

00921
102



Autoriza a la Dirección General de Bibliotecas o la UNAM a difundir en formato electrónico o impreso el contenido de mi trabajo profesional.

NOMBRE Perez Alvarez

Juan Gabriel

FECHA: 26 de Marzo de 2003

FIRMA: [Signature]



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

TESIS GRUPAL

"MITOS Y REALIDADES SOBRE LA ACEPTACIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN LAS COMUNIDADES DE ADSCRIPCIÓN DE LAS UNIDADES MÓVILES "EL VALLE" Y "LOS AMATES" CD. LAZARO CARDENAS, MICHOACÁN"

Que para obtener el título de

LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

Presentan:

LÓPEZ OSORIO ELENA GUADALUPE

N° cta. 975599-3

PÉREZ ÁLVAREZ JUAN GABRIEL

N° cta. 9756080-1

DIRECTOR DE TRABAJO

Coordinador de
Servicio Social

[Signature]
LIC. EZEQUIEL CANELA NUÑEZ.



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.

INDICE

I.-INTRODUCCION.

II.-JUSTIFICACION.

III.-OBJETIVOS.

IV.-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

V.-METODOLOGIA.

1. MARCO TEORICO	1
1.1 ANTECEDENTES DEL PROGRAMA DE SALUD RURAL.....	1
1.2. PLANIFICACION FAMILIAR	3
1.3. APARATO REPRODUCTOR FEMENINO.....	4
1.4 APARATO REPRODUCTOR MASCULINO.....	15
1.5. METODOS ANTICONCEPTIVOS:.....	19
1.5.1 HORMONALES ORALES.....	19
1.6. ANTICONCEPTIVOS HORMONALES INYECTABLES.....	40
1.7. METODOS DE BARRERA.....	47
1.7.1DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU).....	47
1.7.2 PRESERVATIVOS	57
1.8. METODOS ANTICONCEPTIVOS PERMANENTES.	64
1.8.1 VASECTOMIA.	64
1.8.2 OCLUSION TUBARICA BILATERAL (OTB) O SALPINGOCLASIA.	67
2. ANÁLISIS	74
3. CONCLUSIONES	104
4. SUGERENCIAS.....	110
5. ANEXOS.....	113
6. GLOSARIO.....	117
7.-BIBLIOGRAFIA	

INDICE DE CUADROS

Número de cuadro	Título	página
Cuadro 1	Realidades sobre los hormonales orales, en las comunidades de las unidades móviles "El Valle" y "Los Amates"	78
Cuadro 2	Mitos sobre los hormonales orales, en las comunidades de las unidades móviles "El Valle" y "Los Amates"	80
Cuadro 3	Realidades sobre los hormonales inyectables, en las comunidades de las unidades móviles "El Valle" y "Los Amates"	83
Cuadro 4	Mitos sobre los hormonales inyectable, en las comunidades de las unidades móviles "El Valle" y "Los Amates"	85
Cuadro 5	Realidades sobre el preservativo, en las comunidades de las unidades móviles "El Valle" y "Los Amates"	87
Cuadro 6	Mitos sobre el preservativo, en las comunidades de las unidades móviles "El Valle" y "Los Amates"	89
Cuadro 7	Realidades sobre el dispositivo intrauterino, en las comunidades de las unidades móviles "El Valle" y "Los Amates"	92
Cuadro 8	Mitos sobre el dispositivo intrauterino, en las comunidades de las unidades móviles "El Valle" y "Los Amates"	94
Cuadro 9	Realidades sobre la vasectomía, en las comunidades de las unidades móviles "El Valle" y "Los Amates"	96
Cuadro 10	Mitos sobre la vasectomía, en las comunidades de las unidades móviles "El Valle" y "Los Amates"	98
Cuadro 11	Realidades sobre la oclusión tubarica bilateral, en las comunidades de las unidades móviles "El Valle" y "Los Amates"	101
Cuadro 12	Mitos sobre la oclusión tubarica bilateral, en las comunidades de las unidades móviles "El Valle" y "Los Amates"	103

