



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

DEPARTAMENTO DE MEDICINA GENERAL FAMILIAR
Y COMUNITARIA

U.A. GUSTAVO A. MADERO ISSSTE

FRECUENCIA DE VALORACION CLINICA EN
USUARIAS ACTIVAS DE HORMONALES ORALES
EN LA CLINICA GUSTAVO A. MADERO

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

ESPECIALISTA EN MEDICINA GENERAL FAMILIAR

P R E S E N T A :

DR. JUAN MANUEL BERNAL ESCUTIA



MEXICO, D. F.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1997



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA GENERAL FAMILIAR
Y COMUNITARIA
U.A. GUSTAVO A. MADERO ISSSTE

FRECUENCIA DE VALORACION CLINICA
EN USUARIAS ACTIVAS DE HORMONALES ORALES
EN LA CLINICA GUSTAVO A. MADERO

T E S I S A
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
ESPECIALISTA EN MEDICINA GENERAL
FAMILIAR
P R E S E N T A
DR. JUAN MANUEL BERNAL ESCUTIA

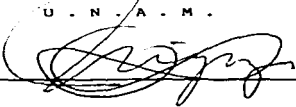
MEXICO, D. F.

1993

Dr. JUAN JOSE MAZON RAMIREZ
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA GENERAL FAMILIAR Y COMUNITARIA
U . N . A . M .



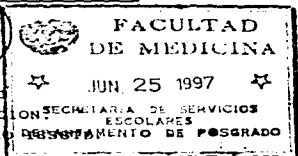
Dr. ARNULFO IRIGOYEN CORIA
COORDINADOR DE INVESTIGACION DEL DEPARTAMENTO
DE MEDICINA GENERAL FAMILIAR Y COMUNITARIA
U . N . A . M .



Dr. DANIEL VALDEZ C.
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA GENERAL FAMILIAR Y COMUNITARIA
U . N . A . M .

Dra. GRACIELA OLVERA IBAÑEZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION
EN MEDICINA GENERAL FAMILIAR EN LA UNIDAD
ACADEMICA GUSTAVO A. MADERO ISSSTE.

Dra. SILVIA MUNGUÍA LOZANO
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION
UNIDAD ACADEMICA GUSTAVO .A. MADERO ISSSTE.



Dra. BLANCA LILIA DEL R. VALADEZ RIVAS.
SUBDIRECTOR MEDICO
UNIDAD ACADEMICA GUSTAVO .A. MADERO ISSSTE.
ASESOR DE TESIS.

Blanca Valadez

I. S. S. S. T. E.
DIRECCION CLINICA
" G. A. MADERO "



08 FEB. 1997
Subdirección General Médica
Departamento de Enseñanza e Investigación
Departamento de Investigación

A DIOS NUESTRO SEÑOR
Por haberme dado vida y salud
para hacer realidad mis sueños de
llegar al término feliz de mi carrera.

A MIS PADRES
PEDRO Y ARTEMIA
Porque gracias a su apoyo y consejos
he recibido la herencia más valiosa para
mi superación personal.

A MIS HERMANOS
Con respeto y gratitud

A MI VIEJITO
JOSE GALLEGOS (q.e.p.d.)

A LA Dra. EVA CAMACHO
Por su valiosa ayuda

A ACAPULCO
Con cariño

**A TODAS LAS PERSONAS QUE EN FORMA DIRECTA O INDIRECTA
INTERVINIERON PARA LA REALIZACION DEL PRESENTE ESTUDIO**

GRACIAS.

Si no debe emprenderse la cura de
los ojos sin la cabeza , ni la de la cabeza
sin el cuerpo, tampoco debe tratarse el
cuerpo sin el alma ;...si muchas enfermedades
se resisten a los esfuerzos de
los médicos helenos procede de que
desconocen el todo ...

(Platón ,Carmides)

CONTENIDO

INTRODUCCION.....	7
MARCO TEORICO.....	8
MECANISMO DE ACCION.....	10
ESQUEMAS DE TRATAMIENTO.....	11
EFFECTIVIDAD ANTICONCEPTIVA.....	13
EFFECTOS COLATERALES.....	14
LOS HORMONALES ORALES Y LA DIABETES.....	16
MIGRAÑA.....	17
EFFECTOS SECUNDARIOS.....	18
INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES.....	18
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	19
JUSTIFICACION.....	19
OBJETIVOS.....	20
METODOLOGIA.....	20
RESULTADOS Y ANALISIS.....	22
CONCLUSIONES.....	25
SUGERENCIAS.....	25
BIBLIOGRAFIA.....	27
ANEXOS.	

INTRODUCCION

En México, la planificación familiar se define como el derecho que tiene toda persona para decidir de manera libre, responsable e informada el número y espaciamiento de sus hijos, para poder garantizar el ejercicio de este derecho, los Médicos Familiares tienen la responsabilidad de proporcionar la información y orientación de la población, y ofrecer la disponibilidad de los servicios de planificación familiar.

Uno de los objetivos del programa de Planificación Familiar en México, es el de intensificar las actividades de comunicación educativa en planificación familiar y orientación sexual, tanto para los prestadores de salud como para la población en general, con énfasis en la población masculina y en las generaciones jóvenes.

