

1  
203



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

EFFECTOS SECUNDARIOS QUE PRESENTAN LAS USUARIAS DEL SUBSISTEMA DE PLANIFICACION FAMILIAR EN LA ESTRATEGIA DE EXTENSION DE COBERTURA, CAUSADOS POR LOS CAMBIOS EN LA PRESENTACION DE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS ORALES EN LA JURISDICCION SANITARIA DE ZITACUARO MICHOACAN.

## T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
LICENCIADO EN ENFERMERIA  
- Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A N :  
AGUILAR HERNANDEZ LUZ MARIA  
MARQUEZ MORALES MARIA DEL CARMEN  
MARTINEZ ORTEGA PATRICIA  
ORTEGA MAURO MARIA DEL CARMEN



ZITACUARO, MICHOACAN NOVIEMBRE DE 1994

FALLA ORIGIN



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

U. N. A. M.  
ESCUELA NACIONAL DE  
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA  
COORDINACION DE SERVICIO  
SOCIAL Y OPCIONES TERMINALES  
DE TITULACION



---

L. E. O. EZEQUIEL CANELA NUÑEZ

ASESOR ACADEMICO

A DIOS:

Por la dicha de haberme permitido culminar mis estudios y la realización de mi vida profesional y personal.

A MIS PADRES:

Por el apoyo, confianza y enseñanza que siempre me han brindado a lo largo de mi vida, gracias por la herencia más valiosa que me han brindado mi CARRERA PROFESIONAL.

LUCY:

Por tu ayuda y apoyo incondicional que durante todo el tiempo me has brindado.

A MIS AMIGOS:

Por su ayuda, confianza, por no dejarme vencer en momentos difíciles a lo largo de mi superación profesional.

A las personas que a lo largo de mi vida me han brindado consejos para llegar a ser toda una PROFESIONAL.

MUCHISIMAS GRACIAS

MAGUI

A DIOS:

Porque gracias a El he podido  
realizar todas mis metas y -  
anhelos.

A MIS PADRES:

Les agradezco la confianza y el -  
apoyo brindado durante toda mi -  
formación profesional y sobre to-  
do en la realización del Servicio  
Social.

A MIS HERMANOS:

Por el respeto y cooperación  
brindada en todo momento.

A MI ABUELITA JOSEFINA:

Por su apoyo y consejos brinda--  
dos durante mi vida.

Agradezco a todas las personas  
involucradas en mi formación -  
profesional y sobre todo a las  
que me dieron ánimos para se--  
guir adelante, así como el apo  
yo brindado durante el Servi--  
cio Social: Amigos, el resto -  
de mi familia. Dr. Rangel, -  
Dr. Tapia y Auxiliares de Salud.

CARMEN M.

DOY GRACIAS A:

MIS PADRES:

Con gratitud y cariño,  
que con sus palabras  
de estímulo y sostén  
en los momentos difíciles  
hicieron que en mí,  
germinara la semilla  
de la superación profesional.

A MIS HERMANAS:

Que con su apoyo incondicional  
contribuyeron a la culminación  
de esta etapa de mi carrera.

A MI ESPOSO:

Por tu ayuda,  
paciencia e impulso  
que me brindaste en el  
transcurso de mi carrera.  
TE AMO.

P A T Y

DOY GRACIAS A:

MIS PADRES:

Gaspar Ortega Rosas  
Petra Mauro de Ortega.

Por que aparte de haberme  
dado la vida, me dieron -  
su apoyo y cariño, sacri-  
ficándose para que yo sea  
una profesional.

A MIS HERMANOS:

Martín, Baltazar,  
Eva y Georgina.

A quienes ahora, más que  
nunca me siento ligada y  
agradecida por todo el -  
apoyo que me brindaron.

A MIS MAESTROS:

De Kinder, Primaria, Secunda-  
ria, Bachiller y Universidad.

Porque la lluvia de conoci- -  
mientos que dejaron caer so--  
bre mí, hicieron que germina-  
ra la semilla de la supera- -  
ción profesional.

CARMEN O.

**AL ASESOR:**

Por su apoyo, cooperación, paciencia, confianza y sobre todo los consejos brindados en todo momento para la culminación - de este trabajo de investigación, así como la amistad que - nos brindó a cada una de nosotras en los momentos difíciles.

Lic. Enf. y Obs.

**Ezequiel Canela Núñez**



**A LA INSTITUCION:**

Por haber forjado en nosotras el espíritu de superación constante no tan solo en el ámbito profesional, sino - también en el personal, lo cual se ve reflejado en las experiencias y conocimientos adquiridos a lo largo de - esta formación profesional.

**ENEO - UNAM**

# C O N T E N I D O

	PAG.
INTRODUCCION.	
JUSTIFICACION.....	4
OBJETIVOS.....	6
VARIABLES.....	6
METODOLOGIA.....	8
1. <u>MARCO TEORICO, CONCEPTUAL Y REFERENCIAL DE LAS VA-</u> <u>RIABLES EN ESTUDIO.</u>	
1.1 ESTRATEGIA DE EXTENSION DE COBERTURA EN MICHOA-	
CAN.	
1.1.1. Organización.....	16
1.1.2. Subsistemas.....	19
1.1.3. Objetivos.....	21
1.1.4. Integración.....	21
1.2. INDICES DE NATALIDAD DE LAS COMUNIDADES DE LOS	
MODULOS I, VII ZITACUARO Y III, VIII CD. HIDALGO.	28
1.3. ANTECEDENTES HISTORICOS DE LOS METODOS ANTICON-	
CEPTIVOS ORALES.....	32
1.4. DEFINICION DE METODOS ANTICONCEPTIVOS ORALES....	41
1.5. COMPOSICION FARMACEUTICA DE LOS METODOS ANTI-	
CONCEPTIVOS.	
a) Estrógenos.....	42
b) Progestinas.....	44

1.6. MECANISMOS DE ACCION DE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS ORALES.	
1.6.1. Nivel Central.....	47
1.6.2. Nivel Periférico.....	47
1.7. EFECTOS METABOLICOS.	
1.7.1. Lípidos.....	49
1.7.2. Carbohidratos.....	50
1.7.3. Metabolismo protéico.....	51
1.7.4. Metabolismo Hidroelectrolítico.....	52
1.7.5. Efecto sobre los cromosomas.....	53
1.8. EFECTOS SOBRE APARATOS Y SISTEMAS.	
1.8.1. Aparato Cardiovasuclar.....	53
1.8.2. Hígado y Vías Biliares.....	54
1.8.3. Aparato Genitourinario.....	56
1.8.4. Piel y Anexos.....	56
1.9. INDICACIONES.....	57
1.10. CONTRAINDICACIONES.	
1.10.1. Absolutas.....	57
1.10.2. Relativas.....	59
1.11. EFECTOS ADVERSOS.	
1.11.1 Náuseas y vómito.....	60
1.11.2. Cambios de peso.....	60
1.11.3. Estado de ánimo.....	61

1.11.4. Goteo intermenstrual.....	61
1.11.5. Mastalgia.....	61
1.11.6. Edema de la cornea.....	62
1.11.7. Cefalea - jaqueca.....	62
1.11.8. Gingivitis hipertrófica.....	63
1.12. EFECTOS BENEFICOS.	
1.12.1. Alivio de la dismenorrea.....	65
1.12.2. Alivio de la Tensión Premenstrual.....	66
1.12.3. Menstruación.....	67
1.12.4. Cura del acné.....	68
1.12.5. Alivio de Hirsutismo.....	69
1.12.6. Alivio del dolor a mitad del ciclo.....	69
1.12.7. Bienestar.....	69
1.12.8. Supresión de la lactancia.....	70
1.12.9. Líbido.....	70
1.13. INTERACCION CON OTROS FARMACOS.....	74
1.14. DOSIFICACION Y ADMINISTRACION.....	79
2. RESULTADOS.....	81
3. CUADROS Y GRAFICAS.....	100
4. CONCLUSIONES.....	140
5. SUGERENCIAS.....	147
6. ANEXO.....	151
7. GLOSARIO DE TERMINOS.....	154
8. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	163

## INTRODUCCION

La Estrategia de Extensión de Cobertura (E.E.C.) trabaja en zonas rurales dispersas para brindar atención primaria de salud a poblaciones con escasos recursos, teniendo como principal objetivo el de coadyuvar a la reducción de la fecundación, para esto se ha dividido en subsistemas, de los cuales uno de ellos está enfocado a la Planificación Familiar (P.F.)

Durante la realización del servicio social, se observó que las usuarias de P.F. que tomaban anticonceptivos orales presentaban efectos secundarios como: Cefaleas, alteraciones de sangrado y otros signos neurovegetativos que los atribuían al cambio de presentación de los hormonales orales. Esto despertó el interés por investigar más profundamente el tema, y para esto, se asistió a las comunidades con el fin de observar directamente la problemática que se presentaba.

Se integró el marco teórico referencial con información acerca de lo que es la E.E.C. en Michoacán dando los puntos más relevantes de su organización, subsistemas, objetivos e integración. Además se da información acerca de los índices de natalidad de cada uno de los módulos en donde laboró la pasante de servicio social de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (Módulos I, VII Zitácuaro y III, VIII Cd. Hidalgo).

Se recabó la información más reciente de hormonales orales en

cuanto a sus antecedentes históricos y definición. Con el fin de fundamentar científicamente las alteraciones que presentan las usuarias y para ver si se prescriben correctamente los anticonceptivos orales se da información acerca de su composición farmacéutica, mecanismos de acción, efectos metabólicos, efectos sobre aparatos y sistemas, indicaciones, efectos adversos, efectos benéficos, interacción con otros fármacos, dosificación y administración. Sobre todo se hace énfasis en las presentaciones que se manejan en la E.E.C. (Lo-femenal, Oviprem y Microgynón CD-28).

Se captó información llegando a las siguientes conclusiones: - De las 3 presentaciones que se manejan en la E.E.C., Lo-femenal es la que más toman las usuarias pero también es la que mayor tiempo en el programa tiene, en segundo lugar de consumo está Oviprem que apenas se empezó a distribuir en las comunidades y en tercer lugar está Microgynón CD-28, así mismo se destacó que estas presentaciones se han cambiado entre sí por lo menos 2 veces a cada usuaria y por lo tanto la mayoría ha consumido de las 3 presentaciones, pero también existen ocasiones en las que no se han dotado de ninguna de las presentaciones. - Se encontró que hay un gran número de deserción de usuarias, debido a que presentan efectos secundarios principalmente cefaleas y alteraciones de sangrado lo cual ocurre más cuando se les cambia la presentación de los anticonceptivos orales lo -

que se hace sin tomar en cuenta las características de las usuarias.

Se encontró que Oviprem es la que mayores problemas ocasiona en las usuarias y cabe destacar que es la que mayor dosis de estrógenos y progestágenos contiene, así mismo es el cambio de Lo-femenal a Oviprem el que mayores problemas da a las usuarias.

Referente a la atención que se proporciona las usuarias se detectó que la Auxiliar de Salud (A.S.) es quien mejor proporciona la atención, en comparación al personal profesional que también indica los métodos anticonceptivos (Médico, Supervisora de A.S., pasante), aunque cabe destacar que en la mayoría de las veces se hace en forma regular sobre todo en la exploración e interrogatorio.

Después de haber detectado los problemas que se presentan en las usuarias se dan como principales alternativas de solución: Capacitar al personal de salud (Médicos, S.A.S, A.S. Pasantes) para que proporcionen una mejor atención a las usuarias, explicándoles ampliamente cuáles son las características generales de los anticonceptivos orales con el fin de que estando mejor informadas haya menos deserción de éstas.

## JUSTIFICACION

La presente investigación se justifica porque, con el conocimiento e identificación de los trastornos que las usuarias del subsistema de Planificación Familiar prefieren tener (cefeleas, náuseas, vómito, mareos, alteraciones del sangrado, cambios en el estado de ánimo, etc.), relacionados con el cambio en la presentación de las pastillas anticonceptivas, y por consiguiente de dosis, se puede determinar que tanto influye esto en la deserción de usuarias y permite valorar si las alteraciones ocasionadas con los cambios de presentación repercuten seriamente en el nivel de salud de las mujeres en control.

Para la Institución (Secretaría de Salud) se justifica, porque con los resultados obtenidos se puede conocer a fondo la problemática que se presenta en los módulos comunitarios en cuanto a la dotación y aceptación de las diferentes presentaciones de pastillas anticonceptivas, y conociendo esto, se puede realizar y aplicar programas tendientes a prevenir los efectos secundarios ocasionados por estos cambios.

Para la población se justifica porque, con las disposiciones tomadas se puede proporcionar a las usuarias un método seguro, eficaz, fácil de obtener y que no cause daño a la salud; obteniendo así, un mayor número de usuarias que acepten el método y puedan tener un control de su natalidad, disminuyendo los



problemas ocasionados por los continuos embarazos, e incluso, se puede mejorar el nivel socioeconómico familiar.

Se justifica también, porque al Licenciado en Enfermería y Obstetricia le permitirá desarrollar sus actividades profesionales, al participar de manera activa y consciente en programas de Salud Pública relacionados con la atención en Planificación Familiar, siendo éste uno de los campos que se ejercen en la Profesión. Así mismo, esta investigación, permitirá la titulación del pasante en servicio social.

Y para la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia se justifica porque, con la realización de trabajos de investigación se puede fortalecer dentro del ámbito profesional al Licenciado en Enfermería y Obstetricia egresado de esta Institución, fomentando su interés en beneficio de la salud comunitaria. Además de que se puede incrementar el acervo de la Escuela en el campo de la investigación.

## OBJETIVOS.

### General:

- Identificar los efectos secundarios que presentan las usuarias del subsistema de Planificación Familiar en la Estrategia de Extensión de Cobertura, causados por los cambios en la presentación de los métodos anticonceptivos orales en la Jurisdicción Sanitaria de Zitácuaro Michoacán.

### Específicos:

- Analizar cuáles son los efectos secundarios que presentan las usuarias por el cambio de presentación de los métodos anticonceptivos orales.
- Analizar la forma en cómo son prescriptos los métodos anticonceptivos orales por el personal de salud y el modo de empleo de éstos por las usuarias.
- Analizar la relación que existe entre el cambio de presentación de métodos anticonceptivos orales, la prescripción de éstos por el personal de salud y el uso de los mismos por las usuarias.

## VARIABLES.

### Independientes:

- Cambios en la presentación de los métodos anticonceptivos orales.

**Dependientes:**

- Efectos secundarios.
- Prescripción de métodos anticonceptivos orales por el personal de salud.
- Modo de uso de los métodos por las usuarias.

## **METODOLOGIA.**

La presente investigación se encuentra ubicada dentro del -  
área sociomédica, es retrospectivo, de tipo descriptivo y - -  
transversal.

- 1.- Para la selección de la muestra se tomó el 100% de las - -  
usuarias activas de métodos anticonceptivos orales de la -  
Jurisdicción Sanitaria de Zitácuaro Michoacán, Módulos I,-  
VII Zitácuaro y III, VIII Cd. Hidalgo.
- 2.- Se tomó como referencia las usuarias que se encuentran -  
anotadas en los calendarios de control de P.F. con los que  
cuenta la A.S.
- 3.- Una vez seleccionada la muestra se procedió a la aplica- -  
ción de cuestionarios a través de la entrevista directa.
- 4.- El marco teórico se estructuró a través de la recopilación  
de datos de fuentes documentales y bibliográficas, así co-  
mo de entrevistas con autoridades de la E.E.C. y la D.G.P.  
F. para que posteriormente se seleccionaran los datos y se  
guardaran en fichas bibliográficas y de trabajo e integrar  
de esta manera el marco teórico.
- 5.- Posteriormente se realizó el procesamiento de la informa--

ción por el método de paloteo, concentrándose los datos - en cuadros y gráficas con sus respectivos textos descriptivos.

6.- Las conclusiones se obtuvieron de relacionar la teoría - adoptada con los datos obtenidos de la realidad, proponiendo de esta forma posibles alternativas de solución.

7.- Una vez obtenido todo lo anterior, se procede a la integración de la investigación para su presentación.

## 1. MARCO TEORICO

## 1.1 ESTRATEGIA DE EXTENSION DE COBERTURA EN MICHOACAN.

De acuerdo al reto de salud para todos en el año 2000, hubo - que establecer dependencias y programas que fortalecieran el - apoyo para cubrir las necesidades de atención primaria de sa-- lud a las comunidades más desprotegidas, sobre todo en el ámbito rural, garantizando así el bienestar familiar.

El esfuerzo para lograr esto ha sido la Estrategia de Exten- sión de Cobertura (E.E.C.), que surge del programa de salud - rural de 1978, el cual fue resultado de dos subprogramas: el - de Extensión de Cobertura de los Servicios Coordinados que no\_ incluía Planificación Familiar y el Programa Comunitario Rural que incluía Planificación Familiar y no servicios de Salud.

En 1985 la Dirección General de Planificación Familiar (DGPF)\_ consiguió recursos nacionales y estableció la E.E.C. en todo - el país, logrando así, impulsar el proyecto para extender la - cobertura, aprovechando la infraestructura que se había desa-- rrollado para el Programa de Salud Rural, que aún contaba con\_ 9000 Auxiliares de Salud (A.S.), a quienes no se les supervisaba ni se les daban recursos, no obstante que la estrategia descansaba, básicamente, en ellas que son la extensión por debajo de las 3878 unidades en el área rural, donde solo existe este\_ recurso voluntario.

Los programas básicos que lleva a cabo el programa general de Salud Rural son:

- Planificación Familiar.
- Vacunación.
- Prevención y control de enfermedades diarréicas y terapia de hidratación oral.
- Atención materno-infantil.
- Control de Infecciones respiratorias agudas.
- Alimentación y Salud. (1)

"Actualmente la estrategia cubre todo el país con 307 coordinadores médicos jurisdiccionales, 1210 supervisores de Auxiliares de Salud (S.A.S.) y 13 034 A.S. que cubren al 97% de las localidades comprendidas entre los 500 y 2,500 habitantes". (2)

El programa de Salud Rural comienza a funcionar en el estado de Michoacán en el año de 1977 con el adiestramiento de 14 responsables de módulo para el programa denominado Extensión de Cobertura, distribuidos de la siguiente manera: 8 en la Jurisdicción de Morelia, 1 en Pátzcuaro, 2 en la Piedad, 3 en Zamora y 1 en Uruapan. Adiestrándose también a 123 A.S.

1) Acevedes Dionicio SALUD Y ENFERMEDAD EN EL MEDIO RURAL DE MEXICO. p. 354 y 355.

2) Fernando, Amado y Lucra ESTRATEGIA DE EXTENSION DE COBERTURA. p. 2 y 3.



En 1978, aumentaron los módulos, adiestrando a 6 enfermeras - responsables y 49 A.S. voluntarias. En total para entonces - se contaba con 20 responsables de módulo ya adiestradas y 169\_ A.S. voluntarias que cubrían una población de 245 758 habitantes. Para ese mismo año se inició un programa de investiga- - ción denominado Nuevas Estrategias, adiestrándose para el mis- mo a 5 enfermeras como responsables y 111 A.S. voluntarias, cu- briendo una población de 125 928 habitantes.

En 1979 se adiestraron a 16 responsables de módulo para comple- tar la expansión del programa, que cubrían 192 789 habitantes.

En 1980 funcionaban los programas dirigidos al área rural en - uno solo llamado Programa de Salud Rural quedando en función - 41 módulos que cubren 436 localidades con una población de - - 564 476 habitantes. Los módulos se integraron de acuerdo - a - las normas establecidas por la Dirección General de Salud Ma- - terno-Infantil y Planificación Familiar, mismos que señalan un promedio de 10 comunidades por módulo con una población de - 10 000 habitantes que fueron accesibles y que contaban con un\_ centro de apoyo.

Así trabajó el programa en 1981, pero en el año de 1982 se rea- lizó una reorganización tomando en cuenta las políticas de - austeridad, se desconoció el presupuesto para ese año, quedan-

do en función 27 módulos en 227 comunidades y una población de 314 406 habitantes. Así continuó hasta que en 1985 se contó con 7 responsables de módulo en 63 localidades con labores únicamente de recavar información.

En 1986 el Programa de Salud Rural funcionó con 26 módulos que cubrían 225 localidades y una población promedio de 225 000 habitantes. El personal responsable para la prestación de los servicios mínimos de salud, estaba integrado de la siguiente manera: 1 Auxiliar de Salud encargada de la comunidad, 1 enfermera responsable de módulo que supervizaba y 1 médico supervisor jurisdiccional. Los módulos quedaron funcionando así: 8 en Morelia, 4 en Zamora, 4 en Zitácuaro, 6 en Pátzcuaro, 3 en la Piedad y 1 en Apatzingán, cada uno funcionando con 8 ó 9 localidades.

El Programa de Salud Rural empezó a funcionar en la Jurisdicción Sanitaria No. 3 (Zitácuaro) en el año de 1978 con 5 responsables de módulo y 1 supervisora estatal con la integración de módulos, los cuales entre sí tenían una cobertura de 102 comunidades e igual número de Auxiliares de Salud distribuidas en la Jurisdicción (8 132,008 Km<sup>2</sup>) que corresponden al 13.51% en la superficie estatal, y abarcan una población aproximada de 150 000 habitantes.

Después de funcionar 2 años en 1981 hubo un reajuste en cuanto al personal, quedando en funcionamiento 1 Supervisora de Auxiliares de Salud a nivel Jurisdiccional, lo cual debido al gran número de localidades y la imposibilidad de visitarlas sólo se recolectaba la información.

En 1986 se reinició el programa en el mes de abril, con el nombre de Estrategia de Extensión de Cobertura y el personal que participó en él fueron 2 médicos coordinadores, uno ubicado en la cabecera jurisdiccional de Zitácuaro y otro en Huetamo, así mismo se reorganizaron los módulos, quedando 3 en Zitácuaro y 1 en Huetamo, con igual número de supervisoras de auxiliares. Por lo que quedaron de la siguiente manera: módulo I Zitácuaro, Módulo II Zitácuaro, Módulo III Cd. Hidalgo y Módulo IV Huetamo. Cada módulo se integró en 8 comunidades y de 8 Auxiliares de Salud posteriormente se le sumó otra comunidad a cada módulo quedando formadas por 9 comunidades rurales.

Para el año de 1987 se aumentó de 4 a 10 módulos, cada uno con Supervisores de módulo y 9 comunidades respectivas.

En 1988 se trabajó con 12 módulos integrados por 120 comunidades cada uno con su respectiva Auxiliar de Salud quedando de la siguiente manera:

Módulo I	Zitácuaro	Módulo V	Jungapeo
" II	"	Módulo IV	Huetamo
" VI	"	" IX	"
" VII	"	" X	"
Módulo III	Cd. Hidalgo	" XI	"
" VIII	"	" XII	"

En octubre de 1990 se va incrementando el personal en la Jurisdicción, ya que por reajustes en el estado se adicionan los municipios de Epitacio Huerta, Contepec y Talpujahuá, aumentando con esto de 12 a 15 módulos con 150 comunidades rurales.

A finales de 1993 se dan de baja 2 módulos: Eritacio Huerta y XI Huetamo, esto debido a la poca productividad que tenían quedando así 13 módulos con 130 localidades de la Estrategia de Extensión de Cobertura.(3)

3) Gobierno de Michoacán, INFORMACION JURISDICCIONAL DE PLANIFICACION FAMILIAR del año de 1977 a 1993.

### 1.1.1 Organización.

La Estrategia de Extensión de Cobertura (E.E.C.) forma parte de la Secretaría de Salud en el nivel Jurisdiccional y constituye el componente comunitario de atención para la salud de la población abierta.