INTRODUCCION

La siguiente investigación surge tras haber realizado el servicio social en el programa de salud rural de la jurisdicción no. 8 "Lázaro Cárdenas" Michoacán, dentro de las unidades móviles "El Valle" y "Los Amates" en donde se brindó atención de primer nivel, aplicando las 16 acciones del paquete básico de servicios de salud, entre ellas la referente a planificación familiar, debido a que repercute de manera importante en la salud en general del individuo, familia y comunidad, debido a que los problemas comúnmente presentes son:

- Embarazos no planeados en los extremos de la vida reproductiva de la mujer.
- Limitada aceptación de métodos de planificación familiar.
- Aumento considerable de infecciones en vías urinarias relacionado con la mala higiene y prácticas sexuales poco seguras.
- Mal estado nutricional de la población en general consecuencia del bajo nivel económico.

Todo esto influenciado por las características climáticas, y topográficas de la región, que repercute en la salud de la población adjuntamente las creencias religiosas que juegan un papel importante dentro de la dinámica comunitaria.

Por lo que en este trabajo se abordan los siguientes capítulos:

CAPITULO I. Métodos de planificación familiar temporales y definitivos.

CAPITULO II. Se realizó el análisis de los resultados obtenidos.

CAPITULO III. Se abordan las sugerencias de solución resaltando la importancia de la capacitación para los auxiliares de salud de manera continua, así como para el personal de salud.

En donde el pasante de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia desarrolla la función de detectar problemas que aquejan a la población en general en el primer nivel de atención dando origen a la realización de la investigación y de esta manera ampliar las habilidades académicas y profesionales así como desarrollar aptitudes y capacidades para enfrentar nuevos retos dentro de la disciplina.

Con ello fortaleciendo y enriqueciendo el quehacer de la profesión de enfermería.

II JUSTIFICACIÓN

El servicio social fue una de las actividades complementarias en la formación del pasante de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia, el propósito de enfrentar al egresado con la problemática de salud de la sociedad, siendo esta posible a través de los convenios que la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia que realiza con diferentes instituciones de salud entre ellos el Programa de Salud Rural en la jurisdicción núm. 8 "Lázaro Cárdenas" Michoacán.

Dando origen al interés de los pasantes a los diversos problemas de salud encontrados en sus comunidades entre ellos el que corresponde a la salud reproductiva, por lo que se realizó esta investigación para detectar los problemas de salud reproductiva dentro de las comunidades y al mismo tiempo que el pasante contará con un documento que le permita la titulación.

Dentro de los problemas más comunes se encontró que había una limitada aceptación de los métodos anticonceptivos, embarazos no deseados en los extremos de la vida reproductiva de la mujer, aumento de enfermedades en vías urinarias relacionadas con la mala higiene y prácticas sexuales poco seguras así como el mal estado nutricional en las diferentes etapas de la vida en general.

Traduciéndose en aumento significativo de la morbilidad materna relacionados con la planificación familiar debido a que se observó limitantes relacionado con el nivel educativo, las costumbres de la población el inicio de la vida reproductiva a temprana edad, al existir inmadurez física y emocional del individuo para tomar decisiones sobre una sexualidad reproductiva responsable así como de las creencias religiosas que determinaban de manera significativamente la aceptación de los métodos anticonceptivos.

Por lo que esta investigación pretende sentar las bases para implementar nuevas estrategias de solución o en su defecto mejorar las ya existentes para brindar una mejor calidad de atención a la población, y al mismo tiempo enriquecer el que hacer de la profesión de enfermería.

III OBJETIVOS

GENERAL:

- Identificar los diferentes mitos y realidades que intervienen en la aceptación de métodos anticonceptivos de las localidades bajo la responsabilidad de las unidades móviles "El Valle" y "Los Amates", de la jurisdicción no. 8 de Ciudad, Puerto Lázaro Cárdenas, Michoacán.