Para poder dirigir esta acción educativa, se debe hacer lo posible por superar los mitos, tabúes y creencias infundadas que son los causantes del surgimiento en la población -- de temores y rumores contra la planificación familiar.

La información a difundir debe ser veraz, oportuna y aplicable al grupo a quien va dirigida, de este modo la población, recibirá el beneficio de una orientación actualizada y completa que le permita desarrollar un juicio crítico de ella, para que de esta forma quien decida usar un método-anticceptivo selecciones el idóneo a sus necesidades.

(1,2,)

MARCO TEORICO

La anticoncepción se ha practicado desde hace mucho - tiempo, la reciente creación de nuevos agentes anticonceptivos no solo resultan más eficaces sino también más útiles.

La anticoncepción hormonal probablemente a sido motivo de cambios socio culturales de nuestra época y a la vez cambios de actitud en la mujer. Este método anticonceptivo de hormonales orales surgió en 1953, al ser introducido por el investigador PINCUS, con más amplia difusión en todo el mundo.

La actitud adecuada del Médico Familiar ante sus pacientes es de facilitarles la información correcta con conocimiento de causa entre los muchos métodos existentes informándoles de las indicaciones y los inconvenientes de éstos.

En cuanto al método de hormonales orales es preciso conocer si las pacientes cumplen con las características o las indicaciones adecuadas para que utilicen dicho método, por lo que deben ser valoradas clínicamente en base a una historia clínica completa (AHF, APP, AGO, PESO Y T/A), y por laboratorio (medición de colesterol, glicemia y T/P), ya que la literatura médica menciona que la ingesta de éstos puede provocar alteraciones metabólicas, cardiovasculares entre otras

COMPONENTES DE LA FORMULA DE HORMONALES ORALES

Básicamente se utilizan dos tipos de elementos hormonales que son de efecto estrogénicos y de efecto progestacional.

Los estrogénos son derivados de 17 β -estrodíol (estrogéno natural), y son el Etinil-estradiol y el 3 metil-éter del Etinilestradiol (mestranol) .

Los progestágenos pueden ser derivados de la 17 hidroxiprogesterona (clormadinona, megestrol, medroxiprogesterona), o de la 19 nortestosterona (noretindrona, noretinodrel, norgestel D-norgestrel, dicetato de etinodiol).

(3.11)

MECANISMO DE ACCION.- Es conveniente tratar de separar los - efectos y mecanismos de acción del componente estrogénico y del progestacional, ya que esto nos ayuda a comprender como los diferentes tipos de combinación tengan efectividad dis-- tinta.

Los estrógenos, administrados en la primera fase del ci clo producen a nivel hipotalámico, bloqueo en la producción de factor liberador de HFE y HL, con lo cual, la hipófisis - no secreta HFE y por lo tanto; el ovario se mantiene en repo so con inmadurez del foliculo. Los estrógenos del tratamien to anticonceptivo no producen cambios endometriales, tuba- rios o cervicales con efecto anticonceptivo en la primera fa se del ciclo.

Los prostágenos, cuando son administados en la primera fase del ciclo, producen también bloqueo hipotalámico que im pide la producción de factor liberador, pero esto a las dosis habituales, es menos efectivo que el efecto estrogénico; sin embargo el prostágeno actúa también sobre el endometrio que- ésta en fase proliferativa, produciendo una transformación -- temprana irregular ya que no se ha completado la prolifera-- ción, por lo que el resultado es un endometrio poco proli- ferativo y con mala secreción, inadecuado para la nidación - del huevo; otro efecto es una alteración en la peristalsis - tubaria que interfiere en el transporte ovular y por último, es también importante su efecto a nivel de las secreciones - del epitelio endocervical, produciendo un moco inadecuado pa ra la penetración del espermatozoide. (3.11,12,13).

Analizando los mecanismos de acción el más importante - es el imposibilitar la maduración folicular y con esto la - ovulación.

ESQUEMAS DE TRATAMIENTO.- Las posibilidades básicas de tratamiento son las siguientes: Tratamiento secuencial, tratamiento combinado (simultáneo) y tratamiento continuo (progestágeno).

TRATAMIENTO SECUENCIAL.- El tratamiento se inicia al 5o día del ciclo (de haberse iniciado la menstruación) y durante los primeros 11 o 14 días se administra en la tableta únicamente estrógeno y posteriormente en los restantes 10 o 7 días, la tableta contiene además el progestágeno. Si analizamos lo anterior, nos percatamos de que solamente el estrógeno actúa como anticonceptivo al interferir en el hipotálamo en la primera fase del ciclo, pero el progestágeno, que es administrado en la segunda fase, hará que el endometrio se transforme y posteriormente descaeme, pero no tendrá ningún efecto anticonceptivo pues el endometrio ya estará proliferado y en caso de haber ovulación, todo estará a favor de la fecundación y de la nidación. (3,16)

Existen preparados comerciales con 11 tabletas de estrógeno solo y 10 de estrógeno + progestágeno y otros con 14 -- tabletas de estrógeno y 7 de estrógeno + progestágeno. Este tratamiento produce generalmente sangrado cíclicos normales

TRATAMIENTO COMBINADO (SIMULTANEO). La administración de una tableta diaria se inicia también el 5o día del ciclo pero en este caso, todas las tabletas contienen estrógeno y progestágeno con lo cual a nivel hipotalámico, el bloqueo se suma y es mayor que el estrógeno solo del tratamiento secuencial y por lo que resulta más segura la anovulación; además, en la primera fase del ciclo, el efecto del progestágeno produce los cambios endometriales que ya analizamos produciendo endometrio inadecuado para una posible nidación; también se suman efectos del progestágeno a nivel tubario y de moco cervical, con lo cual la seguridad anticonceptiva se torna optima (3.17).

