantes, siendo que en el tiempo actual con las parejas cada vez más jóvenes se realza la importancia de vivir una sexualidad responsable.

De aquí la importancia y relevancia del presente trabajo, en cual se denota que se ha menoscabado la esencia del médico familiar como consultor, asesor, orientador, en lo referente al bienestar de la pareja dentro del ámbito familiar, al momento que se ve limitado por falta de tiempo en su quehacer diario en donde queda como un surtidor de material anticonceptivo más que como orientador y asesor de las expectativas que presentan las familias que recién inician en el ámbito de la procreación.

11. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Donald. T B. Anticoncepción y Planificación Familiar, Diagnóstico y Tratamiento Ginecoobstetricia, Manual Moderno. pp. 845-856.
- 2.- Stubblefiel P G . Anticoncepción. Copeland L. Ginecología, ed. Panamericana 2ª, ed. pp.304, 314-323, 331, 335.
- 3.- Colston W A. Anti concepción y Planificación Familiar. Novak, Tratado de Ginecologia. Ed panamericana 11ª,ed. Pp. 184-209
- 4.-Alvarado Duran A. Articulo de Revisión, la Anti concepción en México. Ginecologia y Obstetrícia de México. Vol 7 mayo 2002 pp. 227-235.
- 5- Montenegro P E, Lara R R, Velásquez R N, Perinatol Reprod. Humana, vol 19-no 1. 2005 pp. 31-43.
- 6.-Kahum H S, Curtis K M, Marchbanks P A, Efects of Injectable or Implantable Progestin only Contraceptives on Insulin-Glucosa e Metabolim and Diabetes Risk. American Diabetes Association vol. 26(1) January 2003 pp. 216-225
- 7.- Gutiérrez G A, Contreras C, Díaz-Meza S L. Como Actúa la Progesterona Sobre Sistema Nervioso Central. Salud Mental. Abr 2000, Vol. 23 fasc. 2
- 8.- Santana P F, Gómez A M, Real C M. Efectos del Implante Norplant sobre el metabolismo de los Carbohidratos durante 3 años de uso. Revista Cubana de Endocrinología 2000 vol. 11 pp 168-173.

9.-NOM/005-SSA-1993, servicios de planificación familiar, normativa oficial mexicana.

10.- Mejorando accesos al cuidado de la calidad en planificación familiar, criterios médicos de elegibilidad para uso de anticonceptivos. Organización Mundial de la Salud, Ginebra 2003.

11. – Sistema de Implante Subdérmico Norplant. Departamento de salud reproductiva, instituto nacional de endocrinología, revista cubana. Endocrinología 2000,11(1)-pp. 41-50.

12.- Características del uso del implante subdérmico Norplant. Rev. Cubana. Med. Gen. Integral 2001; 17 (4), pp 344-348.

13.-Coordinación de Salud Reproductiva y Materno Infantil, IMSS. Manual de procedimientos de planificación familiar 2000, actualización julio 2000.

14.- Salud y derechos reproductivos en la agenda Internacional 1968/2003. Camino hacia la calidad reproductiva Universal. Federación de Planificación Familiar. España.

ANEXOS

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR No. 1

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACION EN
PROYECTOS DE INVESTIGACION CLINICA.**

Lugar y fecha _____

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado “Criterios del medico familiar de la consulta externa sobre terapia anticonceptiva en su modalidad de implante subdermico, del H.G.Z.M.F. Núm. 1 Chetumal Q. R”.

Registrado ante el Comité Local de investigación médica número 2302. El objetivo de este estudio es determinar el nivel de conocimiento del médico familiar de la consulta externa sobre terapia anticonceptiva en su modalidad de implante subdermico del H.G.Z.M.F. Núm. 1 Chetumal, Q. Roo. Se me ha explicado que mi participación consistirá en responder un cuestionario que se me aplicará, en relación al conocimiento que tengo sobre la vasectomía. Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio.

El investigador principal se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevaron a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo del Instituto.

El investigador principal me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera hacerme cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre _____ y _____ Firma _____ del _____ paciente:

Dr. José Martín Gómez Arroyo Matrícula 11394781:

Testigo

Testigo

CEDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

“CRITERIOS SOBRE TERAPIA ANTICONCEPTIVA EN SU MODALIDAD DE IMPLANTE SUBDERMICO DEL MEDICO FAMILIAR DE LA CONSULTA EXTERNA, DEL H.G.Z. C/M.F. NUM. 1 CHETUMAL Q. R”.

Turno: _MAT:_____ VESP. _____

Núm. De folio:

Categoría: _____

Años de ejercicio en la práctica clínica: _____, Practica Institucional. _____

Especialidad: Si _____ No _____

Conoce la Norma Oficial Mexicana de Planificación familiar? Sí _____ No _____

Para la prescripción de metodología anticonceptiva, y más específicamente el manejo de hormonales, se cuentan con categorías que engloban el riesgo reproductivo, en cual se encuentra el implante subdérmico: _____ clasificación de la _____.

Describa brevemente la estructura del implante subdermico. _____

Conoce el tipo de hormonal que contiene el implante subdérmico implanon, Si _____ No ___- Nombre de la Hormona, _____ tipo

Conoce el Funcionamiento anticonceptivo del implante subdérmico; Si. _____ No. _____

Mencione 3 características del funcionamiento anticonceptivo del implante subdérmico

Recomienda el uso del implante subdermico como terapia anticonceptiva: Si _____, No _____

¿por que? _____

Tiempo que dedica a la consejería de Planificación Familiar. _____

En la consejería da a conocer factores de riesgo: Si. _____ No. _____ elabora y da a conocer el consentimiento informado. Si. _____ No: _____

Mencione cual es el motivo del consentimiento informado: _____

_____.

Dentro del riesgo reproductivo que criterios toma en cuenta para la prescripción de implante subdermico como terapia anticonceptiva. (Mencione 5 criterios de riesgo reproductivo.) 1.- _____ 2.- _____ --

3.- _____

4.-

5.- _____

¿Qué criterios toma en cuenta para sugerir el retiro del implante subdermico.?

1.- _____ 2.- _____

3.- _____ 4.- _____

5.- _____

Mencione 3 factores de riesgo para el uso de hormonales.

GRACIAS