ESPECIFICO:

- Conocer los mitos y las realidades que influyen para que la población acepte los métodos anticonceptivos, en las localidades de adscripción de las unidades móviles "El Valle" y "Los Amates".
- Identificar los métodos que tienen menos aceptación por la población que esta bajo la responsabilidad de las unidades móviles "El Valle" y "Los Amates".
- Plantear alternativas de solución en base a la problemática encontrada.

IV PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El problema del presente informe se propuso de la siguiente manera:

¿Cuáles son los mitos y realidades que determinan la aceptación de métodos anticonceptivos en las comunidades de adscripción de las unidades móviles "El Valle" y "Los Amates" que se ubican en la jurisdicción no. 8 de Ciudad Puerto Lázaro Cárdenas, Michoacán?

Las respuestas obtenidas a tal interrogante sirvieron para esclarecer la problemática y a su vez se proponen estrategias de solución.

V. METODOLOGIA

La presente investigación se realizó en las comunidades de responsabilidad de las unidades móviles "El Valle" y "Los Amates" de la jurisdicción sanitaria núm. 8 Lázaro Cárdenas Michoacán:

Las comunidades que integran las unidades móviles:

"El Valle": La Concepción, Plan de Armas, Los Pozos, Chiquihuitillo, El Muleto, Las Hembrillas, El Valle Los Potreros de Ahuindos El Zorrillo El Zapote de Toscano.

"Los Amates": San Juan Bosco, Las Lagunas, Las Mesas, Las Trojas, El Guayabo, Buena Vista, Los Amates, Lomas de las Cenizas y El Tahuazal.

El tipo de estudio que se realizó fue de tipo sociomédico y por el tipo de datos que se manejó de tipo retrospectivo, ya que se estuvo partiendo de los antecedentes de cada usuaria, a través de la utilización de los calendarios de planificación familiar de cada una de ellas.

Por el número de mediciones que se realizaron fue de tipo transversal.

- **Criterios para la selección de la muestra de estudio:** Fueron seleccionados aleatoriamente ya que de acuerdo al tipo de usuarias de planificación familiar se utilizaron criterios de inclusión y exclusión:
- **Inclusión:** Se incluyeron para el estudio a todas las usuarias de planificación familiar que tenían calendario de planificación familiar con la auxiliar de salud.
- **Exclusión:** Se excluyeron del estudio a todas aquellas usuarias que se controlaban por su cuenta o que no usaban un método de planificación familiar.
- **El universo de muestra:** Se tomó en cuenta 120 usuarias de planificación familiar de auxiliares de salud que hubieran asistido puntualmente a sus citas.
- **Tamaño de la Muestra:** Se tomó para el estudio un total de 100 usuarias del total de la población usuaria.

Variables:

Para esta investigación se consideraron las siguientes variables:

Variables independientes.

- **Sexo:** condición orgánica que distingue a la mujer del hombre.
- **Edad:** Es el tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la muerte duración de la vida que se puede dividir en etapas, infancia, juventud, madurez, vejez.
- **Religión:** conjunto de creencias o dogmas acerca de la divinidad, la cuál es una obligación de conciencia y cumplimiento de deber.
- **Método utilizado de Planificación Familiar:**
 1. Temporales.
 2. Definitivos.
- **Tiempo de utilización:** duración determinada por la sucesión de los acontecimientos, particularmente de los días con sus noches.

Variables dependientes.

- **Mitos:** Cosa que no tiene realidad concreta.
- **Realidades:** Existencia efectiva, de una cosa del mundo físico o de un hecho.

Para la integración del marco teórico consultado, se utilizaron revistas, libros, manuales, páginas web's, normas oficiales, plan de desarrollo 2000, dichos documentos fueron analizados para formar el marco teórico referencial acerca de la aceptación de métodos anticonceptivos, para ello se utilizaron fichas de trabajo y bibliograficas.

La captación de los datos referente a las variables de estudio y la captación de información referente al marco teórico referencial se realizó mediante un instrumento de trabajo cuestionario que consta de 6 preguntas (ver anexo pp. 113-115). Que fueron aplicados a las usuarias de planificación familiar que estaban en control en los calendarios de la auxiliar de salud.