En el comercio, se presentan además, preparados con siete tabletas de placebo que las pacientes deben ingerir al -- terminar las actividades, con el objeto de evitar omisiones de la paciente en el inicio de un nuevo ciclo, haciendo consto, la toma continúa (diariamente). Sin embargo, es recomendable indicar a la paciente esperar la presencia del sangrado por privación que se produce a los 2 a 4 días de terminado un ciclo y reiniciar el siguiente nuevamente al 5o -- día del comienzo del sangrado. (3.16).

TRATAMIENTO CONTINUO. - Consiste en la administración exclusiva de un progestágeno en tabletas diarias en forma continuada durante todos los días del ciclo, independientemente de los períodos de sangrado. Debemos recordar que el efecto anovulatorio del progestágeno es menor que el del estrogénopor lo que en este método, solo se logra anovulación en aproximadamente 40% de los ciclos, siendo esta la razón de su menor efectividad, la cual esta dada básicamente por los otros efectos del progestágeno a nivel endometrial, tubario y de moco cervical. (3.17)

TRATAMIENTO COMBINADO MENSUAL ORAL. - Se utilizan estrógenos y progestágenos con cambios químicos de radicales que les confieren acción prolongada. La tableta se toma el 25o día del ciclo, únicamente. Tiene el inconveniente de que los cambios que puedan existir en el tubo digestivo interfieren con su absorción dando más índice de falla. (3.17).

EFFECTIVIDAD ANTICONCEPTIVA.

El índice de efectividad de los tratamientos o métodos anticonceptivos se mide en relación al número de embarazos que se presentan en la cantidad total de ciclos de aplicación del procedimiento anticonceptivo y a esto se le llama índice de Pearl. (3)

Para una población normal que no se lleva a cabo ningún método anticonceptivo, el índice de Pearl resultante es de 80. (3,17)

Mientras más bajo sea el índice de un procedimiento anticonceptivo, más efectivo es el mismo.

De los tratamientos que hemos revisado el más efectivo de todos es el de progestágenos sintéticos combinados con -- estrógenos de ingestión diaria, siendo su índice de Pearl de 0.2 (0.2 embarazos por 100 años mujer). El tratamiento de progestágenos continuos orales diarios tiene un índice promedio de 4.0 a 8.0 y por último, el índice es de 2.0 a 8.0 para el tratamiento combinado oral mensual. (3,17)

EFFECTOS COLATERALES

Los hormonales orales usados en la anticoncepción afectan muchos procesos metabólicos igual que sus blancos principales (hipotálamo, hipófisis, ovario). El metabolismo de los carbohidratos y de los lípidos se altera aunque estos -- cambios por laboratorio no se asocian con síntomas clínicos. Las observaciones clínicas han establecido con claridad que el uso de hormonales orales pueden predisponer susceptibilidad a numerosos padecimientos como son la hipertensión arterial, obesidad y depresión.

Estos provocan numerosos síntomas relacionados primordialmente con sus componentes de estrógenos: Los más comunes son náusea, vómito, cefalea, dilatación de las glándulas mamarias, sangrado intermenstrual. Se a presentado mucha atención a la relación entre el uso de hormonales orales y la frecuencia de enfermedad tromboembólica incluye embolia pulmonar en pacientes fumadoras. (3,17)

Datos adicionales de estos estudios indicaron claramente que el riesgo aumentado de infarto al miocardio entre -- usuarias de hormonales orales puede explicarse en términos de la alta proporción en fumadoras. (17)

La administración a largo plazo de hormonales orales -- puede causar el desarrollo de nódulos en las mamas aunque la importancia de éstos datos en relación al uso de éstos se -- desconoce. Los últimos datos sobre la frecuencia de cáncer mamario muestran relación alguna con el uso de hormonales -- orales. (17)

Las alteraciones metabólicas importantes son a nivel de carbohidratos y lípidos. Así como también en el metabolismo de las proteínas relacionadas con la coagulación sanguínea.- De los numerosos estudios realizados, puede resumirse que en las mujeres usuarias de hormonales orales se encuentra un aumento de los siguientes factores de la coagulación; fibrinógeno, (factor I), protombina (factor II), factor VII (proconovertina), factor VIII (globulina antihemofílica) factor IX - (chitsmas) y factor X (Stuart-prower), que es la vía común - para los mecanismos intrínseco y extrínseco de la coagula---ción. Estos incrementos en los factores de la coagulación - se han considerado como un estado de hipercoagulabilidad y - de aquí la posibilidad de un aumento en la trombosis. Por - otra parte los cambios en el sistema fibrinolítico informado en usuarias, son aumento en los niveles de plasminógeno y aumento en la actividad fibrinolítica global. Estos cambios - parecen más marcados cuando mayor es la dosis. (5.6)

Por lo tanto se recomienda un control por lo menos dos- veces al año. (6)