El personal depende del Jefe Jurisdiccional o Director de la Jurisdicción Sanitaria, el cual se vincula a través del o los coordinadores médicos jurisdiccionales de la E.E.C. de la Secretaría de Salud formando el enlace entre los Servicios Institucionales de atención médica y el correspondiente comunitario. La Jurisdicción Sanitaria tiene la responsabilidad de elaborar la programación local y la distribución de los insumos y materiales, así como de la ejecución, supervisión y evaluación de las actividades de la E.E.C. en cada uno de los módulos de atención comunitaria. Cada módulo se integra en promedio por 10 comunidades rurales dispersas y queda a cargo de una enfermera Supervisora de Auxiliares de Salud (S.A.S.) que tiene la responsabilidad de supervisar, capacitar y asesorar en servicios a la Auxiliar de Salud (A.S.), así como dotarla de los recursos materiales para su trabajo, la E.E.C. se compone de las A.S., las S.A.S. y los Médicos Coordinadores Jurisdiccionales. El esquema operativo consiste en la interacción entre un coordinador médico jurisdiccional que conduce las actividades de 4 S.A.S. y a su vez, cada una de estas tiene a su cargo

coordinar y apoyar el trabajo de 10 A.S.

La A.S. representa la base de la estructura operativa de la E.E.C. ella es seleccionada y propuesta para este cargo por el Comité de Salud de la propia comunidad.

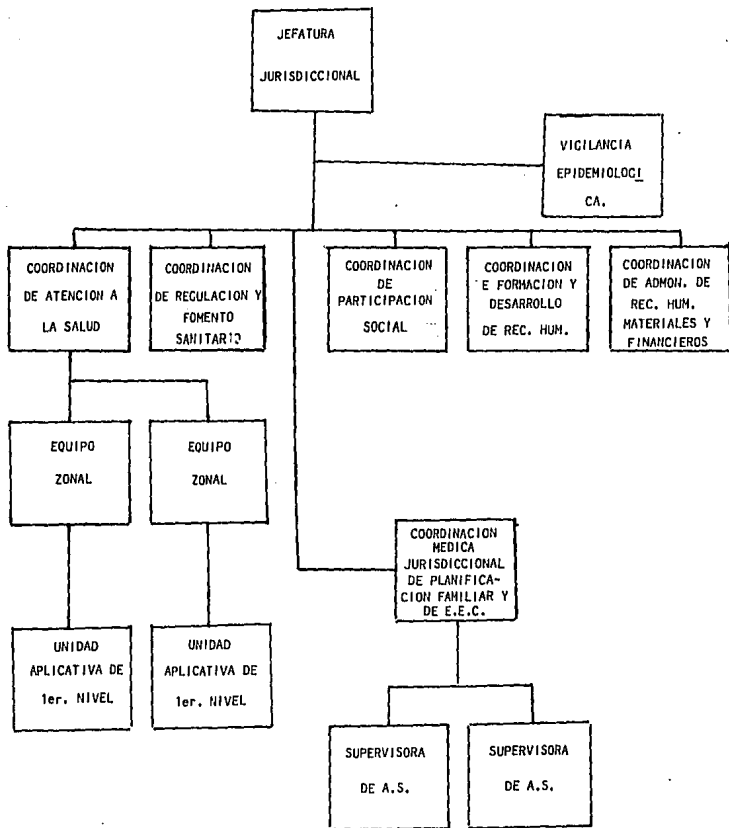
La S.A.S. es una enfermera que ha demostrado experiencia en el trabajo rural comunitario principalmente en áreas de capacitación y supervisión, esta es el puente de unión entre las comunidades rurales y la estructura formal de servicios en la Jurisdicción Sanitaria. De su labor depende en buena medida el éxito de los programas de salud incorporados a la E.E.C.

El Coordinador Médico Jurisdiccional es el soporte de la acción concertada entre la E.E.C. y la Jurisdicción Sanitaria. A su vez, es el responsable del seguimiento, control y realización de los programas distribuidos a través de la E.E.C. (4)

---

4) Secretaría de Salud. ESTRATEGIA DE EXTENSION DE COBERTURA.  
p. 7 - 10.

# ORGANIGRAMA DE LA JURISDICCION SANITARIA



FUENTE: SECRETARIA DE SALUD. ESTRATEGIA DE EXTENSION DE COBERTURA.

### 1.1.2 Subsistemas.

Este gran sistema que es la Estrategia de Extensión de Cobertura cuenta con cuatro subsistemas enfocados básicamente a:

- 1) Atención al menor de 5 años.
- 2) Planificación Familiar.
- 3) Atención materna.
- 4) Actividades Varias.

En cuanto a la atención al menor de 5 años las actividades de la A.S. están encaminadas al control del niño sano en el que se pesa, mide y valoran los aspectos relevantes del crecimiento y desarrollo del menor así como la promoción y aplicación de inmunizaciones que comprenden el esquema básico de vacunación. Además de tener una vigilancia en relación a la presencia de problemas como: diarreas, deshidratación e infecciones respiratorias proporcionando la atención primaria de salud necesaria y de no ser posible canalizarlo a la unidad de salud más cercana.

En Planificación Familiar la A.S. debe orientar y prescribir los métodos anticonceptivos a las personas que los soliciten en la comunidad, mencionándoles indicaciones, contraindicaciones y efectos secundarios de cada método.



Las acciones de la Auxiliar de Salud en cuanto a la atención -materna están encaminados a la vigilancia de mujeres embarazadas, incluyendo el control prenatal, aplicación de Toxoide Tetánico, la identificación oportuna y referencia de casos de -alto riesgo obstétrico y en ocasiones la atención del parto y seguimiento del puerperio.

Las actividades varias que debe realizar la Auxiliar de Salud\_ están encaminadas básicamente a la prescripción y aplicación -de medicamentos del cuadro básico, atención de primeros auxi--lios y curación de heridas, atención del paciente en caso nece\_sario, charlas de promoción y fomento a la salud, así como saneamiento básico, etc.

Para recolectar los datos y generar información desde la comu\_nidad hasta el nivel jurisdiccional, el sistema de información utiliza cuatro formatos para cada subsistema que son:

- a) Calendarios de control
- b) Registro permanente
- c) Informe de módulo
- d) Informe de la jurisdicción.

Para concertar la información mensual de todas las comunidades del estado se utiliza el informe de actividades realizadas fuera de la unidad médica en donde se registran los datos de los informes jurisdiccionales. (5)

### 1.1.3 Objetivos.

La Secretaría de Salud a señalado para la Estrategia de Extensión de Cobertura los siguientes objetivos:

- Mejorar la salud de la población dispersa.
- Coadyuvar la reducción de la fecundación.
- Contribuir el descenso de la mortalidad materna e infantil.
- Favorecer la formación de una cultura de salud, y
- Lograr la participación comunitaria.

### 1.1.4 Integración.

Funcionamiento de la E.E.C. en cuanto al Abasto de Métodos Anticonceptivos Orales. -

La Secretaría de Salud (S.S.) a través de la Dirección General de Planificación Familiar (D.G.P.F.) es el organismo responsable de programar las necesidades de material anticonceptivo -

---

5) Secretaría de Salud, Op. Cit., p. 5

para el Programa de Planificación Familiar (PPF) de los Servicios Estatales de Salud, así como de realizar todas las gestiones para la adquisición, distribución y control, para que esto sea llevado correctamente se deben de seguir una serie de pasos:

1) Programación.

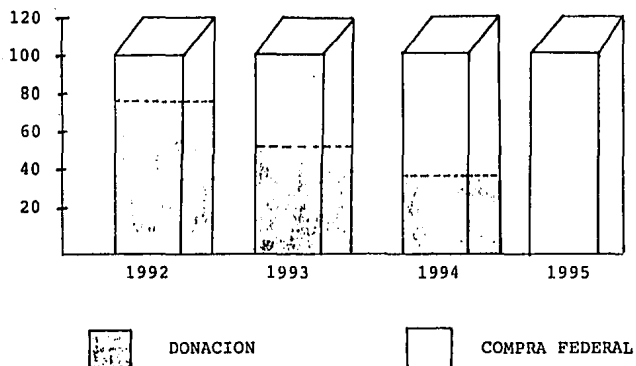
Anualmente la DGPF realizó un taller nacional de programación y evaluación que entre otros objetivos tiene como propósito - programar las necesidades de material anticonceptivo para garantizar la prestación del servicio de P.F. en los hospitales, Unidades Médicas y comunidades rurales de la Secretaría de Salud. Esta actividad se realiza conjuntamente con los representantes de todos los servicios estatales.

La programación resulta de aplicar ciertos indicadores de consumo a las metas de los usuarios nuevos, activos y consultas - que se han determinado previamente.

No obstante para conocer las necesidades reales de material anticonceptivo, el resultado obtenido se le agrega cierto porcentaje como colchón de seguridad y se le restan las existencias del material al inicio del año, lo cual se obtiene a través de los inventarios físicos.



## REDUCCION DE DONACIONES DE MATERIAL ANTICONCEPTIVO



### 3) Distribución.

Con el objeto de abastecer a los estados de materiales anticonceptivos, la DGPF elabora un plan de distribución, para lo cual se solicita a cada entidad federativa un inventario físico de las existencias de material anticonceptivo en todos sus almacenes, con el propósito de analizar la información, determinar los requerimientos reales y evitar una distribución excesiva que ocasione que el material llegue a caducar, o bien, una distribución que no cubra los requerimientos e impida la prestación del servicio.

La distribución del material que se recibe en donación, la realiza directamente la DGPF, en cambio, la distribución de material que se adquiere con presupuesto federal se realiza a través de la Dirección General de Recursos Materiales y Servicios Generales, con base en el plan de distribución realizada por la DGPF.

#### 4) Control.

El control del material se realiza a través de los siguientes mecanismos:

a) Inventarios físicos: para realizar los planes de distribución de material anticonceptivo, la DGPF únicamente considera los requerimientos de material de acuerdo con las metas de usuarias nuevas y activas programadas por cada año lo cual generó un abasto excesivo en algunas entidades federativas y en algunos casos el material llegó a caducar antes de ser usado. Por esta razón, a partir de 1987 se incluyó el análisis de los inventarios físicos de material al inicio del año en todos los almacenes del estado para así, poder determinar las necesidades reales de cada entidad federativa. Esta herramienta permite además llevar un mejor control del consumo de material en todo el país.

El primer inventario físico se solicitó en Noviembre de 1986 y se tuvo respuesta únicamente de 27 entidades federativas, entre los resultados más relevantes resaltó el hecho de que la mayoría de los estados tenían saturados sus almacenes de material anticonceptivo y que un porcentaje significativo de dicho material había caducado.

Hasta la fecha se han solicitado 7 inventarios físicos de material anticonceptivo en las 32 entidades federativas con el fin de conocer el total de existencias en los diferentes almacenes estatales, jurisdiccionales y de unidades aplicativas así como de los módulos. Cabe señalar que con el transcurso del tiempo se han obtenido resultados cada vez mejores y más confiables. Esto permite reconocer si en alguna área existe material en exceso y estudiar la posibilidad de realizar una redistribución entre jurisdicciones o entre estados. Además sirve como herramienta para identificar si algún estado ha tenido un mal manejo de material.

b) Visitas de supervisión: se realizarán regularmente a la entidad federativa con el fin de evaluar el manejo de material y las condiciones de almacenamiento.

c) Sistema Estatal de Información Básica: Permite tener una -  
aproximación de los consumos de anticonceptivos con base a los  
logros obtenidos de los registros de usuarias nuevas, activas\_  
y consultas, así como en los mismos consumos informados.(6)

6) Coordinación de Planificación Familiar. CURSO DE LOGISTICA  
EN ACTUALIZACION DE METODOS ANTICONCEPTIVOS. Mayo 1994.



**1.2 INDICES DE NATALIDAD DE LAS COMUNIDADES DE LOS MODULOS I, VII ZITACUARO Y III, VIII CD. HIDALGO.**

COMUNIDAD	POBLACION TOTAL 1993 <sup>+</sup>	POBLACION ESPERADA 1994 <sup>+</sup>	NACIMIENTOS A SEPTIEMBRE DE 1994 <sup>++</sup>	INCREMENTO DE POBLACION HASTA SEP. DE 1994 EN RELACION A LA QUE SE ESPERABA AL TERMINO DEL AÑO.
-----------	-----------------------------------	--------------------------------------	--	---

Módulo I

ZITACUARO

AGUACATE TUX.	277	273	5	99.6%
AGUACATE ZIT.	232	237	27	109.28%
CURUNGUEO	1753	1791	22	99.10%
Kilómetro 11	232	247	8	100.80%
LA PALMA	1019	1041	15	99.32%
EL PASO	630	644	10	99.37%
RINCON DE CURUNGUEO.	1223	1349	17	99.27%
RINCON DE CORUCHA.	447	456	19	102.19%
SEIS PALOS	249	254	15	103.93%
SILVA DE ABAJO	357	365	7	99.72%

Módulo VII

ZITACUARO

CAMEMBARO	395	404	11	100.49%
CARPINTEROS	568	580	14	100.34%
COL. INDEPENDENCIA.	1062	1085	6	98.43%
LINDAVISTA	228	233	11	102.57%
MACUTZIO	736	752	13	99.60%

COMUNIDAD	POBLACION TOTAL 1993 <sup>+</sup>	POBLACION ESPERADA 1994 <sup>+</sup>	NACIMIENTOS A SEPTIEMBRE DE 1994 <sup>++</sup> .	INCREMENTO DE POBLACION HASTA SEP. DE 1994 EN RELACION A LA QUE SE ESPERABA AL TERMINO DEL AÑO.
RONDANILLA	346	353	3	98.86%
SAN CRISTOBAL	597	610	10	99.50%
VALLE VERDE	634	648	18	100.61%

### Módulo III

#### Cd. Hidalgo.

CHAPARRO	532	544	13	100.18%
QUANIGUEO	529	541	7	99.07%
MATA DE PINOS	627	640	11	99.68%
RINCON DE RUBIOS	707	723	15	99.86%
RANCHO RUIZ	391	399	3	98.74%
ALTA HUERTA	1252	1279	14	98.98%
SAN LUCAS H.	954	975	15	99.38%
EL SALITRE	812	827	7	99.037%
PEÑUELAS	200	204	7	101.47%

### Módulo VIII

#### Cd. Hidalgo.

CRUZ DE CAMINOS	629	643	7	98.91%
CARINDAPAZ	574	587	5	98.63%
LAZARO CARDENAS	292	298	7	101.31%
EL PORVENIR	576	589	13	100%

COMUNIDAD	POBLACION TOTAL 1993 <sup>+</sup>	POBLACION ESPERADA 1994 <sup>+</sup>	NACIMIENTOS A SEPTIEMBRE DE 1994 <sup>++</sup> .	INCREMENTO DE POBLA CION HASTA SEP. DE 1994 EN RELACION A LA QUE SE ESPERABA AL TERMINO DEL AÑO.
PUERTO DE CUI- TAREO.	419	428	8	99.76%
LA FRONTERA	319	326	6	99.69%
SAN FCO. EPUN GUIO	528	540	12	100%
EL CALABOZO	674	689	6	98.69%
ROSA DE CASTI LLA.	419	428	5	99.06%
SAN NICOLAS T.	639	653	7	98.92%

**FUENTE:**

+ Servicios Coordinados de Salud Pública en el Estado de Michoacán. Población por Localidad, Municipio y Jurisdicción. Departamento de Planeación y Desarrollo.

++ Censos Nominales de Vacunación de cada una de las comunidades.

Como podemos observar en la mayoría de las comunidades esta - por superarse la meta de población esperada para el término de 1994 y en otras ocasiones ya se ha superado, como en: El Aguacate de Zitácuaro, Kilómetro 11, Rincón de Corucha, Seis Palos, - Camébaro, Carpinteros, Lindavista y Valle Verde de los Módulos I y VII de Zitácuaro; Chaparro, Peñuelas, Lázaro Cárdenas, El - Porvenir, y San Fco. Epunguio de los módulos III y VIII de Cd.- Hidalgo.

Esto se puede atribuir a la deserción de usuarias al no aceptar el cambio de presentación de los hormonales orales o al presentar los efectos secundarios que se atribuyan a estos.

### 1.3 ANTECEDENTES HISTORICOS DE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS ORALES. -

En 1897 Bear sugirió que el cuerpo amarillo inhibía la ovulación durante el embarazo y a principios de este siglo llegó a entenderse parcialmente el papel de los ovarios en el ciclo sexual. En 1912 Fellner estudió el efecto de las inyecciones de extractos ováricos y demostró que provocan el crecimiento mamario y uterino. En la década de los 30 se aislaron la progesterona y el estrógeno y en 1936, MacCorquodale, Thayer y Doisy extrajeron 25 mg. de 17 B-estradiol puro y cristalino de cuatro toneladas de ovarios de cerdas.

El papel de la pituitaria en el control del ciclo ovárico se aclaró en la década de 1920 en adelante y en 1933, Moore y Price escribieron un informe sobre el mecanismo de retroalimentación de la pituitaria. La posibilidad de inhibir la ovulación se vió entonces como algo posible y en 1933 Hartman sugirió a un colega que se utilizara "amniotina" (preparado de estrógenos del líquido amniótico bovino) como anticonceptivo. En 1940 Sturgis y Albright observaron que el empleo de estrógenos inyectados aliviaban la dismenorrea dolorosa e inhibía la ovulación.

Para que los anticonceptivos orales fueran aceptados, eficaces y accesibles se necesitaba una fuente barata de esteroides. -

Los esteroides de origen vegetal se pueden obtener en grandes - cantidades y a fines de la década de los 30, Russell Marker sintetizó la progesterona en esa forma. En 1943 ofreció su descubrimiento a una organización comercial de México que había de \_ convertirse en la compañía Syntex. En 1938 se había visto que\_ la etisterona resultaba algo activa cuando se daba por vía - oral. (7)

En 1950 las primeras pruebas de la norestindrona en las mujeres las hicieron Rock, Pincus y García y comprobaron que era un anticonceptivo eficaz. En 1955, se reveló como anticonceptivo - eficaz una dosis diaria de 10 mg. de norestinodrel durante - - 20 días al mes, pero se observó hemorragia extemporánea o inter menstrual, cuando se agregó al progestágeno la cantidad de - - 150 mcg. de etinilestradiol se redujo mucho el problema de hemo rragia extemporánea. Para 1956 Sintex patentó la norestistero na (conocida como norestindrona en los Estados Unidos) que de-- mostró ser el agente progestacional oral más potente. (8)

La combinación de otro progestacional; el norestinodrel y del\_ mestranol, lo sacó al mercado con el nombre de Enavid la compa ñía Searle, en 1957 y empezó a utilizarse abundantemente en los Estados Unidos en 1959. En 1960 lo aprobó la Asociación - -

7) Peel John y Pttts Malcolm. TECNICAS DE CONTROL DE LA NATALIDAD p. 103.

8) Organización Panamericana para la Salud ANTICONCEPTIVOS ORALES, ASPECTOS TECNICOS DE INOCUIDAD p. 1.

Británica de Planeamiento Familiar. (9)

Más tarde se comprobó que el estrógeno era el agente que bloqueaba la ovulación y que se podía reducir considerablemente la dosis de progestágeno. En el decenio de 1960 se observó la asociación de los estrógenos con varios efectos secundarios en especial la asociación entre la dosis de etinilestradiol y complicaciones cardiovasculares. Se redujo la cantidad de estrógeno, primero a 80 mcg y después a 50 mcg también se redujo sensiblemente la dosis de progestágeno. (10)

En 1963 Goldzieher y sus colaboradores introdujeron un régimen en serie de estrógeno sólo en parte del ciclo, seguido de estrógeno y progestágeno. (11)

Durante el decenio de 1970 se descontinuaron en la mayoría de los países las píldoras anticonceptivas que contenían más de 50 mcg de estrógenos. (12)

Como podemos ver el suceso más importante en Ginecología y Obstetricia en los años 60 fué la introducción en el mundo entero de los anticonceptivos orales. Y resulta irónico que se

9) Peel John y Potts Malcolm. Op. cit. p. 104

10) Organización Panamericana para la Salud Op. cit. p. 1

11) Peel John y Potts Malcolm Op. cit. p. 104.

12) Organización Panamericana para la Salud Op. cit. p. 1

encontraran más obstáculos para la distribución de anticonceptivos orales que para productos que pueden ser dañinos para la salud como el alcohol y el cigarrillo.

Al principio debido a las dosis tan elevadas de los componentes de los anticonceptivos orales mediante más de 10 años se realizaron estudios clínicos e investigaciones para detectar muchos de los efectos metabólicos que causaron estas dosis y lo que más preocupó en ese entonces fué que el componente estrógeno de los anticonceptivos orales era el causante de muertes por tromboembolia entre las usuarias de estos productos por lo que se decidió elaborar compuestos que contuviesen menos estrógenos.

Los principales problemas a los que se enfrentaron al inicio de los anticonceptivos orales fueron los efectos secundarios que presentaron estos productos. En diversos estudios que se realizaron al principio de la introducción de estos anticonceptivos se encontró que entre las usuarias y anticonceptivos orales, el porcentaje de muertes debido a enfermedades del sistema circulatorio eran mayores entre aquellas que nunca usaron anticonceptivos orales incluyendo, tantos desórdenes arteriales como venosos, sumándose el infarto de miocardio, embolia pulmonar, hemorragia cerebral, entre las mujeres en estudio presentaron casos de hemorragia subaracnoidea, hipertensión



maligna, cardiomiopatías y trombosis de la arteria mesentérica.

En ese entonces se encontró que las mujeres usuarias de anticonceptivos orales por 5 años o más, deberían de enfrentar - riesgos de muerte por enfermedades del sistema circulatorio - 10 veces mayor que aquellas mujeres que nunca usaron la píldora. Aún después de discontinuar su uso, las mujeres que han usado la píldora enfrentan ligeramente mayores riesgos en cuanto se refiere a hemorragia subaracnoidea.(13)

Se conocían los riesgos del uso de anticonceptivos orales en enfermedades del sistema circulatorio, pero con las investigaciones se encontró que esos riesgos se incrementaban en personas con predisposición a la obesidad, hipertensión, hipercolesterolemia, diabétes y como muy importante factor el hábito de fumar.

Se realizaron 3 estudios grupales muy importantes los cuales fueron:

13) Population Reports ANTICONCEPTIVOS ORALES p. 14.

- 1.- Estudios sobre anticonceptivos orales efectuado por la Real Academia de Médicos en el Reyno Unido.
- 2.- El estudio Kaiser de Medicamentos Anticonceptivos en Waln--  
nud Creek, California (Estados Unidos) comúnmente conocido  
como el estudio Walnud Creek.
- 3.- La Asociación de Planificación Familiar Oxford en el Reyno  
Unido.

Para este estudio se tomó un grupo grande de mujeres algunas -  
mujeres de anticonceptivos y otras no, esto permitió comparar\_  
usuarias y no usuarias así como la incidencia absoluta en cada  
grupo.

Los dos primeros estudios tuvieron como resultado:

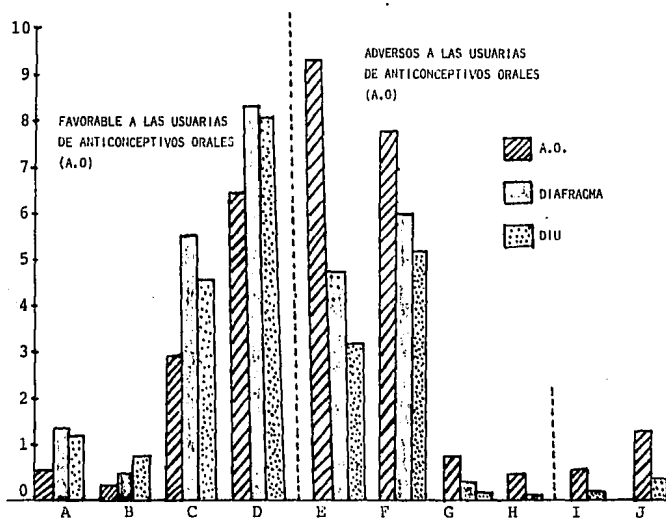
1o. Los estudios epidemiológicos no comprueban al 100% que los  
padecimientos que presentaban las mujeres en estudio fuesen, -  
ocasionados por el uso de anticonceptivos orales ya que se de-  
be de tener en cuenta que la determinación causa-efecto es ge-  
neralmente una consecuencia de numerosos factores.