El procesamiento de los datos se realizó mediante tarjetas simples, tarjeta de concentración de datos, y por último en la tarjeta matriz, los cuales sirvieron para procesar la información que se obtuvo del instrumento de trabajo (cuestionario).

La presentación de los datos se realizó mediante cuadros, en donde se exponen los datos de manera cuantitativa.

Posteriormente se realizó el análisis de los datos obtenidos en cuadros tomando como referencia el marco teórico, las experiencias de los investigadores, confrontando los datos obtenidos en los cuestionarios.

1. MARCO TEORICO

1.1 ANTECEDENTES DEL PROGRAMA DE SALUD RURAL

El programa de Salud Rural se remonta a los acuerdos tomados en la Ciudad de Alma-Hata por la Organización Mundial de la Salud - Organización Panamericana de la Salud donde se determina la meta para el nuevo milenio (Salud para todos en el año 2000), Dando las bases para desarrollar e implementar el Plan de Desarrollo Nacional.

Posteriormente en el año de 1979 se crea el programa de Salud Rural, teniendo como objetivo principal brindar atención de primer nivel a las poblaciones más alejadas y marginadas de nuestro país.

En el año de 1985 se evalúan los resultados del programa, se observan resultados satisfactorios y muy exitosos, se requiere extender el programa dando como resultado el Programa de Extensión de Cobertura (PEC).

El supervisor de auxiliares de salud enfermero(a), se encarga de capacitar a la ejecutante en la comunidad, (auxiliar de salud) esta última se encarga de proporcionar las siguientes asistencias dentro de los programas de planificación familiar, atención a mujeres embarazadas, parto y puerperio, así como la atención al menor de cinco años sano (control del estado nutricional) y enfermo (prevención de infecciones respiratorias agudas y severas y enfermedades diarreicas agudas y severas).

Para el año de 1990 se realiza una segunda evaluación del programa de extensión de cobertura, por parte de la Secretaría de Salud detectando la necesidad de capacitación de las auxiliares de salud por lo que se realiza la invitación, a la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, logrando la colaboración con la Dirección General de Salud Rural, originando lo que actualmente se conoce como Programa Específico de Colaboración; en el cuál el pasante del servicio social de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia desempeña el papel principal como capacitador continuo de los auxiliares de salud en 1995-2000 se le hacen modificaciones al Plan Nacional de Desarrollo, anexándosele dos programas:

- a) Programa de Educación, Salud y Alimentación (PROGRESA).
- b) Paquete Básico de Servicios de Salud (PBSS).

Pero no es hasta el año de 1998, que se implementa en el Estado de Michoacán, integrando estos dos programas y de esta forma viendo la

necesidad de realizar un nuevo programa de salud rural que se encuentra a cargo de unidades móviles que prestan servicios de salud de primer nivel a las poblaciones más desprotegidas por los Servicios de Salud y que son de difícil acceso.

Se define como unidad móvil porque cuenta con un vehículo que sirve para trasladar a los prestadores de servicios de salud para proporcionar las acciones del paquete básico de servicios de salud a las comunidades rurales de difícil acceso.

El equipo de trabajo esta formado de la siguiente manera:

- Medico pasante del servicio social.
- Pasante de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia.
- Técnico polivalente.
- Auxiliar de salud.

Cada módulo o unidad de salud rural tiene a su cargo diez localidades las cuales fueron visitadas dos veces por mes.