Antes de que se asociara el uso de hormonales orales -- con los padecimientos arteriales, como el infarto del miocarudo y los accidentes vasculares cerebrales, ya se conocía -- que las combinaciones estrógeno-progestágeno utilizadas en - ellos, tenían un efecto desfavorable en el metabolismo de -- los lípidos. La mayor parte de los estudios refieren que -- existe un aumento en los niveles de colesterol, triglicéeri-- dos y de las fracciones VLDL y LDL y disminución de la frac--ción HDL, alteraciones de tendencia aterogénica, se sabe que en forma general el efecto de los progestágenos en el metaboulismo de los lípidos y en especial de la fracción HDL, depenude de sus propiedades antiestrogénicas progestacionales an--drogénicas. Estudios recientes muestran que las combinacio--nes trifásicas producen disminución de HDL, (4,15,17)

LOS HORMONALES ORALES Y LA DIABETES MELLITUS

Si el metabolismo de los carbohidratos se ve afectado - por el uso de los hormonales orales (OH), se cree que éstos - se debe al componente progestágeno. Dado que la intoleran - cia a la glucosa se relaciona con la dosis, los efectos ad - versos han sido menos frecuentes con el uso de los OH, de - dosis bajas de hecho los efectos sobre las concentraciones - insulina y de glucosa pueden ser tan pequeños con las prepa - raciones de dosis bajas, que tienen muy poca importancia clí - nica. Una excepción son las píldoras monofásicas de levonor gestrel, que contienen mayores cantidades de progestágenos y pueden conducir a la intolerancia a la glucosa en un período de tres años.

Los OH, no aumentan el riesgo de diabetes mellitus, y - la hiperglucemia relacionada con el uso de HO, es completa - mente reversible. Existe cierta controversia acerca de la - respuesta de las mujeres con diabetes mellitus gestacional - previa. En un estudio se encontró que las irregularidades - de la tolerancia a la glucosa eran más pronunciada después - de seis meses de usar trifásico levonorgestrel, en otro no se encontro ningún efecto después de un período de seis meses ni en la intolerancia a la glucosa ni en las concentraciones de lípidos en la sangre (18). Dado que los datos epidemiológicos muestran que el uso de los HO, aumenta el riesgo de trom - boembolia en las mujeres con diabetes mellitus insulino, de - pendiente, se recomienda animar a éstas mujeres a que usen - otras formas de contracepción. Es probable que las muje - res menores de 35 años de edad, sin otros problemas de salud u otros factores de riesgo además de la diabetes mellitus in - sulinodependiente, tengan un riesgo mínimo mientras toman -- una píldora de dosis bajas. Antes de tomar los HO, se sugie re una prueba breve con una fórmula de dosis baja fija de -- progestágeno para las pacientes con diabetes mellitus demos - trada y para aquellas con riesgo de antecedentes heredero fami

liares.

A fin de cuentas, el médico y la paciente deberán decidir si ésta protección confiable contra el embarazo ofrece - beneficios que pesen más que los riesgos. (18,8,9)

MIGRAÑA

La migraña es un factor específico de ataque trombótico en este aspecto se realizó un estudio en un grupo de jóvenes que fueron identificadas y admitidas con ataques de migraña (8). Concluyéndo que los hormonales orales no son los causantes de este padecimiento, de igual manera para las mujeres que tiene severos ataques de migraña. Sin embargo la literatura menciona que las mujeres susceptibles presentan efectos colaterales y entre ellos la migraña. (18)

EFFECTOS SECUNDARIOS

Los efectos secundarios más frecuentes de los hormona--
les orales son: El sangrado repentino síntoma molesto, cuan
do esto ocurre se debe dar a la usuaria la dosis más baja en
estrógenos y progestágenos indicados. También se encuentra
náusea, vómito, galactorrea y amenorrea. (3.17)

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES

Indicaciones: Mujeres de edad fértil menores de 35 ---
años, con patrón menstrual regular, nulíparas o multíparas -
que deseen embarazarse.

Contraindicaciones: Se dividen en absolutas y relati--
vas dentro de las absolutas se encuentra la sospecha de emba
razo lactancia, sangrado vaginal no diagnóstico, anteceden
tes de diabetes mellitus que requiera uso de insulina, trom
boembolismo, cáncer uterino o mamario, padecimientos cerebro
vasculares o coronarios, alteraciones de la función hepática
hiperlipidemia II ó hipercolesterolemia.

Las relativas incluyen edad mayor de 35 años, tabaquis--
mo, insuficiencia venosa, migraña, hipertensión arterial y -
depresión. (14,17)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se ha observado que en los pacientes que utilizan hormonas orales, no se lleva a cabo una adecuada valoración clínica tanto al inicio del método como en consultas subsecuentes, lo que puede determinar la aparición de complicaciones médicas que pongan en riesgo la vida de dichos pacientes. - Por otro lado esto puede ocasionar que no exista una aceptación de la población femenina en edad fértil al programa de planificación familiar.

¿ Cón que frecuencia se realiza una valoración clínica- adecuada a las pacientes usuarias de hormonales orales? .