2o. A menor número de casos estudiados mayor será el margen -  
de error en los riesgos.

30. El valor de las relaciones o la estimulación de riesgo relativo necesita ser incluido en el contexto.

40. Los riesgos estimados son promedio de acuerdo al número de la muestra.

Los resultados significativos estadísticamente del estudio Oxford son sintetizados en la siguiente gráfica.



- A = NEOPLASIAS MALIGNAS
- B = DIABETES HELLITUS
- C = NEOPLASMA BENIGNO DE MAMA NUEVOS CASOS
- D = DESORDENES MENSTRUALES EXCEPTO AMENORREA Y OLIGOMENORREA
- E = EROSION CRONICA Y ULCERACION DE CERVIX NUEVOS CASOS
- F = ENFERMEDAD DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTANEO
- G = PSORIASIS
- H = ENFERMEDAD CEREBRO -VASCULAR
- I = ENFERMEDAD CEREBRO - VASCULAR NUEVOS CASOS
- J = TROMBOSIS VENOSA Y EMBOLIA PULMONAR NUEVOS CASOS

FUENTE: VESSEY ET AL (213)  
POPULATION REPORTS.

Se muestran las condiciones en las cuales la tasa para las usuarias de anticonceptivos orales difieren significativamente de las tasas de usuarias de Diafragmas o de DIU. El estatus anticonceptivo fue determinado por método en uso al ingresar al estudio, excepto para las enfermedades cerebro vascular y trombosis venosa; para estas últimas, el estatus fue calculado sobre la base del método actual de su uso durante el seguimiento, y compara usuarias de Diafragma y DIU combinadas. Se excluyen las condiciones para las cuales aparecieron diferencias significativas atribuibles en gran medida a la elección inicial del método antes que a su uso subsecuente.

De acuerdo a estos datos obtenidos y con los estudios comparados y realizados en los años 80 se encontró que las pastillas de estos años son mejores que las de los años 60s y 70s porque tienen menos riesgos de poder desarrollar enfermedades cardiovasculares y cáncer.

Esto fue un hecho importante porque no solamente se cambió la formulación y sus componentes sino que además las indicaciones y contraindicaciones de las pastillas.

Se cree que muchos de los riesgos y beneficios de las pastillas anticonceptivas corresponden posiblemente al cambio de las formulaciones, así como otros problemas asociados con las

usuarias; como el tabaquismo factores genéticos, diabétes, -  
etc.

Actualmente se considera que de 20 a 50 mcg de etinilestradiol es la dosis que con un riesgo cardiovascular mínimo mantiene una eficacia anticonceptiva elevada y regular adecuadamente el ciclo menstrual. También se observó que bastaba para evitar el embarazo el progestágeno sintético administrado diario y continuamente en dosis pequeñas; uno de los primeros compuestos de este tipo, la clormadinona se discontinuó después de algunos países a causa de su asociación con tumores en la mama de sabuesos. (14)

Los estudios e investigaciones no han cesado, ya que continuamente se siguen realizando pruebas para la obtención de métodos seguros y eficaces que causen el menor daño posible a la mujer.

14) Organización Panamericana para la Salud Op. Cit. p. 2.

#### 1.4 DEFINICION DE METODOS ANTICONCEPTIVOS ORALES.

Los métodos anticonceptivos son aquellos que se utilizan para impedir la capacidad reproductiva de un individuo o pareja en forma temporal o permanente. (15)

Estos son preparados elaborados a base de hormonas sintéticas - semejantes a los estrógenos y a la progesterona.

Actúan principalmente evitando la ovulación, bloqueando el eje hipotálamo-hipófisis-ovario. También modifican la consistencia del moco que se produce en el cuello de la matriz volviéndolo espeso y escaso, y lo convierten en una "barrera" que impide el paso de los espermatozoides hacia la cavidad uterina.

Las instituciones del Sector Salud cuentan con los hormonales orales combinados, llamados así por contener en su fórmula compuestos derivados de los estrógenos y de la progesterona en dosis fijas. Esta forma de anticoncepción hormonal oral es considerada como clásica y es la más utilizada a nivel mundial. (16)

15) Secretaría de Salud NORMA OFICIAL MEXICANA DE LOS SERVICIOS DE PLANIFICACION FAMILIAR Mayo de 1994 p. 22.

16) Dirección General de Planificación Familiar EDUCACION SEXUAL Y PLANIFICACION FAMILIAR EN LA ADOLESCENCIA. p. 190.

## 1.5 COMPOSICION FARMACEUTICA DE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS.

Para poder entender la acción que tienen los métodos anticonceptivos en el organismo de la mujer, es necesario hablar de la composición farmacéutica que tienen estos, y específicamente se hablará de las fórmulas de Lo-femenal, Oviprem y Microgynon CD 28 ya que son los hormonales orales para Planificación Familiar en la Estrategia Extensión de Cobertura.

Lo-femenal. Se encuentra constituido por 0.3 mg. de norgestrel que es un progestageno sintético, 30 mcg de etinilestradiol que es un estrógeno y 75 mg de sulfato ferroso.

Oviprem. está constituido por norestisterona 0.400 mg que es un progestágeno sintético y 0.035 mg de etinilestradiol que es un estrógeno.

Microgynon CD-28. Contiene 0.15 mg. de levonogestrel que es un progestágeno sintético y 30 mcg de etinilestradiol que es un estrógeno.

### a) ESTROGENOS.

En la mujer, los ovarios y la placenta producen los estrógenos, estos son producidos por la corteza adrenal. Los estrógenos se combinan en el hígado para formar sulfatos solubles y glucurónicos y se excretan en la orina.

Los estrógenos son responsables de la proliferación del endometrio y junto con la progesterona, en la fase secretoria, estos inhiben la secreción de la hormona folículo-estimulante (FSH) - pero provocan la secreción de la hormona luteinizante (LH). - En estos efectos intervienen el sistema portal del hipotálamo y de la pituitaria.

Los estrógenos hacen que se produzca retención de sodio, cloro y agua pero, a diferencia de los andrógenos tienen un efecto - muy pequeño en el metabolismo del nitrógeno.

En las mamas ocasionan la secreción de los ductos y el edema - del tejido del estroma. (17)

Los estrógenos son fundamentalmente dos, el etinilestradiol y el mestranol, de estos el etinilestradiol es el estrógeno utilizado en las tres presentaciones de anticonceptivo oral que - se maneja en la Estrategia Extensión de Cobertura.

El etinilestradiol, administrado a mujeres por vía oral en pequeñas dosis se absorbe rápida y totalmente, el máximo nivel - plasmático es de 1 a 2 horas después de la ingestión, simultáneamente se detecta una concentración mucho mayor de metaboli-

---

17) Peel John y Potts Malcolm Op. Cit. p. 105 y 106.



tos en el plasma: el tiempo medio de eliminación es de 6 a -  
14 horas y 24 horas después de administrarse el fármaco aún se  
detectan concentraciones y su principal metabolito es el glucoo  
rónico de metinilestradiol que se elimina por vía renal.

Las dosis diarias recomendadas no deben exceder de 35 mcg de -  
etinilestradiol o 50 mcg de mestranol. (18)

#### b) PROGESTINAS.

La progesterona es producida por el cuerpo amarillo, por la -  
placenta y, en cantidades muy pequeñas, por la corteza adrenal.  
Es la única progestina natural que se encuentra en la sangre -  
periférica. Se produce en cantidades mucho mayores que los estr  
trógenos. Hasta 30 mg. diarios produce el cuerpo amarillo en\_  
la segunda mitad del ciclo normal. El metabolito principal -  
de la progesterona es el pregnanodiol el cual se excreta en la  
orina.

Los agentes progestacionales inhiben la secreción de gonadotroo  
pinas de la pituitaria. Bajo la influencia de la progesterona,  
el endometrio humano preparado por los estrógenos, aumenta de\_  
grosor hasta un máximo de 5 a 7 mm. las glándulas se inflaman\_  
y se vuelven sinuosas produciendo una secreción rica en gluco-

---

18) Secretaría de Salud Op. Cit. p. 22

geno; el estroma se pone edematoso y las arterias espirales - se ensenchan al máximo.

La progesterona estimula la formación de alveolos en la mama, - siendo los progestágenos sintéticos más potentes que la proges- terona teniendo actividad cuando se administran por vía oral.

El norestinodrel fué uno d elos primeros agentes progestaciona- les oralmente activos que se descubrieron. (19).

Las progestinas sintéticas utilizadas en las presentaciones de anticonceptivos orales utilizados por la Secretaría de Salud - son: Norgestrel, norestisterona y levonorgestrel.

Norgestrel es una mezcla racémica de la cual el isomero D es - el más activo, cada isómero sigue una vía metabólica distinta; El D norgestrel plrimeramente se reduce y al final sufre hidro- genación, este último compuesto se encuentra en la orina en un 11% después de adminsitrar una dosis:

La Norestisterona se metaboliza parcialmente a estrógenos en - menos del 0.1% y cuando se administra puede tener importantes- efectos biológicos, este compuesto es absorbido con prontitud- y facilidad después de su administración oral, cuando se inte- rrumpe el tratamiento de éste se inactiva y se escreta rápida- mente.

---

19) Pell John y Pott Malcolm Op. Cit. p. 106 - 110.

El levonorgestrel es un progestágeno que se absorbe rápida y totalmente, su tiempo máximo de absorción es de 20 a 30 minutos, a las 2 horas disminuye la concentración al principio con relativa rapidez debido a la difusión del levonorgestrel.

En la segunda toma disminuyen más lentos los valores plasmáticos con una vida media de 24 horas, a causa de la nivelación - producida entre el retorno de la sustancia a partir de los tejidos, metabolización y eliminación. (20)

El levonorgestrel se elimina periódicamente en forma de metabolitos en la orina y en las heces, exhibiendo una vida media de 24 horas con muy escasas variaciones individuales.

La eliminación a través de la leche, en pleno período de lactación es inferior al 1%. (21)

De acuerdo a la Norma Oficial de Planificación Familiar las dosis de progestinas debieron ser las siguientes: Noretisterona 400 mcg - 1 mg, Norgestrel 300 - 500 mcg, Levonorgestrel - 50 - 250 mcg.

20) Shering A.C. MICROGYNON ANTICONCEPTIVO ORAL P. 13.

21) Idem. p. 4.

## 1.6 MECANISMO DE ACCION DE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS ORALES.

### 1.6.1 Nivel Central.

Se dan cambios en la fisiología del hipotálamo y la hipófisis.

El mecanismo de los anticonceptivos orales es el de bloquear - la secreción hipofisiaria de la hormona liberadora de gonado-- tropina, provocando que a nivel hipofisiario se bloquee la li- beración de la hormona luteinizante (HL) y la hormona estimu-- lante del folículo (HFE) y por lo tanto evitar de esta manera\_ la liberación del óvulo del ovario.

Como los estrógenos provocan cierre de la epfisi, podrían - evitar que una mujer alcanzara su estatura completa si esta - empieza a tomar anticonceptivos orales a temprana edad. (22)

### 1.6.2 Nivel Periférico.

Ovario.- Uno de los mecanismos de acción de los anticoncepti-- vos orales es bloquear la secreción hipofisiaria de gonadotro-- pinas y por consiguiente el bloqueo de HL y HFE ocasionando - que en ovario no exista maduración folicular, así como la ovu-- lación.

---

22) Peel Jhon y Pott Malcolm Op. cit. p. 125.

A nivel morfológico el ovario disminuye de tamaño y con raras\_ excepciones carece de cuerpo amarillo e histológicamente se a\_ encontrado que hay engrosamiento en la túnica albugínea, no - tiene folículos maduros y en ocasiones se presenta fibrosis - del estroma ovárico, pero todos estos efectos son reversibles\_ al suspender la ingesta de anticonceptivos orales.

Oviductos.- Al consumir esteroides anticonceptivos se altera - la motilidad de los oviductos y esto hace que no sea posible - el encuentro del óvulo y el espermatozoide, debido a que no - son ayudados en su transporte.

Endometrio.- Debido a la ingesta de esteroides anticonceptivos la porción glandular no se desarrolla óptimamente, se presen- tan reacciones típicas del estroma como la disminución de su - densidad parcialmente con ligero edema y ocasionalmente tam- - bién con signo de reacción predesidual. Todo esto acompañado\_ de regresión glandular. El metabolismo glucosado del endome-- trio se encuentra considerablemente reducido en relación con - el existente en el ciclo normal. Estos cambios originan que - el endometrio no se puede implantar el blastocito fertilizado.

Otra acción de los anticonceptivos hormonales orales es la - hiperplasia endotelial que afecta capilares y arteriolas, y - explica el mantenimiento de las hemorragias por deprivación.

Cuello Uterino.- Los gestágenos actúan modificando desfavorablemente la producción tanto en cantidad como en calidad, del moco cervical con cualidades reológicas excelentes impide la progresión espermática a través del cérvix uterino. (23)

Además hay aumento en el número de células que se encuentran en el moco y en el interior de las criptas y puede que ejerza alguna acción en el endometrio para imposibilitar la implantación.

## 1.7 EFECTOS METABOLICOS.

### 1.7.1 Lípidos.

EL uso de anticonceptivos orales está asociado con los cambios en las contracciones séricas de lípidos, la dirección de estos cambios es la misma que se observa en la asociación con un riesgo mayor de enfermedades cardiovasculares, pero esto es en sólo un factor de riesgo menor y no están asociados en forma significativa al desarrollo de la enfermedad vascular a menos que existan otros factores de riesgo.

Aún existe discrepancia de si existe o no cambios en las con--

---

23) Dexeus Trias de Bes ANTICONCEPCION. p. 37.

centraciones de colesterol ya que mientras algunos investigadores señalan que los niveles de colessterina son normales o incluso algo inferiores a lo normal otros informan sobre un aumento de las mismas.

En lo que si se ha quedado de conformidad es que hay un ligero aumento de los fosfolípidos y del nivel de los triglicéridos.- La síntesis de lípidos requiere de la presencia de insulina, y por esta causa, los cambios boservados en los niveles de lípidos pueden ser mediados por los efectos de estrógenos en las concentraciones plasmáticas de insulina.(24).

#### 1.7.2 Carbohidratos.

Uno de los efectos metabólicos conocido de los anticonceptivos orales, es su capacidad de modificar el metabolismo de carbohidratos, trabajos más recientes realizados con los anticonceptivos orales indican que disminuye la tolerancia a glucosa en proporción importante, en mujeres normales que reciben dichos agentes y que las diabéticas que los ingieren pueden necesitar más insulina.

24) Van Zile Hyde Henry EDUCACION MEDICA Y PLANIFICACION FAMILIAR. p. 129.

Con los anticonceptivos orales aumenta la insulínogénesis sea con su utilización a corto plazo o a largo plazo, estos efectos son más pronunciados cuando se sigue un régimen combinado y no de tipo secuencial y ocurre en menor grado con fórmulas que no contienen estrógenos. A pesar que las pruebas a tolerancia a la glucosa puede normalizarse poco después de interrumpir el tratamiento y los niveles de insulina pueden seguir elevados por algún tiempo, lo que sugiere el hiperinsulinismo que ocurre con el empleo de anticonceptivos orales, puede ser un mecanismo compensador para conservar la homeóstasia de glucosa. (25)

### 1.7.3 Metabolismo Proteico.

A causa de la acción de los estrógenos sobre el hígado tiende a aumentar las proteínas sexuales (transcortina, serulasma, transferrina, fibrinógeno y gammaglobulina) aumentan en grados diferentes.

Existe un mayor riesgo de fenómenos tromboembólicos como consecuencia del aumento de fibrinógeno y de los factores VII y X de coagulación y disminución de la actividad de la antitrombina III. Este aumento es producido por los estrógenos que además aumentan los factores II y IX.

---

25) Idem. p. 126.



Los anticonceptivos orales producen algunos efectos en la coagulación sanguínea como el aumento de plasminógeno u euglobulina, lo que sugiere disminución de la actividad fibrinolítica.

El efecto de las hormonas de los anticonceptivos sobre la síntesis de las proteínas por el hígado se manifiesta en forma de cambios en ciertas enzimas séricas como las transaminasas provocando trastornos hepáticos como la ictericia colesistática (26).

Referente al metabolismo de aminoácidos se ha detectado alteración en el metabolismo hepático del triptofano el que abate los niveles séricos de la serotonina en el nivel cerebral que puede conducir la aparición de trastornos psíquicos. (27)

#### 1.7.4. Metabolismo Hidroelectrolítico.

Como se sabe los esteroides tienen la propiedad de retener sodio y por lo tanto agua ocasionando un ligero aumento ponderal y en consecuencia al ingerir anticonceptivos orales puede existir edema.

26) Organización Panamericana para la Salud. Op. Cit. p. 8  
27) Secretaría de Salud p. 29.

### 1.7.5 Efectos sobre los Cromosomas.

Aún no se han hecho estudios profundos en relación a los cambios que pueden existir durante el desarrollo fetal, pero se cree que si se toman anticonceptivos orales en el inicio del embarazo o si este se produce mientras una mujer lo este tomando puede existir un riesgo mínimo de malformaciones fetales y anomalías cromosómicas, así como una posible virilización de un feto femenino debido a la actividad androgénica del hormonal oral.

Pero esta relación causa-efecto con el uso de anticonceptivos orales y alteraciones cromosómicas no puede ser determinante por el uso de anticonceptivos orales, ya que se deberá tener una historia clínica en donde se incluyan los antecedentes heredofamiliares de la paciente.

## 1.8 EFECTOS SOBRE APARATOS Y SISTEMAS.

### 1.8.1. Aparato Cardiovascular.

Con la disminución de los componentes del anticonceptivo oral se ha logrado disminuir los efectos sobre el aparato cardiovascular. Los anticonceptivos orales participan en la aparición e intensificación de hipertensión de algunas mujeres: este

efecto pudiera relacionarse con el hecho de que los estrógenos aumentan los niveles de sustrato de renina en suero, a través de la estimulación de la biosíntesis hepática de enzimas - - afines. (28)

Este aumento suele ser reversible al interrumpir el tratamiento.

La duración de la ingesta de anticonceptivos orales es un factor que incide en la tromboembolia siendo, más común la trombosis venosa profunda de miembros inferiores. Y está relacionado más con la dosis de estrógeno que el preparado, pero hay que tener en cuenta que esto no puede ser atribuible por sí solo a la dosis estrógena ya que también son factores de riesgo la edad y el consumo de cigarrillos.

#### 1.8.2 Hígado y Vías Biliares.

Hay predisposición a la formulación de cálculos, debido a que el estrógeno altera la cinética del colesterol aumentándolo en la bilis, pero hay que tener en cuenta que este riesgo también aumenta en pacientes obesos o con hipercolesterolemia previa.

---

28) Van Zile Hyde Henry Op. Cit. p. 129.

Este riesgo se puede reducir dando a estas usuarias anticonceptivos hormonales orales de microdosis.

El cáncer hepático es muy raro en las usuarias de anticonceptivos orales ya que existen otros factores de riesgo importantes y sólo pudieran aumentar si una enferma los ingiriera.

Otra alteración del metabolismo del hígado es un aumento en las cifras de transaminasa, incluso una elevación moderada de fosfatasa alcalina al interrumpir el tratamiento todos estos valores se normalizan en un lapso dado.

La ictericia se observa en una de cada 10,000 mujeres que reciben anticonceptivos orales.(29)

Otro efecto de los sistemas enzimáticos es la menor capacidad del hígado para extraer cortisol de la sangre, dicho efecto en los niveles de cortisol probablemente se relacione con los efectos de los anticonceptivos orales en el metabolismo de la glucosa, y ese hecho despierta preocupación sobre el efecto posible de estos agentes en la reacción hipofisiaria.(30)

29) Idem. p. 127 y 128.

30) Ibidem. p. 129.

### 1.8.3. Aparato Genitourinario.

Existe una mayor frecuencia a infecciones urinarias atribuyéndose esto a la progesterona, debido a que esta causa relajación de la musculatura lisa de ureteres y vejiga dando como resultado la estásis urinaria y por consiguiente la infección.

El empleo de los anticonceptivos orales puede favorecer el desarrollo de la *Cándida Albicans* y probablemente de *Tricomoniassis*, esto es ocasionado por el desdoblamiento del glucogeno por el lacto basilo que lo transforma de ácido láctico a Ph alcalino siendo este un medio favorable para la proliferación del hongo. Pero hay que tener en cuenta que los antibióticos, y citostáticos también pueden favorecer la aparición de este tipo de infecciones.

### 1.8.4 Piel y Anexos.

Lo más frecuente es la aparición del cloasma cuya etiología no se ha podido determinar, pero se cree que la ingesta prolongada de anticonceptivos orales y la exposición al sol favorece la aparición de esta manifestación.

## 1.9 INDICACIONES.

Los anticonceptivos orales están indicados para mujeres en - - edad fértil con vida sexual activa, nuligesta, nulíparas o multíparas incluyendo adolescentes que deseen un método temporall de alta efectividad y seguridad, que acepten la responsabili-- dad de la ingesta diaria de las tabletas o grageas en las si- - guientes circunstancias:

- Antes del primer embarazo.
- En el intervalo intergenésico.
- En posaborto inmediato.
- En posparto y poscesárea, después de la tercera semana si - la mujer no está lactando. (31)

Como podemos ver cada mujer debe tomar un anticonceptivo orall que siendo eficaz tenga para ello el mayor margen de seguridad posible.

## 1.10 CONTRAINDICACIONES.

### 1.10.1 Absolutas.

- Tromboflebitis, transtornos tromboembólicos, enfermedad cere**br**obascular, coronoropatías o antecedentes de estos transtor--

---

31) Norma Oficial Op. Cit. p. 23

nos.

- Transtornos de la función hepática.
- Sospecha o certeza de embarazo.
- Tumores mamarios malignos y benignos.
- Hemorragia genital anormal.
- Lactancia en los primeros seis meses posparto.
- Diabetes.
- Nefropatías.
- Hiperlipidemias.
- Tabaquismo.
- Durante la administración crónica de rifampicinas o anticonvulsionantes.
- Todos los cánceres genitales.

En estos casos debemos de tomar en cuenta de que si se llegarán a ingerir anticonceptivos orales se agravarían o acelerarían el proceso de la enfermedad debido al factor predisponente para estas causas que tienen los componentes de los hormonales orales.

### 1.10.2 Relativas.

- Mujeres mayores de 35 años.
- Depresión.
- Miomatosis uterina.
- Hipertensión arterial.
- Insuficiencia venosa periférica.
- Síndrome epiléptico.
- Hemoglobinopatías.
- Intervención quirúrgica reciente o electiva.
- Inmovilización de alguna extremidad.

En caso de que las mujeres presenten alguno de estos problemas y deseen tomar anticonceptivos orales, deberán de permanecer bajo estricto control médico y de este modo se pueda decidir si pueden seguir usando este método sin ocasionarles mayor problema o se tenga que optar por utilizar otro método.