1.2. PLANIFICACION FAMILIAR

La **Organización Panamericana de la Salud** define a la planificación familiar como "un proceso tendiente a armonizar la reproducción humana en el nivel familiar de acuerdo a las necesidades de salud y bienestar de la familia".¹

También se define como una "expresión que designa aquellos medios con los que los cónyuges determinan voluntariamente el número de hijos y los intervalos entre un nacimiento y otro por la prevención o el aplazamiento de la concepción".²

Se define **desde el punto de vista político** a la planificación familiar como "el conjunto coherente de decisiones, adoptadas por el sector público, con el objeto de influir sobre la magnitud probable de la población, su composición por edades, su distribución rural o urbana, acorde con las necesidades de la comunidad tendientes a acelerar los objetivos de desarrollo integral del país".³

En el **marco constitucional** se define a la planificación familiar como "el respeto a la libertad de la pareja de elegir el número y espaciamiento de los hijos, siendo el reto prioritario que persiste en el ámbito demográfico es propiciar la disminución de la fecundidad en las regiones y los estratos de población de mayor rezago socioeconómico, donde la tasa de crecimiento demográfico es demasiado alto".⁴

Definición de anticoncepción:

Proceso o técnica utilizada para evitar el embarazo por métodos farmacológicos, instrumentales que alteran o bloquean uno o más de los procesos reproductivos de manera que la unión sexual no tenga como consecuencia la fecundación.⁵

Definición de método anticonceptivo:

Es cualquier acción, instrumento o medicamento dirigido a evitar la concepción o el embarazo viable.

¹ Gori. M. Roberto Ginecología. Pág.483.

² Manisoff T, Miriam. Guía para enfermeras. Planificación Familiar. Pág. 10.

³ Gori. M Roberto Ibid. Pág.483.

⁴ Poder Ejecutivo, Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000. Pág. 80.

⁵ Gisbert Carlos Diccionario de medicina. Editorial Océano-Mosby España Pág. 84-85.

1.3. APARATO REPRODUCTOR FEMENINO.

Ovario.

"Es un órgano intrapélvico que desempeña dos funciones importantes producción de gameto femenino y la secreción de hormonas esteroideas"⁶.

Tiene una forma ovoide (almendra) sus dimensiones varían a lo largo de la vida de la mujer. Tiene un color gris blanquecino, superficie lisa antes de iniciar la pubertad. Están situados detrás del útero unidos a él por el ligamento uteroovárico, y detrás del ligamento ancho, al que se unen por su meso.

Útero.

Es un órgano intrapélvico, situado en el centro de la estructura pélvica, entre la vejiga y el recto, cuya función más importante es la de albergar el huevo fecundado durante la gestación.

Siendo una cavidad hueca, con una longitud de 6 a 9 cm., ancho 3 a 4 cm., varía según la edad y la paridad de la mujer, profundidad y espesor entre 2 y 3 cm, el peso varía entre 70 y 100 gramos y ocupa el centro de la pelvis.

Componiéndose de dos porciones anatomofisiológicas diferentes el cuerpo, separado por el istmo y el cuello.

Trompas.

"Ponen en comunicación la cavidad uterina, con la cavidad abdominal e indirectamente con el ovario. Histológicamente tiene una forma más o menos cilíndrica con un diámetro externo de 1 - 1.5 cm, y una cavidad en su centro que varía entre 1- 4 milímetros".⁷

Se diferencian tres zonas.

1.-Porción intramural o intersticial.

Tiene una longitud aproximada de 1cm, y un diámetro interno de 1-1.5 mm. Está situada entre los cuerpos del miometrio uterino.

⁶ González J Merlo Ginecología. Pág. 1.

⁷ González Ibid Pág. 10

2.-Porción ístmica.

Es una longitud de 2-4 centímetros y 2-4 milímetros de diámetro interno.

3.-Porción ampular.

Es la zona más gruesa de la trompa termina formando una serie de lengüeta, franjas o fimbrias, que se han comparado a la corona de una flor. Esta zona se denomina pabellón y pone en relación la trompa con el ovario.

La trompa está constituida por 3 capas.

1. Externa o peritoneo: proporciona una envoltura casi total, en su porción inferior se prolonga hacia abajo, poniéndose casi en contacto una hoja con otra y constituye el meso de la trompa y posteriormente el ligamento ancho.
2. La capa media o muscular: está formada por fibras musculares lisas que se disponen a su vez en dos capas:
 - a. La interna cuyos haces se orientan circularmente.
 - b. La externa con fibras musculares dispuestas longitudinalmente.
3. La capa interna o mucosa: que recubre toda la superficie interna de la trompa, presenta una serie de pliegues o salientes llamadas franjas, que aumentan la complejidad desde el extremo uterino hasta la porción ampular.
4. La mucosa tubárica: está constituida por una sola hilera de células cilíndricas que recubren los pliegues y las porciones situadas entre ellos.