JUSTIFICACION

La adecuada valoración clínica tanto inicial como el seguimiento de las usuarias de hormonales orales es indispensable, debido a la presencia de alteraciones: Aumento de la tensión arterial, hipercolesterolemia, insuficiencia venosa- periférica entre otras más graves. Siendo de beneficio para el médico familiar ya que llevaría una atención integral de las usuarias y para la unidad tendría el tener un adecuado- control de sus derechohabientes usuarias de hormonales orales con el fin de prevenir alguna de las complicaciones que pudieran llegar a desarrollarse. Por lo tanto el presente trabajo describe la frecuencia de valoración clínica y de laboratorio así como sus indicaciones en pacientes usuarias de hormonales orales en la Clínica Gustavo A Madero.

OBJETIVOS

GENERAL.

Conocer la frecuencia con que se realiza una valoración médica integral a usuarias de hormonales orales en la Clínica Gustavo A Madero.

ESPECIFICOS

Conocer el estado civil y ocupación de usuarias activas de hormonales orales.

Conocer la frecuencia con que se realizan exámenes-- de laboratorio a usuarias de hormonales orales de primera -- vez.

Conocer los antecedentes heredero familiares y antecedentes personales patológicos en usuarias de hormonales -- orales.

Conocer la frecuencia de la exploración física que - se valora en usuarias de hormonales orales.

Conocer el tiempo de uso en las pacientes usuarias- de hormonales orales.

Conocer la frecuencia con la que se realiza el se--- guimiento clínico en usuarias de hormonales orales.

METODOLOGIA

Se realizó un estudio en pacientes usuarias de hormonales orales en la Clínica Gustavo A Madero, de septiembre a octubre de 1992.

Recabando la información a través de una cédula de recolección de datos que incluyó.

- 1.- Datos generales.
- 2.- Factores de riesgo.
- 3.- Antecedes gineco-obstétricos.
- 4.- Exploración física.
- 5.- Laboratorio y gabinete.
- 6.- Patología agragada.
- 7.- Tiempo de uso.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Total de expedientes activos de usuarias de hormonales orales de la Clínica Gustavo A Madero.

CRITERIOS DE INCLUSION

- 1.- Usuarias de hormonales orales.
- 2.- Derechohabientes de la Clínica Gustavo A Madero.
- 3.- Que tengan expediente activo en la Clínica Gustavo a Madero.

CRITERIOS DE EXCLUSION

- 1.- Que utilicen otro método.
- 2.- No derechohabientes.
- 3.- Que no tengan expediente activo en la Clínica Gustavo A-Madero.

CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR

GUSTAVO .A. RAMIRO

F.S.S.S.T.E

CECULA DE RECOLECTOS DE DATOS.

- 1.- Edad.....a.- Mayores de 35 años b.- Menores de 35 años
- 2.- Estado Civil.....a.- Soltera b.- Casada c.- Viuda d.- U/libre
e.- Divorciada
- 3.- Ocupación.....a.- Hogar b.-
- 4.- Gestas.....a.- 0-1 b.- 2 a..... 6 y más
- 5.- Ritmo menstrual.....a.- Regular b.- Irregular
- 6.- Exploración física.....a.- Completa b.-
- 7.- ANF.....a.- Si b.- No
- 8.- Tabaquismo.....a.- Positivo b.- Negativo
- 9.- Toma de peso.....a.- Si b.- No
- 10.- Toma de T/A.....a.- Si b.- No
- 11.- Antecedentes de.....a.- Si b.- No
- 12.- Antecedentes de.....a.- Si b.- No
- 13.- Insuficiencia venosa periférica.....a.- Si b.- No
- 14.- DGC.....a.- Si b.- No
- 15.- Glicemia.....a.- Si b.- No
- 16.- Colesterol.....a.- Si b.- No
- 17.- T/P.....a.- Si b.- No
- 18.- Patología agregada.....a.- Si b.- No
- 19.- Tiempo de uso de hormonales orales.....de 1 a 5 meses
de 6 a 11 meses
de 1 año
de 2 años a 3 años y más
- 20.- Numero de consultas que acudieron para,
su seguimiento.....a.- Una vez al año
b.- Dos veces al año
c.- Tres veces y más

RESULTADOS Y ANALISIS

Se estudiarón en la Clínica de Medicina Familiar Gustavo A Madero, los expedientes clínicos de usuarias activas de hormonales orales siéndo un total de 35 expedientes revisados, se encontrarón por grupo de edad, de 15 a 20 años 4 --- (11.4%), de 21 a 25 años 10 (28.5%), de 25 a 30 años 14 (40%) de 31 a 35 años 6 (17.1%) y de 35 y más 1 (2.8).
(Cuadro 1).

En cuanto al tiempo de consumo de hormonales orales se encontró lo siguiente; De 1 a 6 meses 11 (31.4%) , de 7 a 11 meses 5 (14.2%) , de 1 año 10 (28.5%) , de 2 años 6 (17.1%) de 3 años 1 (2.8%) , de 4 años 1 (2.8%) ,de 5 años 1 (2.8%)-
(Cuadro 2).

Por estado civil solteras 6 (17.1%) , casadas 26(74.2%) unión libre 3 (8.5%).
(Gráfica 1).

Por ocupación ,al hogar 9 (25.7%) ,empleadas 26 (74.2%)
(Gráfica 2) .

Por el número de gestas 0(8%), de 1 (12%), de 2 (13%)- de 3 (2%), de 6(2%).