### 1.11 EFECTOS ADVERSOS.

Muchos de los síntomas más frecuentes asociados con los anticonceptivos orales son los experimentados durante el embarazo.



### 1.11.1 Náuseas y Vómito.

Se ha establecido que la náusea se presentará más en las mujeres que se sienten tensas emocionalmente, esto se relaciona con las dosis de estrógenos por lo que se optó en disminuir este componente a menor de 50 mcg.

Si la usuaria presentara vómito dentro de las dos horas anteriores a la toma de la tableta deberá ingerir otra tableta. Además si se presenta diarrea se deberá utilizar un método de apoyo, debido a que se disminuye la efectividad de los componentes por la aceleración del tránsito intestinal.

### 1.11.2 Cambio de Peso.

Como ya se mencionó anteriormente los esteroides tienen la propiedad de retener sodio y agua por lo que se observa un incremento discreto en el peso, el cual suele ser inferior a 2 kg. y sucede durante los primeros 6 meses del tratamiento.

También puede haber una pérdida de peso por la propiedad anabólica del progestágeno, o bien no puede existir ningún cambio de peso por parte de las usuarias.

Si los cambios en el peso son severos, es decir, mayores o menores de 2.5 kg. el médico deberá considerar si es a consecuencia del anticonceptivo oral y discontinuar el método o bien si es causa de otro factor ajeno a la ingesta de anticonceptivos.

#### 1.11.3 Estado de ánimo.

La depresión suele ser el cambio de ánimo más notable y esto se le atribuye a las alteraciones del metabolismo del triptofano en el nivel hepático que da como resultado en los niveles de serotonina cerebral.

#### 1.11.4 Goteo intermenstrual.

Es una minoría de mujeres la que puede presentar este trastorno sobre todo aquellas que utilizan el anticonceptivo oral de progestágeno solo o comprimidos mixtos que contengan menos de 30 mcg de estrógeno. El tipo de progestágeno y la proporción entre el estrógeno y progestágeno puede influir en el tipo de sangrado.

#### 1.11.5 Mastalgia.

Los pechos reaccionan al estrógeno y a la progesterona circulantes y en los ciclos normales se ha observado alguna moles-

tía antes de la menstruación en una de cada seis mujeres. El engrosamiento y la dureza parece deberse a la progesterona; - el dolor, la molestia y la sensibilidad a los estrógenos.

Los anticonceptivos orales exponen las mamas a un ambiente ligeramente diferente y mientras algunas mujeres que había tenido molestias antes de tomarlos, se alivian en otros síntomas - pueden presentarse por primera vez. Si una mujer empieza a tomar anticonceptivos poco después del parto prácticamente no se presenta ninguna molestia. (32)

#### 1.11.6 Edema de la Cornea.

Algunas de las mujeres son menos tolerantes a los lentes de - contacto en los días anteriores de la menstruación y también - se ha escrito que los anticonceptivos orales hacen que los lentes de contacto sean más difíciles de usar en un número pequeño de casos.

#### 1.11.7 Cefalea - Jaqueca.

La molestia suele ocurrir como resultado de: Dilatación, dis--tensión, compresión, tracción, edema o inflamación de arte- -

---

32) Peel John y Potts Malcolm. Op. Cit. 120.

rias intracraneales o extracraneales.

Ocasionalmente puede aparecer un ligero dolor de cabeza similar al del premenstrual, este dolor de cabeza puede manifestarse durante las semanas de descanso y suele desaparecer tomando la tableta. No obstante se interrumpirá la administración si aparecieran cefaleas de intensidad no habitual o dolores similares a la jaqueca.

#### 1.11.8 Gingivitis Hipertrófica.

La hipertrofia del tejido que rodea el cuello dental es una complicación comprobada durante el embarazo y se puede también presentar en mujeres que toman progestágenos orales. En algunos casos se pueden formar un tumor fibroso en la encía, aunque con mayor frecuencia nada más molestia en las encías o el tejido hipertrofiado se convierte en foco de infecciones como la enfermedad de Vincent y la Piorrea. Generalmente se puede remediar con higiene oral buena. (33)

Muchos de estos efectos secundarios desaparecen o disminuyen conforme el organismo se ajuste a las tabletas. Algunos de estos síntomas pueden ser eliminados cambiando a una tableta -

---

33) Idem. p. 120.

de dosis diferente, ya sea una dosis más alta o una más baja a la que se ingiere actualmente.

Cuando la paciente experimenta alguna alteración en su organismo a causa de la ingesta de diferentes tipos de pastillas en las cuales varían las dosis tanto de estrógenos como de progestinas, no se ve amenazada su vida, pero pueden empeorar con el tiempo y cuasar un daño permanente si no se detecta a tiempo la alteración que está sufriendo la paciente.

Es por esto que se debe de incluir una valoración de la paciente en cuanto a contraindicaciones, historia, exploración física y la toma de la presión arterial, además de que en lo posible de la medida se deberán realizar estudios como el papanicolaou, hematocrito o hemoglobina, análisis de orina, cultivo para gonorrea, pruebas serológicas para la sífilis (si no se ha practicado en el año) y se le debe dar además a la paciente una buena orientación en la toma de las tabletas.

Cuando se administran diferentes tipos de anticonceptivos orales se debe de tener una vigilancia ulterior con la paciente, en donde los servicios mínimos deben de comprender, investigar si la paciente ha presentado cefalea, visión borrosa, dolor de piernas, dolor torácico, alteraciones en el sangrado y cualquier otro problema que la paciente mencione espontáneamente,-

además de que se debe de tomar la presión arterial y asegurarse de que las tabletas están siendo tomadas en forma adecuada.

## 1.12 EFECTOS BENEFICOS.

### 1.12.1 Alivio de la Dismenorrea.

Este es un dolor parecido al cólico que se percibe en la parte interior del abdomen o en la región interna de los muslos (con o sin dolor de espalda) y que se presenta con grados variables de náusea y mareo. Puede empezar antes del principio de la menstruación o coincidir con ella y la mujer se puede sentir muy enferma e incapacitada. 45% de las mujeres tienen dolor durante la menstruación y un 12% de estas, el dolor es agudo. Las preparaciones químicas de hormonas suprimen la dismenorrea en el 60 a 90% de los casos y alivian los síntomas en la mayoría de los demás.

El calambre puede ser abdominal, como una punzada, o en las pantorrillas pero a diferencia de la dismenorrea no hace que la mujer se sienta enferma. La incidencia de los calambres puede aumentar ligeramente con los anovulatorios orales, especialmente en los primeros ciclos de uso.

### 1.12.2 Alivio de la Tensión Premenstrual.

La tensión premenstrual generalmente dura de 3 a 4 días pero a veces hasta 10 y puede terminar 24 horas antes del principio de la hemorragia. Se manifiesta con depresión, incapacidad para concentrar y quizá llanto esporádico, junto con la irritabilidad caracterizada por un estado de ánimo variable y explosiones emocionales. La mujer se puede sentir abotagada, especialmente en la región inferior del abdomen y en las mamas y también los dolores de cabeza. Aproximadamente una tercera parte de las mujeres normales se quejan de irritabilidad premenstrual, cuarta parte de depresión, de angustia o de una reducción de la actividad física y a muchas les trastorna bastante la vida.

La mayoría de las funciones intelectuales y motoras bajan antes de la menstruación.

Casi todas las mujeres conocen la tensión premenstrual y existe un acuerdo general en que los anticonceptivos orales alivian los síntomas con frecuencia y sólo en mucho menos casos los agraban o los provocan.

### 1.12.3 Menstruación.

La menstruación avisa a la mujer que no está embarazada y al mismo tiempo le da confianza en su fertilidad futura.

La administración clínica de la píldora remeda la menstruación en forma convincente y produce algunas mejoras bienvenidas en lo que usualmente es un fenómeno ligeramente sucio. Las mujeres que están tomando anovulatorios orales tienen niveles de hemoglobina más altos, en parte como resultado de una pérdida premenstrual menor.

Los anticonceptivos regulan la menstruación y eliminan algunos de los problemas de tomar píldoras que se presentaban cuando había muy poco sangrado o ninguno.

El 50% o más de las mujeres que toman productos combinados experimentan una reducción en la cantidad de sangre eliminada. Menos de 1 en 20 tienen un aumento, pero algunas de las de este grupo son mujeres que anteriormente tenían reglas anormalmente escasas. Los métodos en secuencias ordenadas producen cambios de endometrio que histológicamente son semejantes a los del ciclo normal. Los cambios menstruales debidos a la píldora generalmente tardan varios ciclos en establecerse.



Un sangrado rojo brillante se asocia con buena salud y se puede describir como bonito mientras que si es escaso se tomará por malo y hay, por tanto, que dar explicaciones al respecto.

Hay un grupo escaso de mujeres que dejan de tener la menstruación en los 7 días siguientes al final de una caja de tabletas. Se llama falta de una menstruación y se presenta en el 1% de los ciclos o menos, pero hasta una 5a. parte de las mujeres que toman la píldora pueden experimentar la falta de la regla en alguna ocasión.

#### 1.12.4 Cura del acné.

El acné es una inflamación de las glándulas sebáceas, probablemente en respuesta a la salida de sebo al interior de la pared folicular. La secreción de sebo está primordialmente controlada por los andrógenos y al ascenso de los andrógenos ováricos que se presentan en la pubertad es el responsable del acné femenino. El acné mejora en el 80 al 90% de las mujeres con preparaciones combinadas o en series ordenadas, aunque antes de percibirse una mejora tienen que transcurrir dos o tres ciclos.

En un número muy pequeño de mujeres (menos de 1%) el acné se agrava al tomar la píldora.

#### 1.12.5 Alivio de Hirsutismo.

Algunas formas de hirsutismo van ligadas a un nivel más alto de testosterona y androstendiona en el suero sanguíneo. En estos casos, los anticonceptivos orales a veces resultan beneficiosos.

#### 1.12.6 Alivio del dolor a mitad del ciclo.

El dolor durante la ovulación, que puede durar desde unas cuantas horas hasta un día o más, es mucho menos común que el de la menstruación.

Algunas mujeres tienen que descansar en cama o recibir algún tratamiento sintomático y otras sienten molestias y dispaurencias.

Se eliminan, por supuesto, con las preparaciones combinadas y en serie.

#### 1.12.7 Bienestar.

La mayoría de los matrimonios sienten que sus relaciones y su vida en general, mejoran después de empezar a tomar los anticonceptivos orales y en muchos, los beneficios son profundos y de largo alcance.

Esto se puede atribuir a que las relaciones sexuales son más -  
satisfactorias y disminuye el riesgo a embarazos no desea--  
dos. (34)

#### 1.12.8 Supresión de la Lactancia.

Las píldoras originales de dosis elevadas, como las de Enavid\_  
de 10 mg, reducían la producción de leche en aproximadamente -  
la mitad de las mujeres que las tomaban, pero los productos -  
de dosis más bajas que usan ahora, prácticamente no producen -  
ninguna diferencia significativa y algunas mujeres que toman -  
la píldora han amamantado a sus hijos hasta un año o más.

A las mujeres lactantes que se les administtra anticonceptivos\_  
orales, se les presenta la menstruación a los dos o tres meses  
de empezar a tomar el medicamento. (35)

#### 1.12.9 Líbido.

Se ha registrado tanto aumento y disminución de esto en las -  
usuarias de anticonceptivos orales.

34) Ibidem. p. 116 a la 119.

35) Ibidem p. 136 y 137.

El aumento se ha atribuido del temor al embarazo.

A continuación se presenta cuadro en el que se aprecia claramente los efectos secundarios provocados por el exceso de progestágenos y estrógenos. (36)

36) Gally Esther SEXUALIDAD HUMANA Y PLANIFICACION FAMILIAR. -  
p. 109.

## EFFECTOS SECUNDARIOS MENORES DE LOS ANTICONCEPTIVOS ORALES

### GINECOLOGICOS

#### Exceso de Progestinas

- Mastalgia
- Propensión a candidiasis vaginal y vaginitis por monilia.
- Amenorrea pospíldora
- Hirsutismo
- Disminución de la líbido
- Disminución de la duración de la menstruación.
- Aumento del tamaño de las mamas (Tejido alveolar)

#### + Exceso de Estrógenos

- Aumento de la grasa femenina
- Aumento de leucorrea
- Aumento del tamaño del útero y dolor uterino.
- Tendencia al ectropión
- Hipermenorrea
- Menorragia
- Aumento de tamaño de leiomas
- Exotrofia cervical

### GENERALES

#### + Exceso de Progestinas

- Aumento de peso no cíclico y aumento de apetito.
- Bulimia
- Cansancio, fatiga y depresión.
- Várices.
- Acné y pelo grasoso
- Prurito
- Ictericia colestática
- Alopecia
- Cefalea en el período en que no se toma la píldora.

#### + Exceso de Estrógenos

- Hipercoagulación sanguínea
- Mareos, náuseas y vómito.
- Aumento de peso cíclico
- Cloasma, hiperpigmentación
- Telangiectasias
- Cefalea vascular e hipertensión
- Edema y dolor de piernas
- Lentes de contacto que no se acomodan.

## GINECOLOGICOS

- Supresión de la lactancia
- Alteraciones mamarias quísticas
- Dolor mamario con retención de líquidos.

### + Déficit de Progestinas

- Hemorragia de privación retardada
- Dismenorrea
- Flujo menstrual intenso y coágulos
- Retraso de la menstruación después de la última pastilla.

### + Déficit de Estrógenos

- Hipomenorrea
- Atrofia vaginal y dispareunia
- Amenorrea pospíldora
- Prolapso uterino
- Sangrado al comienzo y a la mitad del ciclo
- Disminución de la libido

### + Déficit de Estrógenos y Progestinas

- Mastalgia

## GENERALES

### + Déficit de Progestinas

- Pérdida de peso

### + Déficit de Estrógenos

- Síntomas vasomotores
- Irritabilidad, nerviosidad
- Bochorno.

### + Exceso de Estrógenos y Progestinas

- Irritabilidad
- Calambres en las piernas.

### 1.13 INTERACCION CON OTROS FARMACOS.

Los anticonceptivos orales pueden aumentar o reducir la eficacia de otras drogas ya que existe una doble interacción entre los contraceptivos hormonales y otros medicamentos.

Los esteroides sexuales pueden retardar el metabolismo de algunos fármacos, pero por otra parte los barbitúricos, sulfamidas ciclofosfamida y rifampicina pueden acelerar la metabolización de las hormonas contraceptivas, introduciendo de este modo un factor de inseguridad en el método, esta disminución de eficacia se suele anunciar o mejor preceder por alteraciones de las hemorragias y sobre todo por metrorragias durante la toma de la píldora, fenómenos que ha sido observado no sólo con los fármacos anteriormente citados, sino también con casi todos los fármacos empleados en trastornos psiquiátricos.

También el DDT ha mostrado esta acción, por lo que se recomienda prestar especial atención a los indicios que de esta droga puedan existir en los vegetales de ingestión cotidiana.

El mecanismo de esta interacción consiste en que estos medicamentos producen la inducción de las enzimas celulares que transforman los esteroides sexuales en compuestos mucho menos activos. La acelerada biotransformación del anticonceptivo desencadena en primera instancia hemorragias por interrupción

y ocasionalmente liberación de FSH y LH que pueden forzar el proceso de la ovulación y hacer, de esta manera, que sobrevenga un embarazo.

La toma inadecuada de cualquier medicamento, aunque no se haya demostrado su acción inductora de enzimas, puede interferir con la anticoncepción hormonal.

A continuación se muestra una tabla en donde se especifican las diversas terapéuticas y su interacción medicamentosa con la anticoncepción hormonal. (36)

---

36) Dexeus Arias de Bes Op. Cit. p. 54 y 55.



CLASE TERAPEUTICA	FARMACO	NATURALEZA DE LA INTER FERENCIA.	EFFECTOS CLINICOS O BIOLOGICOS PO- SIBLES.	MODIFICACIONES DE LA EFICACIA CONTRACEPTIVA.
Analgésicos	Amidopirina y derivados pirazolados.	Inducción enzimática que modifica el meta- bolismo de los estro- progestativos.	Hemorragias uteri- nas. Sangrado.	Posible disminu- ción de la efi- cacia contra- ceptiva.
	Fenacetina y derivados.	Inducción enzimática que aumenta el meta- bolismo de los estro- progestativos.	Hemorragias uteri- nas. Sangrado.	Posible disminu- ción de la efi- cacia contracep- tiva.
	Fenilbutazona y derivados.	Inducción enzimática que aumenta el meta- bolismo de los estro- progestativos. inhí- bición enzimática - del metabolismo de - la fenilbutazona -- (aumento de la vida media plasmática).	Sangrado Potenciación de - los efectos de la fenilbutazona.	Posible disminu- ción de la efi- cacia contracep- tiva.
Antibióticos	Ampicilina y sus sales.	Modificaciones del me- tabolismo de los es- trógenos.	Hemorragias uteri- nas. Sangrado.	Posible disminu- ción de la efi- cacia contracep- tiva.
	Cloramfenicol y sus sales.	Modificaciones del metabolismo de es- trógenos.	Hemorragias uteri- nas. Sangrados.	Posible disminu- ción de la efi- cacia contracep- tiva.
Anticoagulantes	Antivitaminas K.	Aumento de la tasa plasmática de ciertos factores de la coagu- lación.	Antagonismo: re- ducción del efecto anticoagulante.	No se modifica - la eficacia con- traceptiva.

CLASE TERAPEUTICA	FARMACO	NATURALEZA DE LA INTER FERENCIA.	EFFECTOS CLINICOS O BIOLÓGICOS POSI SIBLES.	MODIFICACIONES DE LA EFICACIA CONTRACEPTIVA.
Anticonvulsivantes.	Hidantoínas	Inducción enzimática que acelera el metabolismo de los progestativos.	Hemorragias uterinas. Sangrado. Agravación o mejora de la epilepsia.	Importante disminución de la eficacia contraceptiva.
	Fenobarbital y derivados.	Inducción enzimática que aumenta el metabolismo de los progestativos.	Hemorragias uterinas. Sangrado. Agravación o mejora de la epilepsia.	Importante disminución de la eficacia contraceptiva.
	Primadona (primidona)	Inducción enzimática que aumenta el metabolismo de los estrógenos.	Hemorragias uterinas. Sangrado Agravación o mejora de la epilepsia.	Disminución de la eficacia contraceptiva.
Antidepresivos tricíclicos.	Imipramina y derivados.	Inhibición enzimática del metabolismo anti-depresivo por los estrógenos.	Potenciación de los efectos del anti-depresivo. Manifestaciones clínicas de toxicidad anti-depresiva.	No se modifica la eficacia contraceptiva.
Antituberculosos	Rifampicina.	Inducción enzimática potente que aumenta el metabolismo de los estrógenos.	Hemorragias uterinas. Sangrado.	Importante disminución de la eficacia contraceptiva.
Barbitúricos		Inducción enzimática que aumenta el metabolismo de los progestativos.	Hemorragias uterinas. Sangrado Potenciación de los efectos de los barbitúricos.	Importante disminución de la eficacia contraceptiva.

CLASE TERAPEUTICA	FARMACO	NATURALEZA DE LA INTERFERENCIA.	EFFECTOS CLINICOS O BIOLOGICOS POSIBLES.	MODIFICACIONES DE LA EFICACIA CONTRACEPTIVA.
Corticoides		Posible fijación competitiva a nivel de ciertos receptores.	Potenciación importante de los efectos de los corticoides (disminución de las dosis necesarias de corticoides).	No se modifica la eficacia contraceptiva.
Hipoglucemiantes.	Insulinas e hipoglucemiantes orales.	Efectos hiperglucemiantes de los contraceptivos orales.	Trastornos de la compensación de la diabetes mellitus (adaptación de las dosis de hipoglucemiantes).	No se modifica la eficacia contraceptiva.
Hipotensores.	Guanidina y sus derivados.	Los estroprogestivos podrian inducir una hipertensión arterial al aumentar la actividad del sistema renina-angiotensina.	Ineficacia de la guanetina en la hipertensión arterial inducida por los estroprogestivos.	No se modifica la eficacia contraceptiva.
Laxantes.		Ninguna interferencia. Los laxantes no disminuyen la absorción de los estroprogestativos, pero actúan sobre la motilidad intestinal.	Tránsito acelerado.	No se modifica la eficacia contraceptiva, si la toma de la píldora no coincide con la del laxante.
Tranquilizantes.	Meprobamato.	Inducción enzimática que aumenta el metabolismo de los estroprogestativos.	Hemorragias uterinas. Sangrado.	Disminución de la eficacia contraceptiva.
Vitaminas	Vitaminas B <sub>2</sub> , B <sub>6</sub> , B <sub>12</sub> , C.		Disminución de la tasa sérica de las vitaminas.	No se modifica la eficacia contraceptiva.

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

#### 1.14 DOSIFICACION Y ADMINISTRACION.

De acuerdo a las presentaciones de pastillas anticonceptivas - que se manejan en la E.E.C. la dosificación y administración - correcta de estas es la siguiente:

Lo-femenal y Oviprem:

Debe de administrarse una tableta diariamente a intervalos no\_ mayores de 24 horas por espacio de 21 días consecutivos, segui\_ dos de una tableta color marrón en el caso de Lo-femenal y una de color blanco en el caso de Oviprem por 7 días más.

En el primer ciclo la toma de anticonceptivos orales se deberá llevar a cabo al 5o. día de haber iniciado la menstruación y las posteriores se continúan inmediatamente después de haber - ingerido la última tableta marrón (Lo-femenal) blanca (Oviprem) del ciclo anterior.

En caso de olvido de una tableta se recomienda tomarsela en la mañana siguiente, o tan pronto como lo recuerde la usuaria, - sin suspender la correspondiente a ese día; si el olvido es de 2 tabletas se recomienda tomar 2 tabletas diarias durante los\_ 2 días siguientes al olvido y usar un método de barrera por el resto del ciclo. SI se han dejado de tomar 3 tabletas segui-- das se recomienda suspenderlas y usar un método de barrera has\_

ta que ocurra la menstruación, e iniciar un nuevo ciclo de -  
pastillas al 5o. día de la menstruación.

**Microgynón CD-28:**

El tratamiento se comienza al primer día de la menstruación, -  
tomando de la zona roja del paquete-calendario la gragea del -  
día de la semana correspondiente. Después se continúa sin in-  
terrupción tomando una gragea cada día hasta terminar el ciclo  
e iniciar enseguida con el siguiente ciclo.

Debido a que los componentes de esta presentación son microdo-  
sis, se le debe de recomendar a la usuaria que no se olvide tomar  
ni un día la tableta y en caso contrario deberá de utilizar un  
método de barrera.

## **2. RESULTADOS**

## RESULTADOS

Del total de mujeres encuestadas se encontró que la presentación de pastillas anticonceptivas más utilizadas es Lo-femenal con un 41.83%, mientras que Oviprem se encuentra en 31.81% y Microgynon 26.36%.

Como se puede observar , Lo-femenal es el anticonceptivo oral más empleado, lo que se atribuye por ser una de las presentaciones de mayor tiempo en el programa, además de que es conocido entre las usuarias como la americana y piensan que lo extranjero es mejor a lo nacional. Por otra parte, a pesar de que Oviprem apenas hace un año se empezó a distribuir, cuenta con un porcentaje mayor que el Microgynon que tiene más tiempo y esto es debido a hacer la nueva presentación que se empezó a distribuir y por lo tanto se dotó más de esto a las Auxiliares de Salud para que se les proporcionara a las usuarias. (Ver cuadro No. 1 de la pág. 100).

Referente al número de veces que se les ha cambiado la presentación de pastillas anticonceptivas a las usuarias, se detectó que a la mayoría se cambió dos veces con un 35.92%, seguida de las usuarias que se les dió sólo una vez en un 30% y por último un 13.63% correspondiente a 3 ó más veces.