Cuerpo uterino.

Representa dos terceras partes del volumen total del útero ocupa la porción superior del útero, formación principalmente muscular, en su centro posee una cavidad aplanada anteroposterior y de perfil burdamente triangular, comunicándose en sus extremos superiores con las trompas de Falopio y en el extremo inferior a través del istmo con el cuello uterino.

Se encuentra formada por tres capas bien diferenciadas.

- Peritoneo uterino: recubre la cara anterior y posterior en toda su extensión adhiriéndose fuertemente a el.
- Miometrio: Es la capa más voluminosa con un espesor de 1 a 2 cm constituido por fibras musculares lisas.

- **Endometrio:** Es la capa mucosa que recubre el cuerpo uterino, responde con cambios morfológicos importantes a los estímulos hormonales del ovario y se descama periódicamente cada 28 días aunque se regenera rápidamente la zona necrosada.

Cuello uterino.

“Tiene forma cilíndrica, y tiene una longitud de 2.5 a 3 cm, su extremo superior continua, indiferenciadamente con el istmo, su extremidad inferior cónica termina siendo protrución en la porción superior de la vagina denominado portro u hocico de tenca.”

El cuello al igual que el cuerpo del útero esta túnelizado en su centro (cavidad cervical), de forma cilíndrica o de huso (cavidad corporal de la vagina), el extremo superior de la cavidad superior o zona de unión con el istmo se denomina orificio cervical interno y el extremo inferior se denomina orificio cervical externo.

Según la paridad de la mujer cambia su morfología de la siguiente forma, en mujeres nulipara mantiene una forma puntiforme, mientras que en las multiparas tendrá una hendidura transversal, quedando el cuello dividido en dos porciones segmento supravaginal y segmento intravaginal u hocico de tenca.

Istmo.

Se sitúa entre el cuello y el cuerpo una pequeña zona mal delimitada ya que forma un ángulo encontrándose en anteflexión.

Histología del cuello.

“Esta constituida por tejido conjuntivo fibroso, contiene fibras musculares lisas en proporción muy inferior al cuerpo uterino, éstos haces musculares se localizan sobre todo en la zona más periférica del cuello.

El cuello uterino esta revestido en su superficie por dos tipos de epitelios distintos cuya constitución debe ser bien conocida ya que plantea problemas importantes en la práctica ginecológica. La zona del cuello uterino que se pone en contacto con la vagina, se denomina ectocérvix, esta revestida de un epitelio escamoso estratificado, mientras que la cavidad endocervical o endocérvix está revestida de un epitelio cilíndrico con glándulas.”⁸

Ectocérvix

El epitelio escamoso, que reviste el ectocérvix, es semejante al de la vagina y desempeña una doble, función: protectora y secreción del glucógeno, histológicamente se acepta la existencia de cinco capas o zonas.

⁸ González Ibid. Pág. 5,7.

Zona 1.- Es la capa más profunda y está constituida por hileras de células cilíndricas, que contienen núcleos grandes, los cuales se tiñen intensamente. Se le denomina **zona basal interna**, estrato cilíndrico o capa germinal.

Zona 2.- Está constituida por varias hileras de células ovales o poliédricas con núcleos voluminosos. Se aprecia la existencia de puentes intercelulares cilíndricos, que contienen núcleos grandes, los cuales se tiñen intensamente. Se le denomina **zona basal interna**, estrato cilíndrico o capa germinal.

Zona 3.- Esta capa está constituida por células grandes poligonales, que contienen abundante citoplasma rico en glucógeno y núcleos redondos u ovales. El abundante citoplasma confiere a esta zona un aspecto claro. Se denomina **capa intermedia**, capa navicular, estrato espinoso superficial y zona clara.