En cuanto a su ciclo menstrual , regular 22 (62.8%) y -- irregular 13 (37.4%).
(Gráfica 4).

En cuanto a la exploración física completa 7 (20%), incompleta 28(80%).
(Gráfica 5).

Antecedentes hedero familiares DM.13 (37.1%), HAS 18 -- (51.4%) , CACU. 4 (11.4%) , CA de mama 0 (0%).
(Gráfica 6)

En cuanto a los factores de riesgo se encontró lo siguiente tabaquismo positivo en 17 (48.5%) , negativo en 18 - (51.4%) , la toma de peso al inicio y al final fué de 35 --- (100%) , la toma de tensión arterial fué realizada en 35 --- (100%) , En cuanto a la cefalea la padecen 10 no especifican las notas de evolución de que tipo (28.5%) , Depresión no se encontró en las notas de evolución reportes de este padecimiento en 35 (100%), insuficiencia venosa periférica sin -- este padecimiento 33(94.2%) con el padecimiento 2 (5.7%).
(Cuadro 3).

La toma de DOC, se tomó en 12 (34.2%), no se tomo en - 23 (65.7%) , GLICEMIA no se tomo en 35(100%), COLESTEROL ,no se tomó en 35 (100%) , T/P, no se tomó en 35 (100%).
(Cuadro 4).

Patología agregada Cervicitis 12 (34.2%),sin patología 23 (65.7%).
(Gráfica 7).

En cuanto al seguimiento de las 35 pacientes se reportó en las notas de evolución subsecuentes; En 4 modificarón su peso en el lapso de un año con un promedio de 2.200 miligramos , en las 31 restantes no se especifica ningún dato al -- respecto a esta variable.

T/A; 4 pacientes se reportarón que modificarón su T/A en un año con promedio de 15 mmHg de la presión sistólica y de la diástolica 10 mmHg.

De las 35 pacientes solo se encontró en una paciente -- una Glicemia posterior a dos años de uso de hormonales orales con 18 mg/dl y de las 34 restantes no hubo seguimiento de su glicemia.

En cuanto al numero de consultas que acudieron para seguimiento una vez al año 28 (80%) dos veces al año 5 ---- (14.2%) y tres veces al año 3 (8.5%).

En cuanto a la edad , ritmo menstrual y número de gestas se encontró que estuvieron bien indicados al 93% , pero en cuanto antecedentes heredero familiares , y laboratorio se --- encontró que en los 35 expedientes clínicos revisados no se realiza un buen seguimiento ni tampoco una adecuada valoración clínica en las pacientes. Esto se puede pensar que es - por falta de relación medico paciente .

Es importante el hallazgo que en todas las consumidoras de hormonales orales no se lleva un seguimiento y una valoración adecuada esto indica que hace falta de difusión de los programas de planificación familiar y pláticas al médico para pretender un mejor nivel de salud.

CONCLUSIONES

La participación del médico familiar en la elección del método de planificación familiar es de suma importancia, esto implica que hay una integración en toma de decisiones sobre todo en aquellas pacientes con riesgo para poder consumir hormonales orales, y así poder brindarles una mejor calidad de vida.

Es importante considerar que los programas de planificación familiar han tenido una adecuada promoción y difusión - en la población, ya que las mujeres utilizan algún método de planificación familiar.

También es necesario notar que esta difusión se debe ampliar y actualizar a nivel médico en forma adecuada para que se les valore y oriente a las pacientes que les va indicar - hormonales orales.

SUGERENCIAS

En primer lugar se debe actualizar al médico informándolo de los avances en cuanto anticoncepción.

En segundo lugar se debe individualizar a cada paciente indicando una evaluación inicial y una exploración física -- completa reconociendo indicaciones y contraindicaciones del método.

En tercer lugar realizar un control periódico adecuado a las usuarias en un momento que le permita identificar efectos secundarios y complicaciones de los mismos.

En cuarto lugar detectar alteraciones en forma oportuna cada seis meses con el fin de evitar complicaciones.

CUADRO 1.

FRECUENCIA POR GRUPO DE EDAD EN USUARIAS DE
HORMONALES ORALES

EDAD	NUMERO DE PACIENTES	%
15 A 20 AÑOS	4	11.4
21 A 25 AÑOS	10	28.5
26 A 30 AÑOS	14	40
31 A 35 AÑOS	4	11.4
36 Y MAS	1	2.9
T O T A L	35	100%

FUENTE: EXPEDIENTES CLINICOS DE USUARIAS ACTIVAS
DE HORMONALES ORALES DE LA CLINICA
GUSTAVO A. MADRERO.

N= 35

CUADRO 2.

TIEMPO DE CONSUMO EN USUARIAS ACTIVAS

TIEMPO	NUMERO DE PACIENTES	%
1 A 6 MESES	11	31.4
7 A 11 MESES	5	14.3
1 AÑO	10	28.6
2 AÑOS	6	17.1
3 AÑOS	1	2.9
4 AÑOS	1	2.9
5 AÑOS	1	2.9
TOTAL	35	100%

FUENTE: EXPEDIENTES CLINICOS DE USUARIAS ACTIVAS
DE HORMONALES ORALES DE LA CLINICA
GUSTAVO A. MADRERO.