Cabe destacar que un 20.45% no se le han cambiado las pasti- --

llas, y esto es porque cuando se le ha proporcionado un tipo de anticonceptivo oral que no les ocasiona ningún problema, ya no aceptan ninguna otra presentación por el temor a manifestar algún problema e incluso el embarazo.

Es notable que el número de veces que les han cambiado de pastillas a las usuarias se debe a que la dotación de estas no es siempre igual, debido al insuficiente abastecimiento de los tres tipos de pastillas, por ejemplo: Hay ocasiones en el que sólo se envía Lo-femenal y tardan mucho tiempo para enviar otro tipo de pastilla, después cuando mandan Oviprem o Microgynon no llega Lo-femenal hasta después de varios meses e incluso existen ocasiones en las que no se abastece de ninguna de las presentaciones y las Auxiliares de Salud se ven obligadas a darle a las usuarias sólo la presentación con la que cuentan, y no a la que usualmente están acostumbradas. (Ver cuadro No.2 de la Pág. 101 ).

Respecto al tiempo que tomaron cada presentación de pastillas, se observó que del 100% que tomaron Lofemenal 68.65% la han ingerido por más de 3 meses, con respecto al Oviprem 30.90% de ellas la ingirieron por el mismo tiempo. Mientras que Microgynon en un 30%. Por otra parte 43.65% ninguna vez tomaron Oviprem, mientras que Microgynon corresponde al 40% y en lo que respecta a Lofemenal 22.72% con lo cual se ve reflejado



que la mayoría de las usuarias se encuentran en el indicador - a 3 meses o más debido a que cuando la usuaria toma algún tipo de pastilla que no le ocasiona problemas la sigue tomando por mucho tiempo, mientras que si le llegara a ocasionar algún problema sólo la llega a tomar por uno o dos meses e incluso menos de un mes.

Esto está reflejado con el número de veces que se les cambió de pastillas a las usuarias.

NOTA: El 100% corresponde a las 220 usuarias.

(Ver cuadro No. 3 de la pág. 103 ).

En cuanto a las usuarias que presentan problemas durante el cambio de presentación de pastillas, se vio que 62.63% refirió que si ha presentado problemas con el cambio y 37.27% nunca lo han manifestado. Hay que recordar que 20.45% de las usuarias no han cambiado ninguna vez (Ver cuadro No. 2). De acuerdo a la bibliografía observamos que las 3 presentaciones que maneja la E.E.C. tiene distintas dosis en los componentes de la fórmula. Lofemenal está constituido por 0.3 mg. de norgestrel, 30 mcg. de etinilestradiol y 75 mg de sulfato ferroso, Oviprem contiene 0.400 mg. de norestisterona y 0.035 mg. de etinilestradiol. Microgynon tiene 0.15 mg. de levonorgestrel y 30 mcg. de etinilestradiol, cada uno de estos estrógenos

y progestágenos contenidos en las formulaciones actúan a nivel del eje Hipotálamo - Hipófisis - Ovario: Supresión de factores hipotalámicos que, a su vez, conducen a una secreción inapropiada por la hipófisis de hormona folículo estimulante y de hormona luteinizante que conllevan a la anovulación y por consiguiente al administrar más de estos existe el riesgo de presentar varios efectos secundarios. (Ver cuadro No. 4 de la Pág. 104 ).

Entre la asociación en cuanto a los cambios de pastillas y su relación con presencia de problemas. Se observó que entre las que sólo una vez han cambiado de presentación 2.72% han presentado cefalea y cambios en el estado de ánimo, 2.27% han manifestado cefalea, mareos, náuseas y vómito, el 1.81% mostró cefalea y aumento de sangrado, así mismo 1.81% ha tenido aumento de sangrado, 1.36% presentaron cefalea y también 1.36% manifestó haber tenido cólico.

En relación a las usuarias que han cambiado 2 veces de presentación, se detectó que 3.18% tuvo sangrado intermenstrual, así como a 3.18% le ocasionó aumento de sangrado, 1.18% mostfo cefalea, mientras que 1.36% manifestó cefalea y aumento de peso. Y en el mismo porcentaje se encuentran las que tuvieron cefalea, aumento de peso, cambios en el estado de ánimo, náuseas y várices.

En el caso de las que han cambiado 3 ó más veces de presentación se tiene que 3.63% manifestaron cefálea, el 1.81% ha tenido amenorrea, 1.36% refirió haber tenido cefalea, mareos, - - aumento de sangrado y .90% presentó cefalea, aumento de peso, - cambios en el estado de ánimo, náuseas y várices, en este mismo porcentaje se encontró a las que el cambio les ocasionó cefalea y disminución de sangrado, también se observó que las - que han tenido aumento de sangrado y .90% para las que han presentado cambios en el estado de ánimo. El resto de las usuarias mostfo otros cambios neurovegetativos (paño, cólico, - - aumento de T/A).

En general los problemas de cefaea y alteraciones en el sangrado son 2 constantes comunes y estos se presentan más entre las usuarias que han cambiado 2 veces de presentación de pastillas en relación a las que sólo han cambiado una vez y las que lo - han hecho por más de 3 veces. Esto va acorde con Harrison y - Brunner que mencionan que la cefalea suele ocurrir como resultado de dilatación, distención, compresión, tracción, edema o inflamación de arterias intracraneales o extracraneales provocados por el aumento de los distintos preparados de los anti-concpetivos orales. Este dolor de cabeza puede manifestarse - durante la semana de descanso (cuando se toma el placebo y suele desaparecer tomando la tableta). Otro mecanismo de acción - de los anticonceptivos orales es la maduración del endometrioo

que lo llevan a una situación no adecuada para que ocurra la implantación del blastocisto y por lo tanto hay alteraciones en el sangrado el cual va relacionado con la proporción entre el estrógeno y progesterógeno de las diferentes combinaciones de los anticonceptivos orales. Por consiguiente se ven reflejados los problemas con el número de veces de cambio de presentación de pastillas. (Ver cuadro No. 5 de la Pág. 105 ).

En cuanto al tiempo de duración de los problemas que presentaron las usuarias se tiene que en menos de un mes 2.89% refirieron cefalea y en el mismo porcentaje las que dijeron haber tenido cefalea más aumento de sangrado, 2.17% manifestaron cefalea, mareos, náuseas, vómito. 1.44% presentaron sangrado intermenstrual al igual que las que manifestaron náuseas y vómito.

En relación a las usuarias que presentaron los problemas de 2 a 3 meses se tiene que 7.29% tuvo cefaleas, 5.72% mostró sangrado intermenstrual 4.34% refirió cefalea y cambios en el estado de ánimo, 3.63% dijo haber tenido cefalea, más aumento de sangrado, 2.89% ha manifestado cefalea más disminución de sangrado, así mismo las que tuvieron aumento de sangrado y de igual forma las que presentaron aumento de la T/A y várices.

En el caso de las que sus problemas se presentaron por tres o más meses, se puede observar que 5.79% mostró aumento de sangrado, 2.17% refirió haber tenido cefalea, aumento de peso, cambios en el estado de ánimo, náuseas y várices, en el mismo porcentaje se encuentran las que manifestaron cambios en el estado de ánimo, disminución de sangrado y náuseas.

Según los resultados se vuelve a observar que las constantes - cefalea y alteraciones en el sangrado se encuentran en los primeros lugares y más en la duración de 2 a 3 meses y esto se relaciona precisamente con el número de veces que han cambiado de presentación de pastillas a las usuarias. (Ver cuadro No.6 de la pág. 106 ).

En lo que toca al personal de salud que ha prescrito las pastillas anticonceptivas es notable que las Auxiliares de Salud es el personal que más ha proporcionado en un porcentaje de 37.64, seguida de la S.A.S. 13.63%, mientras que los médicos han dado las pastillas en 12.27% y sólo 0.46% las ha prescrito la pasante.

El que la A.S. sea el personal que más pastillas ha proporcionado a las usuarias, es porque precisamente son ellas las encargadas de distribuir los anticonceptivos orales en su comunidad además de que con ellas las usuarias tienen mayor confianza -

porque las conocen de hace tiempo y se encuentran más cerca -  
de ellas. Mientras que las S.A.S. y la pasante sólo realizan -  
2 visitas por mes hasta la comunidad, lo cual no da mucho - -  
tiempo a que estas se les proporcionen los ciclos y en cuanto -  
al médico se tienen que trasladar a donde este se encuentre. -  
(Ver cuadro No. 7 de la pág. 107 ).

En cuanto al personal de salud que menciona los efectos secun-  
darios a las usuarias encontramos que el médico en quien menos  
lo menciona, encontrándose en una relación de 1 a 1. la S.A.S.  
tiene una relación de 4 a 1, la A.S. se encuentra en una pro-  
porción de 5 a 1 y la única pasante si menciona dichos efectos.

Llama la atención que a pesar de que las A.S. no tienen una -  
preparación profesional, tiene muy presente que antes de pro-  
porcionar un método deben mencionar los efectos secundarios, -  
mientras que el médico que es un profesional no tiene muy en -  
cuenta esto, ya que como se mencionó anteriormente de cada - -  
médico que dice a la usuaria los efectos hay otro que no lo ha  
ce. (Ver cuadro No. 8 de la pág. 108 ).

En lo que respecta al personal de salud que enseña a las usua-  
rias como tomar las pastillas se encontró que un 11.36% de los  
médicos si lo hacen, mientras que un .90% no. 13.63% de las -  
S.A.S. si enseñan, 71.82% de las A.S. si lo indican, 1.83% -  
no lo hacen y en cuanto a la pasante si lo hace.

Es notable que la mayoría del personal de salud si enseñan - como tomar las pastillas y sólo una minoría lo omite y esto - es causado por diversos factores como: cuando las usuarias man - dan a otra persona a recoger las pastillas porque lo hacen a - escondidas de su esposo e incluso de la suegra y de esta mane - ra el personal no puede enseñar a la usuaria como tomarlas, - por lo tanto ella pregunta por otro lado o se las toma según - su criterio. (Ver cuadro No. 9 de la pág. 109 ).

Referente al personal que indica que hacer en caso de olvido - encontramos que la mayoría de estas si lo hace, 10.93% de los - médicos si indica que hacer y sólo 1.36 lo omite, lo que nos - da una relación de 3 a 1. Encuanto a la S.A.S. 13.18% la da y - .46% no. 67.28% de las A.S. si lo indica a la usuaria y - - 6.36% no lo hace y la pasante si lo hace.

Se observa que las A.S. son quienes más se les olvida mencio - narles a la usuaria qué hacer en caso de olvido, ya que se en - cuentra en relación de 10 a 1 y esto se debe a que a muchas de - las usuarias les proporiconan el método a escondidas y esto - hace que las A.S. tome más prioridad de enseñar como tomar la - pastilla en vez de orientar qué hacer en caso de olvido. - (Ver cuadro No. 10 de la pág. 110 ).

Por otro lado el tiempo con el que se cita a la usuaria para -

proporcionarle las pastillas en relación al personal de salud que las prescribe, se obtuvo que 46.81% lo hace correctamente y 53.19% incorrecto ya que estos últimos dan cita abierta. Para proporcionarle el próximo ciclo, las A.S. son las que más citas abiertas dan, debido a que muchas veces las usuarias viven muy lejos y no pueden asistir cada mes a recoger el ciclo que les corresponde o también porque hay mujeres que emigran temporalmente a los estados del país e incluso E.U. por lo que se les proporciona desde 3 hasta los 12 ciclos es decir, para todo el año y el contacto que se tiene con ellas es mínimo. Además de que con frecuencia las usuarias se controlan a escondidas del esposo y la suegra por lo que no pueden ser visitadas cuando el caso lo amerita, e incluso en algunas ocasiones tanto la A.S. como la usuaria se las tiene que ingeniar para que se les proporcione las siguientes pastillas, sin que nadie se de cuenta y esto puede ser tanto en el camino, molino u otro lugar donde sólo se puedan ver por un momento.

Hay que tener en cuenta que la información que se tomó como cita correcta al mes fué de 25 días, ya que la usuaria debe recoger el próximo ciclo 3 días antes de que termine el que está tomando. (Ver cuadro No. 11 de la pág. 111 ).

Por otro lado en cuanto al tipo de exploración e interrogatorio que realiza el personal de salud a las usuarias cuando se



les cambia a otra presentación de pastillas anticonceptivas. -  
Observamos que el médico es quien menos explora e interroga -  
ya que un 5.46% lo realiza amplio, .90% lo hacen regular, - -  
5.90% no lo realizan, se observa que de los médicos que si rea-  
lizan la exploración e interrogatorio lo hacen ampliamente.

En cuanto a las S.A.S. se hayan en relación de 1 a 1, 6.36% lo  
realizan regular y 7.27% no lo realizan. La A.S. están en una  
relación de 2 a 1 teniendo que 1.36% lo realizan amplio 45.03%  
regular y 27.27% no lo hacen, en cuanto a la pasante esta lo -  
efectúa en forma regular.

Nuevamente llama la tención que la A.S. que no es una profesio-  
nista sea quien mejor atención proporcione a las usuarias - -  
en comparación al demás personal de slaud, pero también hay - -  
que observar que la mayoría de estas efectúan una exploración\_  
e interrogatorio regular por lo que hay que tomar en cuenta -  
que si lo hacen regular es por falta de tiempo o también por--  
que varios de los puntos del interrogatorio los omiten debido\_  
a que ya conocen a las usuarias.

Hay que recordar que la administración de estrógenos y progesterinas producen algunas alteraciones en el organismo sin que -  
la mujer se percate de ello por lo que se debe realizar una -  
buena exploración física, de ser posible efectuar el Papanico-

laou y otros exámenes de laboratorio, así como un interrogatorio amplio a cerca de lo que la paciente experimentó con el cambio de pastillas. Si se va a proporcionar otro tipo de pastillas se le debe de orientar sobre estas nuevas tabletas y de esa manera se podrá tener la confianza de la paciente.

Cabe destacar que el tipo de exploración e interrogatorio que se considera, debe efectuarse a las usuarias como mínimo cuando se les cambie la presentación de pastillas anticonceptivas es la siguiente: Revisar la cara de la usuaria para ver si hay aparición de manchas o paño, observar si hay aparición de várices, realizar exploración de mamas, preguntar si ha presentado alguna molestia como: dolor de cabeza, mareos, náuseas, vómito, alteraciones de sangrado, cambios en el estado de ánimo, aumento o disminución de peso, o alguna otra alteración. Se tomó como una exploración e interrogatorio amplio al personal que realizaba al menos 3 exploraciones y además preguntaba las molestias que presentaba y al que sólo daba los métodos sin preguntar nada se tomó como que no lo realizaba. (Ver cuadro No. 12 de la pág. 112 ).

Ahora bien la manera en cómo indica el personal de salud tomar Microgynon según la usuaria 42.32% nos mencionó que se lo indicaron al 1er. día, 52.68% lo prescribieron el 5to. día. De acuerdo a los laboratorios Shering A.C. el Microgynon es una -

formualción a base de microdosis 0.15 mg de Levonorgestrel y -  
30 mcg de etinilestradiol, y por consiguiente se debe tomar -  
diariamente sin que la usuaria lo olvide, además en las indicaci  
ciones de este se debe de tomar al 1er. día de la regla y se--  
gún los resultados nos muestran que un porcentaje considerable  
lo está tomando al 5to. día lo que trae consigo que la forma -  
en que lo están ingiriendo no es la correcta, pero cabe mencion  
ar que algunas usuarias refirieron que habían escuchado que -  
con estas pastillas tomándolas al 1er. día algunas de ellas hah  
bían quedado embarazadas por lo que estas tienen el temor de -  
que les suceda lo mismo. Es importante mencionar el tipo de -  
pastillas que han estado manejando las A.S. se toman iniciando  
al 5to. día y sólo Microgynon al primero. Por lo que lleganu  
a confundirse pensando que si la toman al 1er. día es incorrect  
o creyendo que la información que se les dió fue equivocada.-  
(Ver cuadro No. 13 de pág. 113 ).

En cuanto a la manera en cómo indica el personal de salud to--  
mar Oviprem según la usuaria se observó que el 97.6% lo indica  
al 5to. día, 2.4% al primero. De acuerdo al marco referencial  
se tiene que Oviprem se debe de tomar al 5to. día del sangrado  
y conforme a los resultados del cuadro se observa que 1 S.A.S.  
1 A.S. y la pasante lo están indicando al 1er. día, habrá queu  
ver si realmente son ellas las que lo indicaron mal o bien, -  
la usuaria no entendió la explicación, porque resulta contra--

dictorio que la mayoría del personal lo prescribe correctamen\_ te y sólo 3 personas lo toman incorrectamente. (Ver cuadro - No. 14 de la pág. 114 ).

En relación a la manera de cómo indican tomar Lo-femenal según la usuaria 99.47% lo prescribe en forma correcta, .59% inco- rrectamente. Apoyándose en el marco referencial observamos - que Lo-femenal dentro de sus indicaciones se menciona que debe de tomarse al 5to. día y de acuerdo a los resultados obtenidos en el cuadro se encontró que el personal lo prescribe bien, pe ro una usuaria mencionó que se le habían indicado al 1er. día, pero lo más seguro es que ella entendió mal la indicación, ya que resulta ilógico que la A.S. prescriba bien las pastillas y sólo a 1 persona le de mal la indicación. (Ver cuadro No. 15 - de la pág. 115 ).

Referente al horario en que acostumbra la usuaria a tomar las\_ pastillas se observó que el 99.1% lo realiza por las noches, - .90% en las mañanas. De acuerdo a los diferentes autores con- sultados el horario en que se deben de tomar las pastillas no\_ es muy importante, pero le indica a la usuaria que de preferen\_ cia lo tomen por las noches, siendo un horario más factible, - debido a que no tienen tantas preocupaciones como en el día. - Pero también hay que recordar que las pastillas deben de tomar\_ se con un lapso de 24 horas, ya que los estrógenos y las pro--

gestinas tienen un tiempo variado de eliminación, así tenemos que norgestrel primeramente se reduce y al final sufre hidrogenización, además de que se encuentra en la orina en 11% después de administrar una dosis. La noretisterona cuando se administra puede tener importantes efectos biológicos, ya que se absorbe con prontitud y facilidad después de su administración oral. El Levonorgestrel se absorbe rápido y totalmente en un tiempo máximo de 20 a 30 minutos y a las 2 horas disminuye la concentración, en la 2da. toma disminuye más lentos los valores plasmáticos de una vida media de 24 horas. (Ver cuadro No. 16 de la Pág. 116 ).

Acerca de la presentación de pastillas anticonceptivas que ocasionan mayor problema en relación a la edad de las usuarias se tiene que Oviprem es la que con mayores problemas presentan las usuarias 17.27% sobre todo en la que tienen de 26 a 30 años (7.3%). Enseguida se encuentra Lo-femenal con 18.18% entre las usuarias de 21 a 25 años (7.7%) y por último Microgyron CD-28 con 17.27% en las usuarias de 26 a 30 años (6.83%).

Como podemos observar la presentación que produce mayores problemas es Oviprem ya que ésta es de más alta dosis (noretisterona 0.400 mg. etinilestradiol 0.35 mg) y también hay que recordar que si los problemas se presentan más entre las usuarias de 21 a 35 años es por que a ésta edad los ciclos hormonales son más estables y el estar administrando dosis elevadas de

estrógenos y progestinas hace que exista un desequilibrio en el organismo considerando que en mujeres más jóvenes aún no existe esta estabilidad con su organismo que al administrar este tipo de hormonas es más fácil que se adapten a ellas. En cuanto a las mujeres de mayor edad sus niveles de hormonas van disminuyendo, de tal manera que al administrar estrógenos y progestinas les ayuda a corregir algunos problemas que se manifiestan en la menopausia. (Ver cuadro No. 17 de la pág. 117).

Por otra parte el cambio de presentación de pastillas en el que expresan mayor número de problemas las usuarias en relación a su edad, es el cambio de Lo-femenal a Oviprem 17.29% sobre todo en las usuarias de 26 a 35 años (10.90%) seguidas del cambio de Microgynon a Lo-femenal 13.63% y más entre las de 21 a 25 años (6.82%), después tenemos Lo-femenal a Microgynon 13.18% en mujeres de 26 a 30 años (4.54%). El cambio de Microgynon a Oviprem con 9.53% entre las de 26 a 30 años (2.27%) - Oviprem a Lo-femenal con 5% entre las de 21 a 30 años (2.74%) - y por último el cambio de Oviprem a Microgynon con 4.09% entre las de 26 a 30 años (2.27%).

De acuerdo al marco teórico podríamos tomar a Microgynon como una dosis baja (0.15 mg de Levonorgestrel y 30 mg de etinilestradiol) a Lo-femenal como dosis alta (0.3 mg de Norgestrel, 30 mcg de Etinilestradiol y 75 mg de sulfato ferroso) y Oviprem como una dosis más alta (0.400 mg de noretisterona y -

0.035 mg de etinilestradiol). Relacionándolo con los resultados podemos observar que el cambio de presentación que más problemas producen a las usuarias en primer lugar está de una dosis alta a una dosis más alta, el 2do. lugar una baja a una alta, 3o. de una alta a una baja, el 4o. lugar de baja a una más alta, 5to. de una más alta a una alta y 6o. de más alta a baja. Es notable que los problemas se presentaron más cuando se cambió de una presentación de dosis baja a una más alta y visceversa, esto es congruente con la bibliografía por que menciona que los cambios de estrógenos y progestinas no debe de variar continuamente ya que de ser así se producen una serie de alteraciones en el organismo a consecuencia del aumento y disminución de estos. Además hay que hacer notar que 37.30% no presentan ningún cambio, pero hay que recordar que 20.45% no han cambiado ninguna vez lo que nos da 16.15% que si han cambiado de presentación, pero no han tenido ningún problema, pudiendo observar así que a la gran mayoría de las usuarias que se les ha cambiado de pastillas manifiestan alteraciones (Ver cuadro 18 de la pág. 118 ).

En lo que respecta al cambio de presentación que origina más problemas a las usuarias en relación a los padecimientos que presentan. Se tiene que el cambio de Lofemenal a Oviprem 27.55% muestran más problemas o alteraciones sobre todo de cefaleas (4.33%) seguida de sangrado intermenstrual y aumento -

de peso (3.62%), el cambio de Microgynon a Lofemenal 21.76% - de usuarias con alteraciones sobre todo las que tienen cambios en el estado de ánimo, disminución de sangrado y náuseas - - (2.17%).

21.04% manifiestan problemas en el cambio de Lo-femenal a - - Microgynon con aumento de sangrado (3.62%), (2.89%) tiene cefalea aumento de peso, cambios en el estado de ánimo, náuseas y vârices, cefalea más aumento de sangrado lo presentan 2.17% en el cambio de Microgynon a Oviprem 15.21% de usuarias con problemas como cefalea (2.17%) y cefalea más aumento de sangrado\_ (2.17%). El cambio de Oviprem a Lofemenal tiene 7.92% que manifiestan síntomas generales, como cefaleas y aumento de sangrado, además de otros cambios neurovegetativos y por último - el cambio de Oviprem a Microgynon 6.52% mostrando cefalea y - cambios en el estado de ánimo (2.17%).

Nuevamente observamos que el cambio de Lofemenal a Oviprem - es el que más problemas causa sobre todo de cefalea y alteraciones en el sangrado como ya se refirió anteriormente una dosis alta a una más alta es la que manifiestan más problemas.

Observando los resultados del cuadro podemos distinguir fácilmente de que las cefaleas y las alteraciones del sangrado son problemas que más originan los cambios de dosis de las diferen



tes presentaciones de pastillas que se les proporcionan a las usuarias. (Ver cuadro No. 19 de la pág. 119).