Zona 4.- Está constituida por 2 o 3 hileras de células aplanadas, cuyo citoplasma contiene gránulos de queratohialina. **Zona de cornificación** o estrato granuloso frecuentes esta capa es imperceptibles.

Zona 5.- Está constituida por células aplanadas, que orientan su eje mayor en sentido paralelo a la superficie y que están provistas de núcleo pequeño o picnóticos. **Estrato córneo** y su espesor varía extraordinariamente de unos casos a otros, fundamentalmente en función de la edad de la mujer.

Endocérvix.

La mucosa que reviste la cavidad endocervical, está compuesta por una sola hilera de células cilíndricas altas. Estas células contienen abundantes citoplasmas, que se tiñen intensamente por los colorantes específicos de la mucina. Su núcleo son de forma regular pequeños y ovales, y se sitúan en el polo basal de las células, algunas de estas células contienen cilios.

En la superficie de la cavidad endocervical terminan unas formaciones que clásicamente se han considerado como glándulas tubulares escamosas compuestas, están revestidas de un epitelio que tiene la misma característica que el epitelio de superficie, anteriormente descrito.

Vagina.

“Es un conducto que pone en comunicación la cavidad uterina con la vulva, tiene una longitud que oscila entre 8 y 12 cms. Se dirige de arriba abajo y de atrás adelante formando un ángulo de 70° aproximadamente con la horizontal del eje sagital.”⁹

⁹ González. Ibid Pág. 12

Se distinguen dos caras, anterior y posterior; dos caras laterales o bordes, y dos extremidades, superior e inferior. En corte transverso, se demuestra que la vagina es un conducto aplanado de delante hacia atrás.

La dirección oblicua de la vagina condiciona que la cara posterior tenga una longitud mayor que la anterior. En ambas caras y en su línea media se aprecian unos engrosamientos longitudinales, que se denominan columnas de la vagina.

Existe igualmente una serie de salientes o pliegues de dirección transversal u oblicua, la extremidad superior de la vagina se inserta en el cérvix uterino y tiene un diámetro mayor que su resto. Al insertarse en torno al cuello uterino a 2 o 3 cms, del orificio cervical externo, forma los llamados fondos de sacos vaginales: anterior, posterior, derecho e izquierdo, la extremidad inferior termina en la vulva.

La vagina está constituida por tres capas:

Capa externa:

Formada por fascia vaginal, a través de la cuál la vagina se relaciona por delante con la uretra y la porción inferior de la vejiga urinaria, y por detrás con el recto y el peritoneo, que recubre la porción más inferior de la cavidad pelviana. La vagina en su porción más superior y posterior está separada de la cavidad pelviana solamente, por un delgado tabique de 2 o 3 mm. de espesor, constituida por la vagina y el peritoneo pelviano y entre ambos una delgada capa de tejido conectivo.

Capa Media:

Está constituida por fibras musculares lisas, que se disponen, a su vez, en dos capas: una interna, con haces en dirección circular, y otra externa, que orienta sus haces musculares longitudinalmente.

La capa interna o mucosa:

Está constituida por un epitelio plano estratificado que muestra una estructura semejante la del cuello uterino, y como él carece de glándulas.

Genitales externos o vulva.

Monte de Venus.

Tiene una forma triangular con base superior, que se relaciona con el hipogastrio y con un vértice, que termino en los labios mayores. Esta por tanto, situado sobre la sínfisis del pubis y constituido por la piel, provista de vello a partir de la pubertad y con glándulas sebáceas y sudoríparas. Por debajo de la piel existe abundante tejido graso.

Labios mayores.

Formados por dos salientes o pliegues cutáneos que rodean la terminación inferior de la vagina, por delante se continúan con el Monte de Venus por atrás se fusionan entre sí.

Labios menores o ninfas.

Constituyen dos pliegues cutáneos, que están situados por dentro de los labios mayores. Por delante se originan por debajo de los labios mayores y forman un desdoblamiento que engloba al clitoris. Por detrás después de haber rodeado la desembocadura de la vagina, se fusionan entre sí y constituyen la orquilla perineal.