N=35

CUADRO 3.

**ANTECEDENTES PATOLOGICOS EN USUARIAS
ACTIVAS DE HORMONALES ORALES**

ANTECEDENTES PATOLOGICOS	NUMERO DE PACIENTES	%
CEFALEA	10	28.5%
DEPRESION	0	0%
INSUFICIENCIA PERIFERICA VENOSA	33	94.2%
DM	0	0%
HAB	0	0%
CA CU	4	0%
CA MAMAS	0	0%
TABAQUISMO	17	48.5%

FUENTE: EXPEDIENTES CLINICOS DE USUARIAS ACTIVAS
DE HORMONALES ORALES DE LA CLINICA
GUSTAVO A. MADENO.

N=35

CUADRO 4.

**ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE
REALIZADOS A USUARIAS ACTIVAS
DE HORMONALES ORALES**

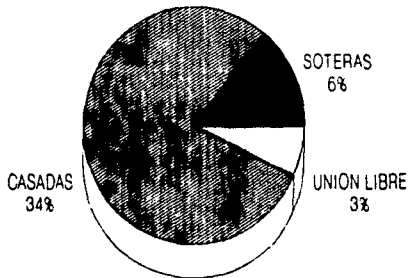
ESTUDIO	SE REALIZO		NO SE REALIZO	
	Nº.	%	Nº.	%
DOC	12	36.8%	23	63.7
GLICEMIA	--	----	35	100%
T/P	--	----	35	100%
COLESTEROL	--	----	35	100%

FUENTE: EXPEDIENTES CLINICOS DE USUARIAS ACTIVAS
DE HORMONALES ORALES DE LA CLINICA
GUSTAVO A. MADERO.

N=35

GRAFICA I

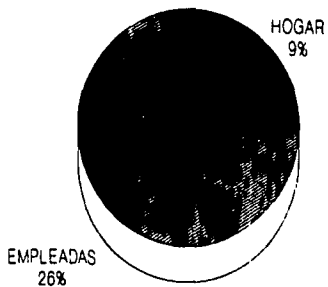
**ESTADO CIVIL EN PACIENTES USUARIAS ACTIVAS
DE HORMONALES ORALES**



**FUENTE: EXPEDIENTES CLINICOS DE USUARIAS ACTIVAS DE
HORMONALES ORALES DE LA CLINICA GUSTAVO A. MADERO
N-88**

GRAFICA II

OCUPACION USUARIAS ACTIVAS DE HORMONALES ORALES

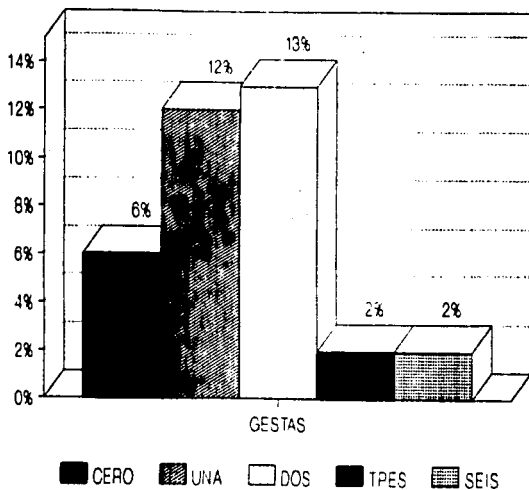


**FUENTE: EXPEDIENTES CLINICOS DE USUARIAS ACTIVAS DE
HORMONALES ORALES DE LA CLINICA GUSTAVO A. MADERO**

N-88

GRAFICA III

**NUMERO DE GESTAS EN USUARIAS ACTIVAS
DE HORMONALES ORALES**

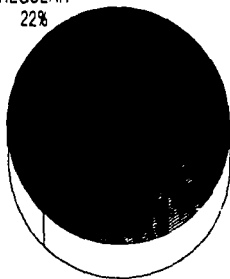


**FUENTE: EXPEDIENTES CLINICOS DE USUARIAS ACTIVAS DE
HORMONALES ORALES DE LA CLINICA GUSTAVO A. MADERO N-88**

GRAFICA IV

**RITMO MENSTRUAL EN PACIENTES QUE CONSUMEN
HORMONALES ORALES**

REGULAR
22%



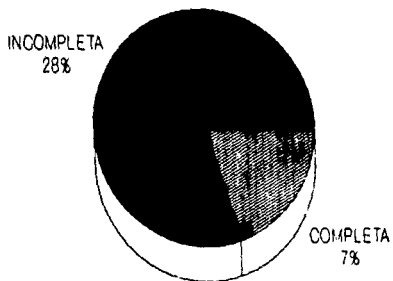
IRREGULAR
13%

**FUENTE: EXPEDIENTES CLINICOS DE USUARIAS ACTIVAS DE
HORMONALES ORALES DE LA CLINICA GUSTAVO A. MADERO**

N-88

GRAFICA V

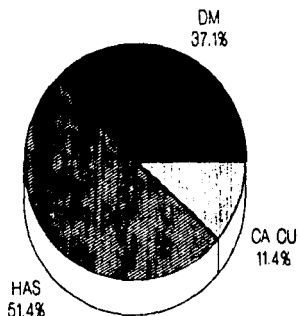
**EXPLORACION FISICA COMPLETA A USUARIAS ACTIVAS QUE
CONSUMEN HORMONALES ORALES**