En cuanto a la decisión que toma la usuaria al presentar problemas que le atribuyen al cambio de presentación de pastillas se tiene que (30.0%) de ellas refieren cambiar a otra presentación ya sea a la misma que le habían dado en su principio o a otra que no le produce tantos problemas, 16.35% refieren -- cambiar a otro método, 16.36% ya no aceptan ningún otro método al presentar alteraciones puesto que piensan que no son buenos por que dañan la salud.

Observamos que el porcentaje de usuarias que abandonan los métodos por mostrar problemas es más importante, y esto afecta directamente en las metas que se proponen en la E.E.C. para captar nuevas usuarias, esto no es tan difícil en las mujeres que deciden cambiar a otro método, pero si estas hacen el comentario a otras mujeres de poco criterio de que las pastillas les provocan daños a su salud, por lo tanto esto se verá reflejado en lo difícil que será captar usuarias nuevas y sobre todo en la aceptación de los anticonceptivos orales. (Ver cuadro No. 20 de la pág. 120 ).

### 3. CUADROS Y GRAFICAS

CUADRO No. 1

Presentación de pastillas anticonceptivas utilizadas por las usuarias.

PRESENTACION	Fo	%
Microgynón CD-28	58	26.36
Oviprem	70	31.81
Lo-femenal	92	41.83
T O T A L	220	100.00

FUENTE: Datos obtenidos de los cuestionarios aplicados en el mes de julio-agosto de 1994, a usuarias activas de Planificación Familiar de los Módulos I, VII Zitácuaro y III, VIII Cd. Hidalgo, de la jurisdicción Sanitaria de Zitácuaro, Mich.

**CUADRO No. 2**

Número de veces que han cambiado la presentación de pastillas anticonceptivas a las usuarias.

No. DE VECES	Fo	%
1 Vez	66	30
2 Veces	79	35.92
3 ó más veces	30	13.63
Ninguna vez	45	20.45
T O T A L	220	100.00

FUENTE: Mismas del cuadro No. 1.

CUADRO No. 3

Tiempo que tomaron cada presentación de pastillas anticonceptivas las usuarias.

TIEMPO	Mirogynón CD-28		Oviprem		Lo-femenal	
	Fo	%	Fo	%	Fo	%
1 mes	33	15	23	10.45	9	4.09
2 meses	33	15	33	15.00	10	4.54
3 meses ó más	66	30	68	30.90	151	68.65
ninguna	88	40	96	43.65	50	22.72
TOTAL	220	100	220	100.00	220	100.00

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

CUADRO No. 4

Usuarias que presentan problemas durante el cambio de presentación de pastillas anticoncepticas.

USUARIAS QUE PRESENTAN PROBLEMAS	Fo.	%
Si	138	62.72
No	82	37.27
TOTAL	220	100.00

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

CUADRO No. 5

PROBLEMAS QUE PRESENTAN LAS USUARIAS DURANTE EL CAMBIO DE PASTILLAS ANTICONCEPTIVAS EN RELACION AL NUMERO DE VECES QUE SE LAS HAN CAMBIADO

PROBLEMAS	1 VEZ		2 VECES		3 O MAS		NINGUNA	
	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%
Cefalea	3	1.36	4	1.81	4	1.63	0	0
Cefalea, aumento de sangrado	4	1.81	2	0.90	3	1.36	0	0
Cefalea, aumento de sangrado, aumento de peso, cambios en el estado de ánimo	0	0	2	0.90	1	0.45	0	0
Cefalea, aumento de peso	0	0	3	1.36	0	0	0	0
Cefalea, cambios en el estado de ánimo	6	2.72	2	0.90	0	0	0	0
Cefalea, aumento de peso, cambios en el estado de ánimo, náuseas, vómitos	1	0.45	2	0.90	2	0.90	0	0
Cefalea, aumento de peso, sangrado intermenstrual	0	0	1	0.45	0	0	0	0
Cefalea, aumento de peso, dismenorrea	0	0	1	0.45	0	0	0	0
Cefalea, disminución del sangrado	0	0	2	0.90	2	0.90	0	0
Cefalea, amenorrea	1	0.45	1	0.45	0	0	0	0
Cefalea, sangrado intermenstrual	1	0.45	2	0.90	0	0	0	0
Cefalea, sangrado intermenstrual, cambios en el estado de ánimo	1	0.45	1	0.45	0	0	0	0
Cefalea, sangrado intermenstrual, náuseas, vómito	1	0.45	1	0.45	0	0	0	0
Cefalea, mareos, náuseas, vómito	5	2.27	1	0.45	0	0	0	0
Cefalea, náuseas, cólicos	1	0.45	1	0.45	0	0	0	0
Cefalea, mareos, dismenorrea	0	0	1	0.45	0	0	0	0
Cefalea, mareos, náuseas, vómitos, cólicos	4	1.81	7	3.18	2	0.90	0	0
Aumento de sangrado	2	0.90	1	0.45	0	0	0	0
Aumento de sangrado, cambios en el estado de ánimo	1	0.45	1	0.45	0	0	0	0
Aumento de sangrado, paño	0	0	1	0.45	0	0	0	0
Aumento de sangrado, aumento de la T/A	0	0	1	0.45	0	0	0	0
Sangrado intermenstrual	2	0.90	7	3.18	0	0	0	0
Sangrado intermenstrual, aumento de peso	2	0.90	1	0.45	0	0	0	0
Sangrado intermenstrual, cambios en el estado de ánimo	1	0.45	1	0.45	1	0.45	0	0
Sangrado intermenstrual, mareos, ancos	1	0.45	1	0.45	0	0	0	0
Cambios en el estado de ánimo	2	0.90	1	0.45	2	0.90	0	0
Cambios en el estado de ánimo, disminución de sangrado, náuseas	2	0.90	0	0	0	0	0	0
Disminución de sangrado	1	0.45	0	0	0	0	0	0
Amenorrea	1	0.45	1	0.45	4	1.81	0	0
Náuseas, vómito	2	0.90	0	0	1	0.45	0	0
Dismenorrea	0	0	2	0.90	0	0	0	0
Aumento de peso	1	0.45	2	0.90	0	0	0	0
Aumento de peso, vómitos, paño	1	0.45	1	0.45	0	0	0	0
Paño	0	0	0	0	1	0.45	0	0
Cólico	1	0.45	2	0.90	0	0	0	0
Aumento de T/A, vómitos	2	0.90	0	0	0	0	0	0
Dismenorrea, aumento de T/A, aumento de peso, cambios en el estado de ánimo	0	0	1	0.45	0	0	0	0
Ningún problema	16	7.29	14	6.19	3	1.36	45	20.45
T O T A L	66	30	79	35.92	30	13.71	45	20.45

CLAVE: + Se agregó una centésima para redondear al 100%

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

CUADRO No. 6

TIEMPO DE DURACION DE LOS PROBLEMAS QUE PRESENTAN LAS USUARIAS

PROBLEMAS	- 1 MES		2 - 3 MESES		3 ó + MESES	
	Fo	%	Fo	%	Fo	%
Cefalea	4	2.89	10	7.29**	1	0.73*
Cefalea, aumento de sangrado	4	2.89	5	3.63	0	0
Cefalea, aumento de sangrado, aumento de peso, cambios en el estado de ánimo	0	0	2	1.44	1	0.73*
Cefalea, aumento de peso	0	0	3	2.17	0	0
Cefalea, cambios en el estado de ánimo	1	0.73*	6	4.34	1	0.73*
Cefalea, aumento de peso, cambios en el estado de ánimo, náuseas, vórices	1	0.73*	2	1.44	3	2.17
Cefalea, aumento de peso, sangrado intermenstrual	0	0	0	0	1	0.73*
Cefalea, aumento de peso, dismenorrea	0	0	0	0	1	0.73*
Cefalea, disminución del sangrado	0	0	4	2.89	0	0
Cefalea, amenorrea	0	0	2	1.44	0	0
Cefalea, sangrado intermenstrual	1	0.73*	2	1.44	0	0
Cefalea, sangrado intermenstrual, cambios en el estado de ánimo	0	0	1	0.73*	1	0.73*
Cefalea, sangrado intermenstrual, náuseas, vómito	0	0	1	0.73*	1	0.73*
Cefalea, mareos, náuseas, vómito	3	2.17	2	1.44	1	0.73*
Cefalea, náuseas, cólicos	0	0	0	0	2	1.44
Cefalea, mareos, dismenorrea	0	0	0	0	1	0.73*
Cefalea, mareos, náuseas, vórices, cólicos	0	0	0	0	1	0.73*
Aumento de sangrado	1	0.73*	4	2.89	9	5.79*
Aumento de sangrado, cambios en el estado de ánimo	0	0	1	0.73*	2	1.44
Aumento de sangrado, paño	0	0	0	0	2	1.44
Aumento de sangrado, aumento de la T/A	1	0.73*	0	0	0	0
Sangrado intermenstrual	2	1.44	7	5.07	0	0
Sangrado intermenstrual, aumento de peso	0	0	1	0.73*	2	1.44
Sangrado intermenstrual, cambios en el estado de ánimo	0	0	1	0.73*	2	1.44
Sangrado intermenstrual, mareos, ascos	1	0.73*	1	0.73*	0	0
Cambios en el estado de ánimo	0	0	2	1.44	3	2.17
Cambios en el estado de ánimo, disminución de sangrado, náuseas	0	0	1	0.73*	1	0.73*
Disminución de sangrado	1	0.73*	0	0	0	0
Amenorrea	2	1.44	3	2.17	1	0.73*
Náuseas, vómito	0	0	1	0.73*	2	1.44
Dismenorrea	0	0	0	0	2	1.44
Aumento de peso	0	0	1	0.73*	2	1.44
Aumento de peso, vórices, paño	0	0	0	0	2	1.44
Paño	1	0.73*	0	0	0	0
Cólico	1	0.73*	4	2.89	0	0
Aumento de T/A, vórices	0	0	1	0.73*	1	0.73*
Dismenorrea, aumento de T/A, aumento de peso, cambios en el estado de ánimo	0	0	0	0	1	0.73*
T O T A L	24	17.4	68	49.27	46	33.33

CLAVE: + Se agregó una centésima para redondear al 100%  
 \*\* Se agregaron cinco centésimas para redondear al 100%

FUENTE: Misma del cuadro No. 1



CUADRO No. 7

Personal de salud que ha prescrito las pastillas anticonceptivas a las usuarias.

PERSONAL	Fo	%
Médico	27	12.27
S.A.S.	30	13.63
A.S.	162	73.64
Pasante	1	.46
TOTAL	220	100.00

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

A.S. = Auxiliares de Salud.

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

CUADRO No. 8

Personal de salud que menciona efectos secundarios a las --  
 usuarias de pastillas anticonceptivas.

PERSONAL	MENCIONA EFECTOS SECUNDARIOS			
	Si	%	No	%
Médico	15	6.81	12	5.45
S.A.S.	24	10.90	6	2.72
A.S.	135	61.37	27	12.29
Pasante	1	.46	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>175</b>	<b>79.54</b>	<b>45</b>	<b>20.46</b>

CLAVE: S.A.S. = Supervisora de Auxiliar de Salud.

A.S. = Auxiliar de Salud.

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

CUADRO No. 9

Personal de salud que enseña como tomar las pastillas a las usuarias.

PERSONAL				
	SI	%	NO	%
Médico	25	11.36	2	0.90
S.A.S.	30	13.63	0	0
A.S.	158	71.82	4	1.83
Pasante	1	0.46	0	0
TOTAL	214	97.27	6	2.73

CLAVE: S.A.A. = Supervisora de Auxiliar de Salud

A.S. = Auxiliar de Salud.

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

CUADRO No. 10

Personal de salud que indica qué hacer en caso de olvidar tomar alguna pastilla.

PERSONAL				
	SI	%	No	%
Médico	24	10.90	3	1.36
S.A.S.	29	13.18	1	0.46
A.S.	148	67.28	14	6.36
Pasante	1	0.46	0	0
TOTAL	202	91.82	18	8.18

CLAVE: S.A.S. Supervisora de Auxiliar de Salud.

S.A. Auxiliar de Salud.

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

CUADRO No. 11

Tiempo con que citan a la usuaria para proporcionarle las -  
pastillas anticonceptivas en relación al personal de salud -  
que las prescribe.

PERSONAL DE SALUD	AL MES		CITA ABIERTA	
	Fo	%	Fo	%
Médico	11	5	16	7.27
S.A.S.	20	9.09	10	4.54
A.S.	72	32.72	90	40.92
Pasante	0	0	1	0.46
TOTAL	103	46.81	117	53.19

CLAVE: S.A.S. = Supervisora de Auxiliar de Salud.

A.S. = Auxiliar de Salud.

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

CUADRO No. 12

Tipo de exploración e interrogatorio que realiza el personal de salud a las usuarias cuando les cambian a otra presentación de pastillas anticonceptivas.

PERSONAL	AMPLIO		REGULAR		NO LO REALIZAN	
	Fo	%	Fo	%	Fo	%
Médico	12	5.46	2	0.90	13	5.90
S.A.S.	0	0	14	6.36	16	7.27
A.S.	3	1.36	99	45.03	60	27.27
Pasante	0	0	1	0.46	0	0
TOTAL	15	6.81	116	52.75	89	44.44

CLAVE: S.A.S. = Supervisora de Auxiliar de Salud.

A.S. = Auxiliar de Salud.

FUENTE: misma del cuadro No. 1

CUADRO No. 13

Manera de como indica el personal de salud tomar Microgynón CD-28 según la usuaria.

PERSONAL DE SALUD	1er DIA		5to. DIA	
	Fo	%	Fo	%
Médico	12	9.16	7	5.34
S.A.S.	9	6.87	12	9.16
A.S.	41	31.29	50	38.18
Pasante	0	0	0	0
TOTAL	62	43.32	69	52.68

CLAVE: S.A.S. = Supervisora de Auxiliar de Salud.

A.S. = Auxiliar de Salud.

FUENTE: Misma del cuadro No. 1.

CUADRO No. 14

Manera en cómo indica el personal de salud tomar Oviprem según la usuaria.

PERSONAL DE SALUD	1er DIA		5to. DIA	
	Fo.	%	Fo	%
Médico	0	0	16	12.80
S.A.S.	1	0.8	17	13.6
A.S.	1	0.8	89	71.2
Pasante	1	0.8	0	0
TOTAL	3	2.4	122	97.6

CLAVE: S.A.S. = Supervisora de Auxiliar de Salud.

A.S. = Auxiliar de Salud.

FUENTE: Misma del cuadro No. 1



CUADRO No. 15

Manera en cómo indica el personal de salud tomar Lo-femenal\_ según la usuaria.

Personal de salud	1er. DIA		5to. DIA	
	Fo	%	Fo	%
Médico	0	0	23	13.77
S.A.S.	0	0	14	8.38
A.S.	1	0.59	129	77.26
Pasante	0	0	0	0
TOTAL	1	0.59	116	99.41

CLAVE: S.A.S. = Supervisora de Auxiliar de Salud.

A.S. = Auxiliar de Salud.

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

CUADRO No. 16

Horario en que acostumbran las usuarias a tomarse las pastillas anticonceptivas.

HORARIO	Fo.	%
Noches	218	99.1
Mañanas	2	0.90
TOTAL	220	100.00

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

CUADRO No. 17

Presentación de pastillas anticonceptivas que ocasionan mayor problema en relación a la edad de las usuarias.

EDAD	MYCROGYNON CD-28		OVIPREM		LO-FEMENAL		NINGUNA	
	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%
15 - 20	4	1.81	4	1.81	1	0.46	11	5
21 - 25	10	4.55	13	5.90	17	7.74	28	12.72
26 - 30	15	6.83	16	7.30	9	4.09	18	8.21
31 - 35	4	1.81	14	6.36	6	2.72	10	4.54
36 - 40	1	0.46	10	4.54	4	1.81	18	5.45
41 - +	4	1.81	3	1.36	3	1.36	3	1.36
TOTAL	38	17.27	60	27.27	40	18.18	82	37.28

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

CUADRO No. 18

Cambio de presentación de pastillas anticonceptivas en el que presentan mayor número de problemas las usuarias en relación con su edad.

E D A D	M - O		M - L		O - M		O - L		L - M		L - O		NINGUNO	
	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%
15 - 20	3	1.36	1	0.46	2	0.90	0	0	2	0.90	1	0.46	11	5
21 - 25	4	1.81	15	6.82	1	0.46	3	1.37	9	4.11	8	3.64	28	12.72
26 - 30	5	2.27	5	2.27	5	2.27	3	1.37	10	4.54	12	5.45	18	8.23
31 - 35	3	1.36	3	1.36	0	0	2	0.90	4	1.81	12	5.45	10	4.54
36 - 40	5	2.27	3	1.36	0	0	2	0.90	1	0.46	4	1.81	12	5.45
41 - +	1	0.46	3	1.36	1	0.46	1	0.46	3	1.36	1	0.46	3	1.36
TOTAL	21	9.53	30	13.63	9	4.09	11	5	29	13.18	38	17.27	82	37.30

CLAVES: M - O = Midrogynón CD-28 - Oviprem

M - L = Microgynón CD-28 - Lo-femenal

O - M = Oviprem - Microgynon CD-28

O - L = Oviprem - Lo-femenal

L - M = Lo-femenal - Microgynón CD-28

L - O = Lo-femenal - Oviprem

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

CUADRO No. 19

CAMBIO DE PRESENTACION QUE OCASIONA MAS PROBLEMAS A LAS USUARIAS EN RELACION A LOS EFECTOS QUE PRESENTA.

PROBLEMAS	A		B		C		D		E		F	
	Pts	%	Pts	%	Pts	%	Pts	%	Pts	%	Pts	%
Cefalea	3	2.17	1	0.72	2	1.47*	1	0.72	2	1.47*	1	0.72
Cefalea, aumento de sangrado	3	2.17	2	1.47*	0	0	0	0	1	0.72	1	0.72
Cefalea, aumento de sangrado, aumento de peso, cambios en el estado de ánimo	0	0	1	0.72	0	0	0	0	1	0.72	1	0.72
Cefalea, aumento de peso	0	0	0	0	1	0.72	0	0	0	0	2	1.47*
Cefalea, cambios en el estado de ánimo	2	1.47*	2	1.47*	3	2.17	0	0	1	0.72	0	0
Cefalea, aumento de peso, cambios en el estado de ánimo, náuseas, vómitos	0	0	1	0.72	0	0	1	0.72	4	2.89	0	0
Cefalea, aumento de peso, sangrado intermenstrual	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.72
Cefalea, aumento de peso, dismenorrea	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.72
Cefalea, disminución del sangrado	1	0.72	1	0.72	0	0	0	0	2	1.47*	0	0
Cefalea, amenorrea	0	0	0	0	0	0	1	0.72	0	0	1	0.72
Cefalea, sangrado intermenstrual	1	0.72	1	0.72	0	0	0	0	1	0.72	0	0
Cefalea, sangrado intermenstrual, cambios en el estado de ánimo	0	0	1	0.72	0	0	0	0	0	0	1	0.72
Cefalea, sangrado intermenstrual, náuseas, vómito	1	0.72	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.72
Cefalea, mareos, náuseas, vómito	0	0	2	1.47*	1	0.72	0	0	1	0.72	2	1.47*
Cefalea, náuseas, cólicos	0	0	0	0	0	0	1	0.72	0	0	1	0.72
Cefalea, mareos, dismenorrea	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.72
Cefalea, mareos, náuseas, vómitos, cólicos	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.72	0	0
Aumento de sangrado	1	0.72	1	0.72	0	0	1	0.72	5	3.65	1	0.72
Aumento de sangrado, cambios en el estado de ánimo	1	0.72	0	0	0	0	1	0.72	1	0.72	0	0
Aumento de sangrado, peso	0	0	1	0.72	0	0	0	0	0	0	1	0.72
Aumento de sangrado, aumento de la T/A	0	0	0	0	0	0	1	0.72	0	0	0	0
Sangrado intermenstrual	1	0.72	1	0.72	0	0	1	0.72	1	0.72	5	3.67
Sangrado intermenstrual, aumento de peso	2	1.47*	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.72
Sangrado intermenstrual, cambios en el estado de ánimo	0	0	1	0.72	0	0	0	0	1	0.72	1	0.72
Sangrado intermenstrual, mareos, gases	0	0	1	0.72	0	0	0	0	1	0.72	0	0
Cambios en el estado de ánimo	0	0	1	0.72	0	0	0	0	2	1.47*	0	0
Cambios en el estado de ánimo, disminución de sangrado, náuseas	0	0	1	0.72	0	0	0	0	0	0	1	0.72
Disminución de sangrado	0	0	1	0.72	0	0	0	0	0	0	0	0
Amenorrea	1	0.72	1	0.72	0	0	0	0	2	1.47*	2	1.47*
Náuseas, vómito	0	0	1	0.72	1	0.72	1	0.72	0	0	0	0
Dismenorrea	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1.47*
Aumento de peso	0	0	1	0.72	0	0	0	0	0	0	2	1.47*
Aumento de peso, vómitos, náuseas	0	0	1	0.72	0	0	1	0.72	0	0	0	0
peso	1	0.72	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cólico	1	0.72	2	1.47*	1	0.72	0	0	0	0	1	0.72
Aumento de T/A, vómitos	0	0	2	1.47*	0	0	0	0	0	0	0	0
Dismenorrea, aumento de T/A, aumento de peso, cambios en el estado de ánimo	0	0	0	0	0	0	1	0.72	0	0	0	0
<b>T O T A L</b>	<b>21</b>	<b>15.21</b>	<b>30</b>	<b>21.76</b>	<b>9</b>	<b>6.52</b>	<b>11</b>	<b>7.92</b>	<b>21</b>	<b>15.04</b>	<b>31</b>	<b>22.55</b>

CLAVES: A = Microgynón CD-28-Ovipren B = Microgynón CD-28-Lo-femenal  
 C = Ovipren-Microgynón CD-28 D = Ovipren-Lo-femenal  
 E = Lo-femenal-Microgynón CD-28 F = Lo-femenal-Ovipren  
 \* Se agregaron 3 centésimas para redondear al 100%

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

CUADRO No. 20

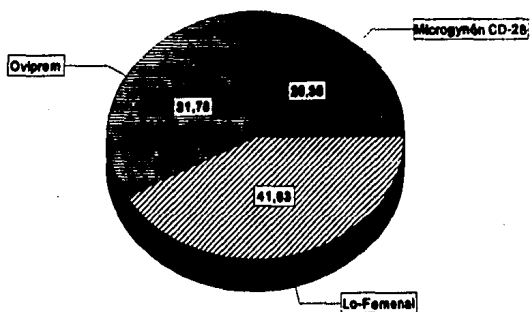
Decisión de la usuaria al presentar problemas con el cambio - de presentación de las pastillas anticonceptivas.

DESICION DE LA USUARIA	Fo	%
Cambia a otra presentación	66	30.02
Cambia a otro método	36	16.36
Ya no acepta ningún método	36	16.36
Nunca han cambiado de presentación	45	20.45
No han presentado problemas	37	16.81
T O T A L	220	100.00

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

## GRAFICA No. 1

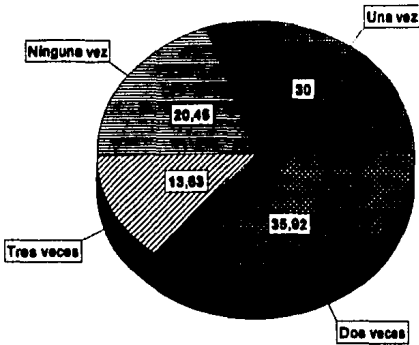
Presentación de pastillas anticonceptivas utilizadas por las usuarias de planificación familiar.



Fuente: Cuadro No. 1

## GRAFICA No. 2

Número de veces que han cambiado la presentación de pastillas anticonceptivas las usuarias

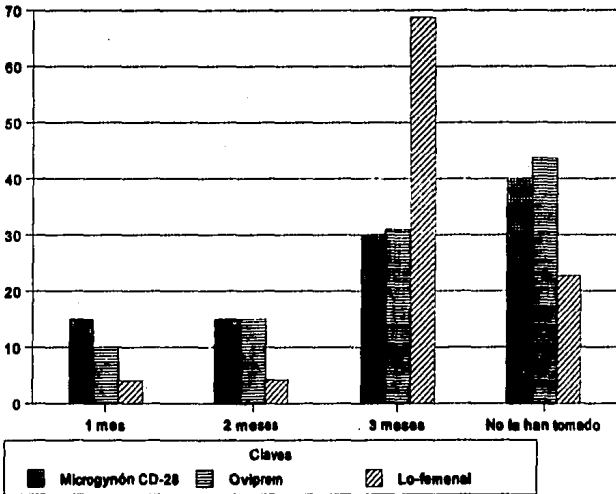


Fuente: Cuadro No. 2



### GRAFICA No. 3

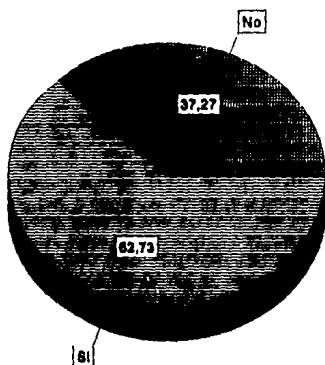
Tiempo que tomaron cada presentación de pastillas anticonceptivas las usuarias



Fuente: Cuadro No. 3

### GRAFICA No. 4

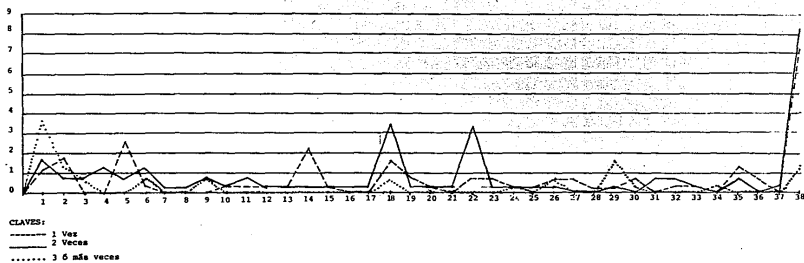
Usuaris que presentan problemas durante el cambio de presentación de pastillas anticonceptivas



Fuente: Cuadro No. 4

GRAFICA No. 5

PROBLEMAS QUE PRESENTAN LAS USUARIAS DURANTE EL CAMBIO DE  
 PASTILLAS ANTICONCEPTIVAS EN RELACION AL NUMERO DE VECES  
 QUE SE LES HAN CAMBIADO



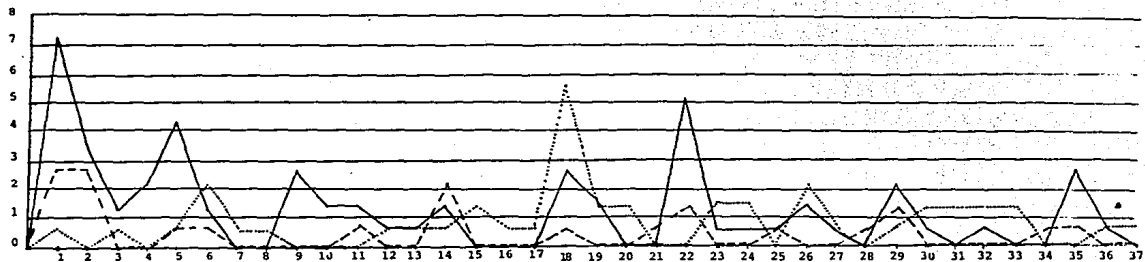
## CLAVES

- 1.- Cefalea.
- 2.- Cefalea, aumento de sangrado.
- 3.- Cefalea, aumento de sangrado, aumento de peso, cambios en el estado de ánimo.
- 4.- Cefalea, aumento de peso.
- 5.- Cefalea, cambios en el estado de ánimo.
- 6.- Cefalea, aumento de peso, cambios en el estado de ánimo, náuseas, vómitos.
- 7.- Cefalea, aumento de peso, sangrado intermenstrual.
- 8.- Cefalea, aumento de peso, dismenorrea.
- 9.- Cefalea, disminución del sangrado.
- 10.- Cefalea, amenorrea.
- 11.- Cefalea, sangrado intermenstrual.
- 12.- Cefalea, sangrado intermenstrual, cambios en el estado de ánimo.
- 13.- Cefalea, sangrado intermenstrual, náuseas, vómito.
- 14.- Cefalea, mareos, náuseas, vómito.
- 15.- Cefalea, náuseas, cólicos.
- 16.- Cefalea, mareos, dismenorrea.
- 17.- Cefalea, mareos, náuseas, vómitos, cólicos.
- 18.- Aumento de sangrado.
- 19.- Aumento de sangrado, cambios en el estado de ánimo.
- 20.- Aumento de sangrado, paño.
- 21.- Aumento de sangrado, aumento de la T/A.
- 22.- Sangrado intermenstrual.
- 23.- Sangrado intermenstrual, aumento de peso.
- 24.- Sangrado intermenstrual, cambios en el estado de ánimo.
- 25.- Sangrado intermenstrual, mareos, náuseas.
- 26.- Cambios en el estado de ánimo.
- 27.- Cambios en el estado de ánimo, disminución de sangrado, náuseas.
- 28.- Disminución de sangrado.
- 29.- Amenorrea.
- 30.- Náuseas, vómito.
- 31.- Dismenorrea.
- 32.- Aumento de peso.
- 33.- Aumento de peso, vómitos, paño.
- 34.- Paño.
- 35.- Cólicos.
- 36.- Aumento de T/A, vómitos.
- 37.- Dismenorrea, aumento de T/A, aumento de peso, cambios en el estado de ánimo.
- 38.- Ningún problema.

FUENTE: Cuadro No. 5

GRAFICA No. 6

TIEMPO DE DURACION DE LOS PROBLEMAS QUE PRESENTAN LAS  
USUARIAS



CLAVES:

- Menos de 1 mes
- 2 a 3 meses
- ..... 3 o más meses

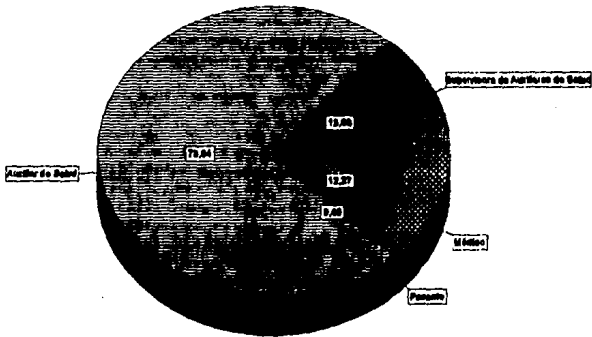
## CLAVES

- 1.- Cefalea.
- 2.- Cefalea, aumento de sangrado.
- 3.- Cefalea, aumento de sangrado, aumento de peso, cambios en el estado de ánimo.
- 4.- Cefalea, aumento de peso.
- 5.- Cefalea, cambios en el estado de ánimo.
- 6.- Cefalea, aumento de peso, cambios en el estado de ánimo, náuseas, várices.
- 7.- Cefalea, aumento de peso, sangrado intermenstrual.
- 8.- Cefalea, aumento de peso, dismenorrea.
- 9.- Cefalea, disminución del sangrado.
- 10.- Cefalea, amenorrea.
- 11.- Cefalea, sangrado intermenstrual.
- 12.- Cefalea, sangrado intermenstrual, cambios en el estado de ánimo.
- 13.- Cefalea, sangrado intermenstrual, náuseas, vómito.
- 14.- Cefalea, mareos, náuseas, vómito.
- 15.- Cefalea, náuseas, cólicos.
- 16.- Cefalea, mareos, dismenorrea.
- 17.- Cefalea, mareos, náuseas, várices, cólicos.
- 18.- Aumento de sangrado.
- 19.- Aumento de sangrado, cambios en el estado de ánimo.
- 20.- Aumento de sangrado, paño.
- 21.- Aumento de sangrado, aumento de la T/A.
- 22.- Sangrado intermenstrual.
- 23.- Sangrado intermenstrual, aumento de peso.
- 24.- Sangrado intermenstrual, cambios en el estado de ánimo.
- 25.- Sangrado intermenstrual, mareos, náuseas.
- 26.- Cambios en el estado de ánimo.
- 27.- Cambios en el estado de ánimo, disminución de sangrado, náuseas.
- 28.- Disminución de sangrado.
- 29.- Amenorrea.
- 30.- Náuseas, vómito.
- 31.- Dismenorrea.
- 32.- Aumento de peso.
- 33.- Aumento de peso, várices, paño.
- 34.- Paño.
- 35.- Cólicos.
- 36.- Aumento de T/A, várices.
- 37.- Dismenorrea, aumento de T/A, aumento de peso, cambios en el estado de ánimo.

FUENTE; Cuadro No. 6

## GRAFICA No. 7

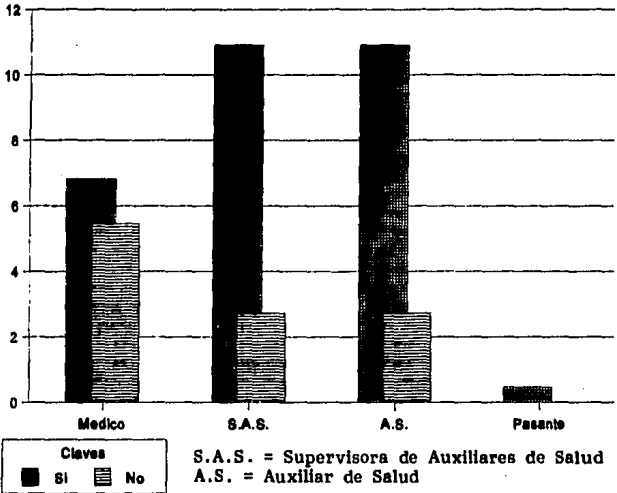
Personal de Salud que ha prescrito las pastillas anticonceptivas a las usuarias



Fuente: Cuadro No. 7

### GRAFICA No. 8

Personal de salud que menciona efectos secundarios a las usuarias de pastillas anticonceptivas

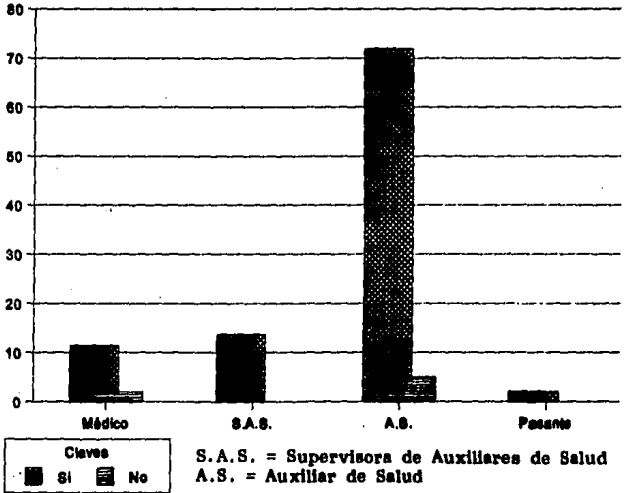


Fuente: Cuadro No. 8



## GRAFICA No. 9

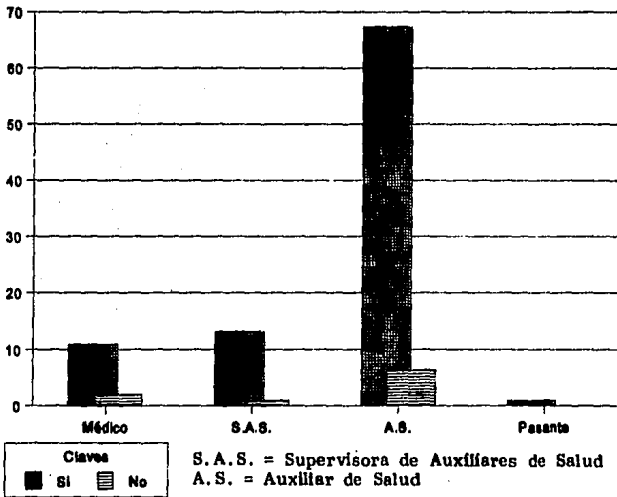
Personal de salud que enseña cómo tomar las pastillas anticonceptivas



Fuente: Cuadro No. 9

### GRAFICA No. 10

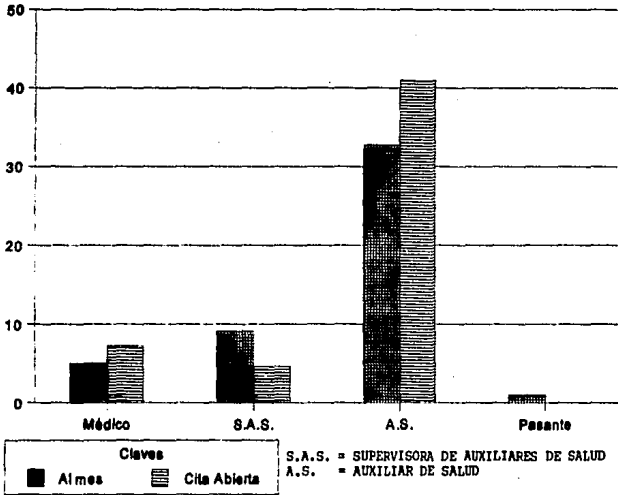
Personal de salud que indica qué hacer en caso de olvidar tomar alguna pastilla anticonceptiva



Fuente: Cuadro No. 10

## GRAFICA No. 11

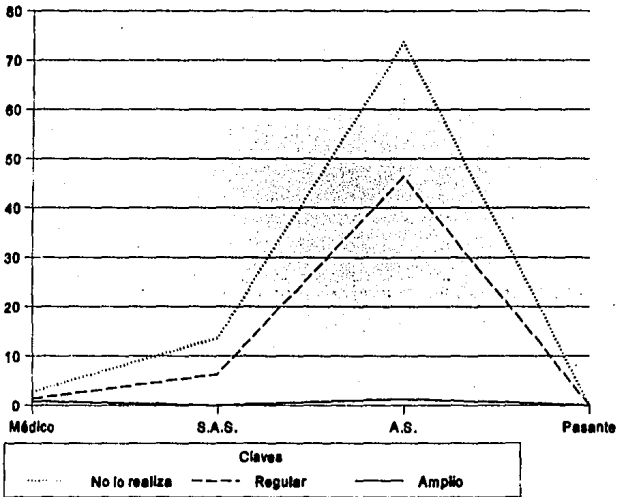
**Tiempo con que citan a la usuaria para proporcionarle las pastillas anticonceptivas en relación al personal de salud que las recibe.**



Fuente: Cuadro No. 11

## GRAFICA No. 12

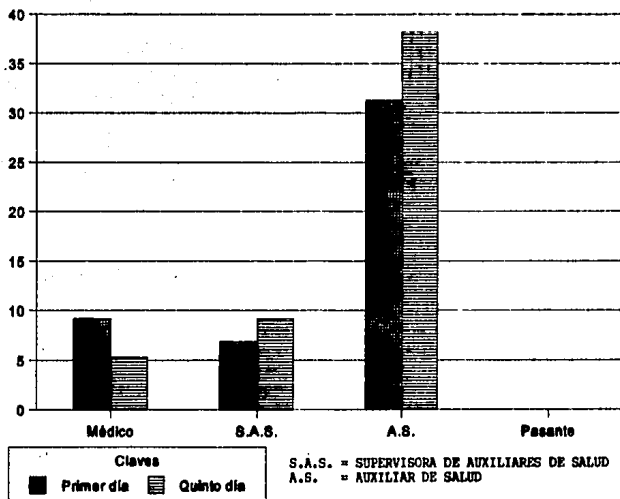
Tipo de exploración e interrogatorio que realiza el personal de salud a las usuarios cuando les cambian a otra presentación de pastillas anticonceptivas.



Fuente: Cuadro No. 12

### GRAFICA No. 13

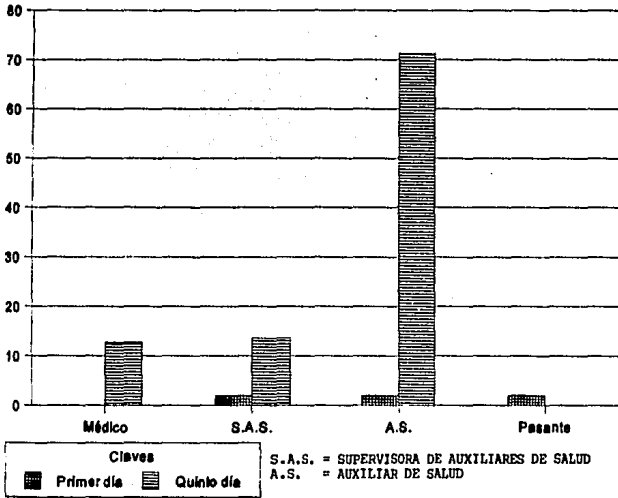
Manera en cómo indica el personal de salud tomar Microgynón CD-28 según la usuaria



Fuente: Cuadro No. 13

GRAFICA No. 14

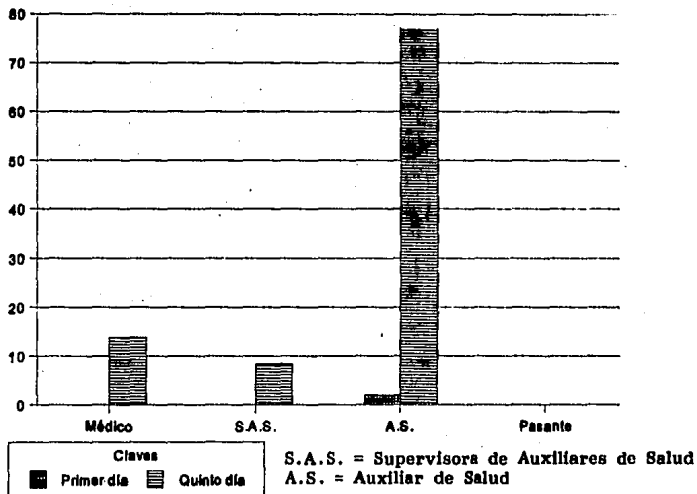
Manera en cómo indica el personal de salud tomar Oviprem según la usuaria



Fuente: Cuadro No. 14

### GRAFICA No. 15

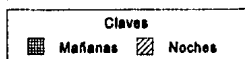
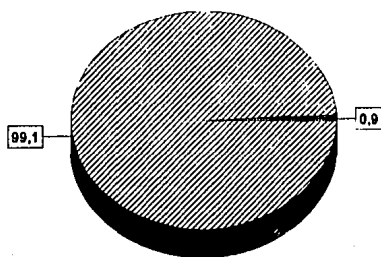
Manera en cómo indica el personal de salud tomar Lo-femenal según la usuaria



Fuente: Cuadro No. 15

### GRAFICA No. 16

Horario en que acostumbran las usuarias tomarse las pastillas anticonceptivas.

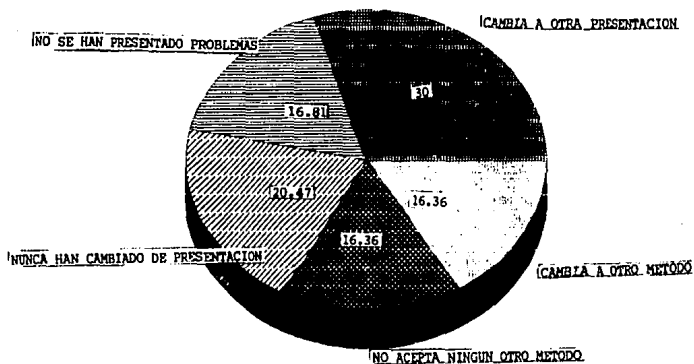


Fuente: Cuadro No. 16



### GRAFICA No. 17

Decisión de la usuaria al presentar problemas con el cambio de presentación de pastillas anticonceptivas



Fuente: Cuadro No. 20

#### 4. CONCLUSIONES

## CONCLUSIONES.

La aceptación de un método de control de la natalidad va a depender de lo seguro, eficaz, fácil de conseguir y de administrar, es por eso que antes de prescribirlo se debe de valorar correctamente el estado de salud de la usuaria para que así se proporcione el método ideal para cada una.

Las pastillas son sin duda el método que mayor número de usuarias prefiere, pero también es uno de las que mayores controversias presenta por la cantidad de alteraciones que se le atribuyen.

La estrategia de extensión de Cobertura (E.E.C.) en este año, manejó 3 presentaciones de pastillas: Lo-femenal que cuenta con más de 3 años en el programa, Microgynon CD-28 que tiene un año tres meses y Oviprem que tan sólo cuenta con 9 meses de haberse empezado a distribuir. De estas tres presentaciones la más utilizada por las usuarias es Lo-femenal lo que se le atribuye al tiempo que tiene, en segundo lugar está Oviprem que es la que apenas se empezó a dotar en las comunidades, por lo tanto hubo una mayor distribución de ella y por último Microgynon CD-28.

No siempre se le da la misma presentación a las usuarias por lo que se les cambia según sea la dotación de pastillas que llega del nivel estatal, es así, que en ocasiones se surte a los almacenes de una presentación en gran cantidad y muy raras ocasiones en las que no hay ninguna de las tres. El que no se ofrezca dichas presentaciones a los módulos repercute en que a muchas mujeres una vez que se les proporciona un tipo de pastillas que no les causaron daño; difícilmente aceptan otras por el temor a presentar algún problema, en otras ocasiones las usuarias si aceptan los cambios y toman cada presentación por un tiempo indeterminado, dependiendo de las pastillas que haya en existencia con las Auxiliares de Salud y esto se ve reflejado en que la mayoría de las usuarias se les ha cambiado por lo menos dos veces cada presentación.

Hay que tomar en cuenta que los cambios en la presentación de pastillas va de acuerdo a la dotación administrativa, y esto se hace sin tomar en cuenta las características de las usuarias.

Cada una de las presentaciones tiene dosis distintas de sus componentes y por lo tanto esto repercute en las alteraciones de los ciclos hormonales de los estrógenos y progestágenos que influyen directamente en el ciclo hipófisis - hipotálamo - ovario por muy mínima que sea la alteración que ocasiona, esto repercute en el nivel de salud de la mujer. Así, se encontró

que los problemas de cefaleas y alteraciones de sangrado son - las más comunes cuando se les cambia de una presentación a - - otra además de haberse encontrado alteraciones como náuseas, - mareos, vómito y otros signos neurovegetativos. Todos estos - problemas hace que se limite en diferente medida la productividad de la mujer e incluso disminuye la del país ya que la mujer no puede participar activamente en el trabajo y esto va a depender del tiempo de duración de los efectos, que puede serde dos a tres semanas.

En cuanto al personal que prescribe los métodos anticonceptivos en las comunidades, por orden de frecuencia son: las Auxiliares de Salud, Sueprvisoras de Auxiliar de Salud, los Médicos y las pasantes de la Escuela Nacional de Enfermería y - - Obstetricia: En el caso de los médicos prescriben pero no acuden a las comunidades sino que lo hacen cuando las señoras - - asisten a sus consultorios o centro de salud.