**FUENTE: EXPEDIENTES CLINICOS DE USUARIAS ACTIVAS DE
HORMONALES ORALES DE LA CLINICA GUSTAVO A. MADERO
N-98**

GRAFICA VI

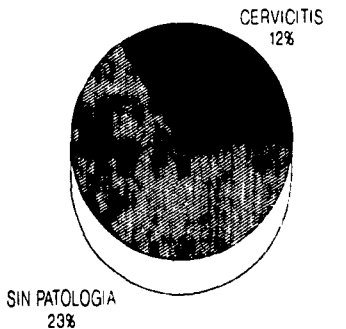
**ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES EN PACIENTES ACTIVOS
QUE CONSUMEN HORMONALES ORALES**



**FUENTE: EXPEDIENTES CLINICOS DE USUARIAS ACTIVAS DE
HORMONALES ORALES DE LA CLINICA GUSTAVO A. MADERO
N-88**

GRAFICA VII

**FRECUENCIA DE PATOLOGIA AGREGADA EN PACIENTES
CON HORMONALES ORALES**

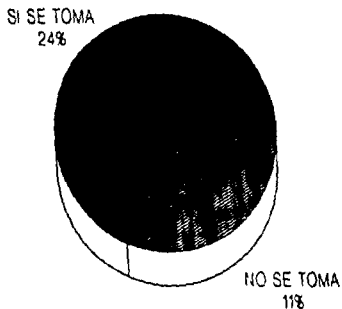


**FUENTE: EXPEDIENTES CLINICOS DE USUARIAS ACTIVAS DE
HORMONALES ORALES DE LA CLINICA GUSTAVO A. MADERO**

N-88

GRAFICA VII

**FRECUENCIA DE DETECCION DE PESO AL INICIO DE LA TOMA
DE HORMONALES ORALES EN USUARIAS ACTIVAS**



**FUENTE: EXPEDIENTES CLINICOS DE USUARIAS ACTIVAS DE
HORMONALES ORALES DE LA CLINICA GUSTAVO A. MADRERO
N-86**

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- PLANIFICACION FAMILIAR. Anticonceptivos Hormonales.
Año 1986. Vol. II No. 3. Secretaría de Salud.
- 2.- PLANIFICACION FAMILIAR. La promoción.
Año 1986. Vol. II No. 5. Secretaría de Salud.
- 3.- EDUARDO NUÑEZ. Ginecología y Obstetricia. Planifi
cación F. Editorial Méndez Oteo. México 1990.
- 4.- ORAL CONTRACEPTIVES, LIPOPROTEINS, AND ATHEROSCLERO
SIS. Am. J. Obstet Gynecol. 163 (2) 1388-1395. 1990.
- 5.- EFFECTS OF NEWER ORAL CONTRA-CONCEPTIVES ON THE INHIBI--
TION OF COAGULATION Y FIBRINOLYSIS.
- 6.- INFLUENCIA DE LOS ANTICONCEPTIVOS ORALES EN PRUEBAS DE
COAGULACION EN SANGRE Y PLASMA.
Revista Médica IMSS. 1(28) 433-441. 1990.
- 7.- STUDIES ON THE MECHANISM OF ACTION OF ORAL CONTRA-CONCEP
TIVES WITH REGARD TO FIBRINOLYTIC VARIABLES.
Am. J Obstet Gynecol. 163 (2) 404-411 1990.
- 8.- ASPECTOS PRACTICOS VISTOS DESDE UN PUNTO DE VISTA CLINI
CO DE LA VIDA FAMILIAR.
Am. J Obstet Gynecol. 163 (2) 308-313 1990.

- 9.- LA SALUD DE LA MUJER EN MEXICO.
Programa Nacional "Mujer, Salud y Desarrollo".
Sistema Nacional de Salud. México 1990.
- 10.- BOLETIN DE PLANIFICACION FAMILIAR.
Año III. (2) 1981. IMSS.
- 11.- INHIBICION DE LA OVULACION POR MEDIO DE CONTRACEPTIVOS
DE BAJA DOSIS.
Am. J. Obstet Gynecol 163. (2) 222-229. 1990.
- 12.- BASES DE LA ANTICONCEPCION HORMONAL I.
Revista Médica de México 28 (51) 1990.
- 13.- BASES DE LA ANTICONCEPCION HORMONAL II.
Revista Médica de México. 28 (65) 51-70 1990.
- 14.- NORMA TECNICA DE PLANIFICACION FAMILIAR EN LA ATENCION
PRIMARIA DE SALUD.
Diario Oficial 7 Julio 1986.
- 15.- PERSPECTIVAS EN METODOLOGIA ANTICONCEPTIVA.
Boletín de Planificación Familiar. 3 (6) Año 1981 IMSS.
- 16.- SEXUALIDAD RESPONSABLE
Clave 09-08-03 Laboratorios Wyeth.
- 17.- RALPH C. BENSON Diagnóstico y tratamiento Ginecoobsté--
tricos. Editorial El Manual Moderno 1982 (463).
- 18.- PAUTA PARA EL USO DE ANTICONCEPTIVOS ORALES
Atención Médica, agosto 1989 (42-44).