La atención que proporciona el personal de salud a las usuarias se detectó que en cuanto a información a cerca de cómo debe tomar las pastillas la usuaria y la indicación que se les - debe hacer en caso de que se les olviden tomar alguna, la mayoría si dá esta información y sólo una minoría la omite pero en relación a la mención que se les debe hacer a la usuaria en - cuanto a efectos secundarios se observó que en muchas ocasiones

nes omiten esta información tan importante ya que sino se les menciona a la usuaria los posibles efectos secundarios que puede presentar con el uso de anticonceptivos, esta al ver que le ocasiona alguna alteración interrumpirá el método pensando que se le dió algo dañino para su salud.

Por otro lado en cuanto a la cita de próxima visita que se le dá a las usuarias se encontró que la mayoría de las veces se proporciona cita abierta y esto es porque en cada visita que la usuaria hace al personal que le brinda el método se le dan desde 3 hasta 12 ciclos debido a problemas de tiempo por parte de las usuarias que no pueden acudir mes con mes a recoger sus anticonceptivos e incluso porque lo hacen a escondidas del esposo. Esto limita la atención que se le pueda proporcionar a las usuarias ya que no se les podrá realizar un interrogatorio y una exploración adecuada lo que se reducirá a que sólo se le realice regular, y en muchos de los casos no se podrá realizar además de que como el personal que prescribe los métodos, sobre todo las Auxiliares de Salud, conocen bien a la gente de su comunidad, omitirán varios de los puntos que se deben realizar en la atención a la paciente como por ejemplo: preguntar: Estado civil, tabaquismo, alcoholismo, etc.

Referente a la manera de cómo indica el personal a tomar las diferentes presentaciones de pastillas se observó que Lo-feme-

nal y Oviprem la dan correctamente al quinto día pero Microgy-  
non CD-28 que en sus indicaciones tiene que se debe adminis-  
trar al primer día, la mayoría de las veces el personal la es-  
tá dando al quinto día.

De acuerdo a los resultados se encontró que todos estos puntos  
fueron mejor manejados por la Auxiliar de Salud en comparación  
con las Supervisoras de Auxiliar de Salud, médico y la pasante.  
Por una parte es alentador que le personal que tiene un buen  
desempeño en su trabajo sea la Auxiliar de Salud, a pesar de  
no ser una profesional y en contraste al personal que tiene  
una preparación profesional que es quien más presenta fallas  
en el desenvolvimiento de su trabajo.

Se encontró que Oviprem es la presentación que mayores proble-  
mas ocasiona por las altas dosis de estrógenos y progestágenos  
que contiene por lo que se debe de tener en cuenta a que tipo  
de usuarias convendría administrar estas dosis por ejemplo;  
En las que se encuentran en la premenopausia ya que ayudaría  
a disminuir los síntomas propios de este ciclo.

Además, es conveniente tomar en cuenta el peso de la paciente,  
ya que hay que recordar que las hormonas tienen predilección  
por el tejido adiposo.

Ahora bien, el cambio de presentación que mayores problemas ocasiona fue de Lo-femenal a Oviprem, en segundo lugar de Microgynon CD-28 a Lofemenal y en tercer lugar Lo-femenal a Microgynon CD-28 como se puede observar durante el cambio de una dosis baja a una alta persisten los problemas, ya que si se tiene un nivel determinado de estrógenos y progestágenos circulando a nivel periférico y central al administrar un exceso de estos, ocurrirán alteraciones que pongan en juego el estado de salud de la mujer siendo que estos se pueden presentar sobre todo en las usuarias de 26-35 años lo que se justifica porque a esta edad los ciclos hormonales son más estables y el estar administrando progresivamente dosis de estrógenos y progestágenos hará que ocurra un descontrol importante en el organismo. De estos mismos cambios es de lo-femenal a Oviprem el que más alteraciones de cefalea y sangrado produce.

Al presentar las usuarias todas estas alteraciones origina que cualquier problema de salud que presenten la asocien con el cambio de pastillas y pierdan credibilidad en la eficacia de estas lo que se ve reflejado en que algunas cambien a otro método de control lo que no resulta grave puesto que planifiquen su familia pero lo que sí resulta preocupante son aquellas que no aceptan ninguna forma de controlar la natalidad por pensar que se les está ocasionando un daño y no un bien, de hecho, en los pueblos se tienen creencias sobre lo malo de los méto-



dos anticonceptivos y si agregamos que los cambios de pastillas les ocasionan alteraciones, esto hará pensar que se les da algo nocivo para su salud.

Es por esto que hay que tomar en cuenta que si se va a proporcionar diferentes presentaciones a las usuarias, siempre se deberán tener disponibles los diferentes tipos que se manejen para poder así dar las presentaciones que las usuarias requieran.

Por otra parte hay que tener en cuenta que uno de los objetivos de la Estrategia de Extensión de Cobertura es mejorar la salud de la población dispersa, coadyuvando a la reducción de la fecundación, así como lograr la participación comunitaria, además de que las metas de usuarias del programa de Planificación Familiar son muy importantes y esto no se va a poder llevar a cabo satisfactoriamente si los métodos anticonceptivos que se proporcionan a las usuarias no son seguros, eficaces y fáciles de conseguir al no distribuirse adecuadamente a los módulos.

## 5. SUGERENCIAS

## SUGERENCIAS.

### A LA ESCUELA.

- Sería conveniente que en el plan de estudios se amplie la enseñanza de la Atención en Planificación Familiar, que no se limite a mencionar: Definición, indicaciones, contraindicaciones, tipos, etc., sino que se amplíe en relación a los componentes de los métodos anticonceptivos, y cómo actúan en el organismo ya que es muy importante que el Lic. en Enfermería y Obstetricia este bien capacitado en estos temas, debido a que en uno de los campos en el que se desenvuelve.
- La práctica de consultas a usuarias de Planificación Familiar es muy importante, ya que de esta forma el Lic. en Enfermería y Obstetricia podrá desarrollar sus facultades para proporcionar una buena atención a las pacientes en las que se realice una exploración e interrogatorio amplio y adecuado.

### A LA INSTITUCION.

- Es necesario que antes de prescribir las pastillas anticonceptivas se valoren correctamente las características de cada usuaria para saber así qué presentación (dosis) es la adecuada.

cuada y qué ocasione los menores efectos secundarios posibles, para esto es necesario que el personal de salud tenga más práctica acerca de cómo debe realizarse la exploración e interrogatorio a las pacientes que soliciten el método.

- Es conveniente que se integren al programa de Estrategia de Extensión de Cobertura cursos de capacitación intensivos y constantes a todo el personal de salud que prescribe los métodos anticonceptivos.

- Se sugiere que la dotación de métodos anticonceptivos tenga una mejor supervisión a nivel central y estatal en cuanto al abastecimiento de las mismas.

- Se propone que a las usuarias que ya no aceptan ningún método por los daños que les ocasionan, sea el médico quien asista hasta su domicilio y le explique el por qué se presentan esos efectos secundarios, ya que muchas veces a las Auxiliares de Salud no les creen debido a que saben que es personal que no tiene una preparación profesional, sin embargo al médico le creerán más si este acude a informarlas acerca de dichos efectos.

- En lugar de trabajar en base a números como son las metas que se proponen para cada comunidad en cuanto a usuarias nuevas, es conveniente que se trabaje con una calidad de aten--

ción óptima ya que si se atiende correctamente a la usuaria\_ esta misma podrá promover los métodos como algo eficaz y seguro logrando así usuarias nuevas.

- En cada ocasión que llegue una presentación con diferentes dosis a las que tenían se debe de capacitar a todo el personal como médicos y supervisoras para que estos a su vez capaciten a las Auxiliares de Salud acerca de las características de las nuevas presentaciones y de esta forma se evite que se dé una dosis baja a una alta y viceversa ocasionando alteraciones importantes en la salud de las usuarias.
  
- Se deben de realizar sesiones semestrales con las Auxiliares de Salud en las que se incluye la práctica de la prescripción de métodos anticonceptivos, así como de los demás subprogramas que se manejan en la Estrategia de Extensión de Cobertura para que se puedan percatar de las fallas que existan.
  
- Las supervisiones que se realizan a nivel estatal al personal de salud de los módulos, más que enjuiciamientos, deben de ser asesorías integrales en las que se mencionen las formas en cómo se sugiere que se trabaje en las comunidades y la atención óptima que se debe de proporcionar a las pacientes.

- Se sugiere dar apoyo a las pasantes proporcionando la información que soliciten en relación a los proyectos de investigación y de ser posible apoyar con fotocopiado.

## 6. ANEXO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

CUESTIONARIO

OBJETIVO:

- Captar información que permita analizar los efectos secundarios que se presentan por los cambios de presentación de los métodos anticonceptivos orales.

I. Ficha de Identificación.

Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_  
Comunidad \_\_\_\_\_

II. Valoración de los efectos secundarios.

1.- ¿Qué presentación de pastillas utiliza actualmente?.

- a) Microgynon CD-28      b) Oviprem      c) Lo-femenal

2.- ¿Cuántas veces le han cambiado la presentación de las pastillas?.

- a) 1 vez      b) 2 veces      c) 3 veces ó más.

3.- ¿Durante cuánto tiempo estuvo tomando cada presentación?.

Microgynon    a) por 1 mes    b) 2 meses    c) 3 ó más.

Oviprem      a) por 1 mes    b) 2 meses    c) 3 ó más.

Lo-femenal    a) por 1 mes    b) 2 meses    c) 3 ó más.



4.- ¿Qué problemas ha presentado durante el cambio de una presentación de pastillas a otra?.

---

---

---

5.- ¿Cuánto tiempo le han durado estos efectos?.

- a) - 1 mes                      b) 2 a 3 meses      c) 3 meses ó más.

6.- ¿Quién le ha prescrito estas pastillas?.

- a) Médico                      b) S.A.S.              c) A.S.              d) Pasante

7.- ¿Al momento de darle las pastillas le han orientado en lo siguiente?.

- a) Le mencionan efectos secundarios.  
b) Le enseñan cómo tomarselas.  
c) Le indican qué hacer en caso de olvidar tomarlas.

8.- ¿Con qué frecuencia la citan para darle las pastillas?.

- a) al mes                      b) cita abierta

9.- ¿Al momento de cambiarle de una presentación a otra le realizan una exploración e interrogatorio?.

- a) amplio                      b) regular              c) no lo realizan.

10.- ¿Cómo le indicaron que se tomara las pastillas?.

- |               |                        |                |
|---------------|------------------------|----------------|
| Microgynon CD | a) 1er día de la regla | b) al 5o. día. |
| Oviprem       | a) 1er día de la regla | b) al 5o. día. |
| Lo-femenal    | a) 1er día de la regla | b) al 5o. día. |

11.- ¿Cómo se las está tomando usted?.

Microgynon CD \_\_\_\_\_

Oviprem \_\_\_\_\_

Lo-femenal \_\_\_\_\_

12.- ¿En qué horario acostumbra a tomarse las pastillas?.

a) por las noches    b) por las mañanas    c) al medio día.

13.- ¿Qué pastillas le causan más problemas?.

a) Microgynon CD    b) Oviprem    c) Lo-femenal.

14.- ¿En qué cambio de presentación presentó más problemas?.

a) Microgynon - Oviprem    d) Oviprem - Lo-femenal  
b) Microgynon - Lo-femenal    e) Lo-femenal - Microgynon  
c) Oviprem - Microgynon    f) Lo-femenal - Oviprem

15.- ¿Cuál es su decisión al tener problemas con el uso de las pastillas?.

a) Cambia a otra presentación de pastillas.  
b) Cambia a otro método.  
c) Ya no acepta ningún tipo de método.



## 7. GLOSARIO DE TERMINOS

## GLOSARIO DE TERMINOS.

**ADQUISICION:** Conseguir una cosa por el trabajo, compra o cambio. Hacer propio un derecho o cosa que a nadie pertenece o que otra transmite.

**ALVEOLOS:** Folículo o acino de una glándula.

**AMNIOTINA:** Preparados de estrógenos del líquido amniótico de bovino, como anticonceptivo.

**ANABOLICA:** Anabolismo, cualquier proceso constructivo por el cual sustancias simples se convierten, por acción de células vivas, en compuestos más complejos: especialmente la conversión de compuestos simples en protoplasma.

**ANDROGENOS:** Que posee actividades masculinizantes.

**BILIMIA:** Gran voracidad o hambre insaciable cinorexia, hiperorexia, polifagia.

**COADYUVAR:** Contribuir, asistir o ayudar a la consecución de alguna cosa.

**DEGRADACION:** (Catabolismo) comprende a una serie de vías por -  
las cuales los principios inmediatos se convierten  
en energía y en sustancias oxidadas.

**DISMENORREA:** Irregularidad de la función menstrual y especial-  
mente de la menstruación difícil y dolorosa.

**DISPAREUNIA:** Coito difícil o doloroso.

**EFECTOS:** Fenómeno en el curso del cual se produce una transfor-  
mación energética o, en general, una modificación de\_  
las propiedades de un sistema ligada siempre a una -  
causa.

**ENFERMEDAD DE VINCENT:** Gingivoestomatitis ulcerativa necrótica.

**ENDOMETRIO:** Membrana mucosa de la cavidad uterina, esta capa -  
sufre una serie de cambios debido a los estímulos\_  
de las hormonas producidas por el ovario. Dichos\_  
cambios tienen por objeto la preparación de la mu-  
cosa para la recepción del óvulo fecundado (nida-  
ción) si la nidación no se produce esta mucosa se\_  
descama, produciendo la menstruación.

**ESTEROIDES:** Sustancia de gran importancia fisiológicas, constituida por 4 de ellos unidos de manera característica a los que se adhieren una o dos cadenas laterales.

**ESTROMA:** (Del gr. stroms. tapiz) m. trama de un tejido.

**EUGLOBULINA:** Proteína plasmática inactiva que bajo los efectos de activadores se transforma en plasmina e interviene en fibrinólisis.

**EXOTOFIA CERVICAL:** Vicio de conformación congénito de un órgano interno, hueco especialmente, por el que la superficie interna del mismo se halla al descubierto.

**FORMULACION:** Combinación de símbolos para expresar la composición química de un cuerpo.

**GENGIVITIS:** Inflamación de la encía.

**GESTAGENOS:** Sustancia con capacidad para inducir cambios en el endometrio que facilitan la nidación del huevo fecundado.

**GLICOGENO M. GLUCOGENO:** Polisacarido que es el principal reserva de carbohidratos en los animales y en el hombre; se forma y almacena principalmente en el hígado y en el músculo se despolimeriza y libera glucosa a medida que resulta necesario.

**GLUCORONIDO:** Cualquier compuesto del ácido glucorónico.

**GLUCOURONICOS:** Acido que actúa en la bilirrubina para formar bilirrubina conjugada.

**HEMORRAGIAS POR DEPRIVACION:** Hemorragia perdida desangrado del torrente circulatorio, que puede ser traumático o espontáneo.

**HEMOGLOBUNOPATIAS:** Transtornos hemetológicos causados por una alteración en la estructura molecular de la hemoglobina, determinada por factores genéticos, que conducen a un conplejo característico de anomalías clínicas y de laboratorio y, muchas veces, anemia evidente.

**HIPERLIPIDEMIAS:** Término general para las concentraciones elevadas de alguno o de todos los lípidos en el plasma, como hiperliproteinemia, la hipercolesterolemia, etc.



**HIPERINSULINISMO:** Aumento excesivo de los niveles de insulina\_ en la sangre.

**HIPERMENORREA:** Menstruación extremadamente profusa.

**HIRSUTISMO:** Aumento de la cantidad de vello con distribución - del mismo típicamente masculino.

**HOMEOSTASIA:** Conjunto de procesos fisiológicos coordinados y - de mecanismos de retroalimentación que mantienen\_ a los sistemas orgánicos del individuo dentro de\_ límites estrechos de funcionamiento. Así como - las funciones de todos los sistemas orgánicos es- tán integradas por ajustes automáticos que operan para compensar las alteraciones producidas por - factores internos o externos al individuo.

**HORMONA FOLICULO ESTIMULANTE:** Hormona protéica del lóbulo ante\_ rior de la hipófisis que tiene en la propiedad de estimular y mantener el crecimiento del folículo\_ ovárico alcanza su nivel máximo en la mitad del - ciclo.

**HORMONA LUTEINIZANTE:** Hormona protéica producida en el lóbulo anterior, de la hipófisis y que tiene la propiedad de facilitar la ovulación de un folículo ovárico adecuadamente estimado. También contribuye al mantenimiento del cuerpo luteo después de la ovulación su nivel alcanza un pico máximo, superior al pico de la F.E.H., justo después de la ovulación, durante la segunda mitad del ciclo menstrual, los niveles descenden nuevamente.

**LEIOMAS:** Compuesto por fibras musculares lisas, la mayoría de las veces del útero.

**METABOLICAS:** Conjunto de reacciones químicas a que son sometidas las sustancias ingeridas o absorbidas por los seres vivos hasta que suministran energía o hasta que pasan a formar parte de la degradación (catabolismo) comprende una serie de vías por las cuales los principios inmediatos se convierten en energía y en sustancias oxidadas.

**MENORRAGIAS:** Menstruación anormalmente profusa o duradera.

**METABOLISMO:** Conjunto de transformaciones físicas, químicas y biológicas en los organismos vivos y que experimentan las sustancias introducidas a las que en ellos se transforman.

**PLASMA:** (Del. gr. plasma, formación) m. parte líquida de la sangre formada de suero líquido y fibrina disuelta en este líquido.

**PLASMINOGENO:** Proteína plasmática inactiva que bajo los efectos de activadores se transforma en plasmina e interviene en la fibrinólisis.

**PESO CICLICO, AUMENTO:** Relativo a un ciclo o que ocurre en ciclos, dicese en química orgánica de los productos de la serie aromática o de cadena cerrada, en patología, de fenómenos de evolución sucesiva.

**PIORREA:** Salida de pus o derrame.

**RACEMICA:** Que se compone de partes iguales de formas dextrorrotatorias y levorrotatorias de isometros ópticos y, por consecuencia es inactivo ópticamente.

REOLOGICAS: Reología. Ciencia de formación y flujo de la -  
materia en estado tal que muestra una tendencia a\_  
la deformación por la aplicación de fuerza.

SINUOSAS: adj. que tiene senos, ondulaciones o recodos.

SERICAS: Que tiene relación con el suero.

SEROTONINA: Sustancia que se produce en el organismo en el -  
curso del metabolismo del triptofano, por oxida- -  
ción y descarboxilación. Se transforma en las - -  
células argentafines y enterocromefines del tubo -  
intestinal y transportados dentro de las plaquetas,  
circula por la sangre.

SULFATIDO: Miembro de una clase de sustancia lipoideas consti-  
tuidas por esteres compuestos de ácidos sulfúrico,-  
que se encuentran en las fibras nerviosas mielini--  
cas.

SULFATO: Sal de ácido sulfúrico.

TELANGIECTASIAS: Dilatación de los vasos capilares de pequeño\_  
calibre, generalizada o localizada: angioma -  
simple.

**TRANSFERRINA:** Globulina B, presente en el plasma, que se combina con hierro y sirve como vehículo de éste. Se conocen 3 grandes grupos, que se transmiten genéticamente (B,C,D.) y varios otros tipos electroforéticos diferentes.

**TRANCORTINA:** Globulina sintetizada en el hígado, con gran afinidad por el cortizol, al que liga y transporta por la sangre, evitando su degradación, su paso al espacio extravascular y a su filtración glomerular.

**TRIGLICERIDOS:** Esté de glicerina en el que los 3 grupos hidroxilo de esta última están estratificados con un ácido.

**TRIPTOFANO:** m. ácido indolaminopropiónico. Aminoácido esencial en la nutrición, existente en las proteínas, de las cuales se libera por digestión triptica.

## 8. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

- DEXEUX, Trías de Bes. ANTICONCEPCION  
Edit. Salvat. 2a. ed. México 1989. pp. 233.
- FERNANDO, Amado y Lurca. ESTRATEGIA DE EXTENSION DE COBERTURA. Dirección General de Planificación Familiar.  
Julio 22 1994. pp. 30.
- GALLY, Esther. SEXUALIDAD HUMANA Y PLANIFICACION FAMILIAR.  
Edit. Pax. México 1976. pp. 190.
- Gobierno de michoacán. INFORMACION JURISDICCIONAL DE PLANIFICACION FAMILIAR. Del año 1977 a 1993. Zitácuaro Michoacán.
- GUYTON, C. Arthur. TRATADO DE FISIOLOGIA MEDICA.  
Edit. Interamericana 8a. ed. Madrid España 1991 pp. 1063.
- HARRISON, T. R. PRINCIPIOS DE MEDICINA INTERNA  
Edit. Mc. Graw Hill. 6a. ed. México 1986. pp. 3088.
- Organización Panamericana de la Salud. ANTICONCEPTIVOS ORALES, ASPECTOS TECNICOS DE INNCUIDAD. pp. 15.

- PEEL, Jhon y MALCOLM, Potts. TECNICAS DE CONTROL DE LA NATALIDAD. Edit. Diana, México 1978. pp. 317.
- Population Reports. ANTICONCEPTIVOS ORALES. pp. 14.
- PRITCHARD, A. Jack. WILLIAMS OBSTETRICIA. Edit. Salvat. 3a. ed. Barcelona 1992 pp. 900.
- Secretaría de Salud. ACTUALIZACION EN METODOS ANTICONCEPTIVOS. Enero 1993. pp. 92.
- Secretaría de Salud. EDUCACION SEXUAL Y PLANIFICACION FAMILIAR EN LA ADOLESCENCIA. México 1993. pp. 280.
- Secretaría de Salud. ESTRATEGIA DE EXTENSION DE COBERTURA. México 1993. pp. 48.
- Secretaría de Salud. NORMA OFICIAL MEXICANA DE LOS SERVICIOS DE PLANIFICACION FAMILIAR Mayo 1994. pp. 62.
- Secretaría de Salud. SALUD Y ENFERMEDAD EN EL MEDIO RURAL DE MEXICO. I Reunión Nacional. México 1991. pp. 477.



- Servicios Coordinados de Salud. CURSO DE LOGISTICA EN ACTUALIZACION DE METODOS ANTICONCEPTIVOS. Morelia Michoacán. - Mayo 1994.
  
- Schirig AG. MICROGYNON ANTICONCEPTIVO ORAL. Berlín/Bergkamen. pp. 32.
  
- VAN ZILE, Hyde Henry. EDUCACION MEDICA Y PLANIFICACION FAMILIAR. Edit. Pax. México 1969. pp. 437.
  
- DICCIONARIO MEDICO DE CIENCIAS MEDICAS. Edit. Mc Graw-Hill. Vol. 1 - 5 . pp. 1676.
  
- DICCIONARIO DE ENFERMERIA ROPER Edit. Interamericana. México 1990. pp. 399.
  
- DICCIONARIO ESPAÑOL DE SINONIMOS Y ANTONIMOS. Edit. Aguilar. España 1981. pp. 1148.
  
- DICCIONARIO DE FARMACOLOGIA. Ediciones médicas. Barcelona 1988. pp. 234.
  
- DICCIONARIO INTIMO DE LA MUJER. A - Z. Edit. Printer. Bogotá Colombia 1992. pp. 275.

- DICCIONARIO DE MEDICINA  
Edit. Nacional. México 1979. pp. 835.
  
- DICCIONARIO MEDICO ROCHER.  
Ediciones Doyma. 2a. Ed. España 1993. pp. 1094.
  
- DICCIONARIO DE LA MUJER.  
Tomo I y II. Ediciones Iatros Ltda. México 1992. pp. 275.
  
- DICCIONARIO TERMINOLOGICO DE CIENCIAS MEDICAS  
Edit. Salvat. 12a. ed. México 1991. pp. 1209.