Clitoris.

Es un órgano eréctil, muy vascular y con abundantes terminaciones nerviosas, inserto en la extremidad interna por sus pilares a ambos lados del área del pubis, en su posición libre y externa o glande está situado por debajo de los labios mayores entre los repliegues que dan origen a las ninfas.

Vestíbulo.

Es una zona comprendida entre los labios menores, sus límites están constituidos por la línea de inserción de la cara interna de los labios menores o surco de Balantyne. En la parte anterior del vestibulo hallamos el meato urinario o porción terminal de la uretra, y por detrás de él la terminación inferior de la vagina.

Glándulas vestibulares mayores.

También llamadas glándulas de Bartholin, que se abren mediante conductos en un surco existente entre el himen y los labios menores; producen algo de moco durante la excitación sexual y el coito, el cual se añade al moco cervical y brinda lubricación. Son homólogas de las glándulas de Cowper del aparato masculino.¹⁰

Himen.

Es una membrana cutáneo mucosa que cierra parcialmente la extremidad inferior de la vagina.

¹⁰ González Ibíd. Pág. 15.

CICLO MENSTRUAL

Cada ciclo menstrual dura entre 24 y 35 días y comprende la oogénesis y la preparación del útero para recibir al óvulo fecundado. Las hormonas que secretan el hipotálamo, adenohipófisis y ovarios regulan sus principales fenómenos. El **ciclo ovárico** comprende una serie de sucesos en los ovarios que ocurren durante la maduración de un oocito y después de ella. El **ciclo uterino o menstrual**, que ocurre de manera simultánea, prepara al útero mediante cambios del endometrio para la llegada del óvulo fecundado, que se desarrolla en el útero hasta el nacimiento. El estrato funcional se desprende si no ocurre la fecundación. El término general **ciclo reproductor de la mujer** comprende los ciclos ovárico y uterino, los cambios hormonales que los regulan y los cambios cíclicos afines en las glándulas mamarias y cuello del útero.

REGULACIÓN HORMONAL DEL CICLO REPRODUCTOR.

“..La hormona liberadora de gonadotropinas (HLG) hipotalámica regula los ciclos ovárico y uterino. La hormona liberadora de gonadotropina (HLG) envía impulsos a la adenohipófisis para que libere la hormona del folículo estimulante (HFE) y de la hormona luteinizante (HL). A su vez, la hormona del folículo estimulante (HFE) induce el crecimiento folicular y la secreción de estrógenos en los folículos en crecimiento. Por su parte, la hormona luteinizante (HL) estimula el desarrollo adicional de los folículos ováricos y su secreción máxima de estrógenos, progesterona, relaxina e inhibina.

Los **estrógenos** que secretan las células foliculares desempeñan varias funciones:

- promueve el desarrollo y conservación de los órganos reproductores femenino, características sexuales secundarias (distribución de tejido adiposo en senos, abdomen, monte de Venus y caderas, tonalidad de voz, distribución de vello y glándulas mamarias.
- Aumentan el anabolismo de proteínas, en lo cual presentan sinergia con la hormona de crecimiento.
- Disminuyen la colesterolemia, las concentraciones moderadas de estrógenos en la sangre inhiben la liberación hipotalámica de liberadora de gonadotropina (HLG) y la secreción adenohipofisaria de las hormonas luteinizante y foliculoestimulante.

La **progesterona**, que secretan principalmente las células del cuerpo lúteo, actúa en sinergia con los estrógenos a fin de preparar el endometrio para la implantación del óvulo fecundado, y a las glándulas mamarias para la secreción de leche. Sus concentraciones altas también inhiben la secreción de las hormonas liberadores de gonadotropina y luteinizante.

La **inhibina** es una hormona que secretan las células de la **granulosa** de los folículos en crecimiento y el cuerpo lúteo del ovario. Como indica su nombre, impide la secreción de hormona del folículo estimulante (HFE) y limita la de la hormona luteinizante (HL).

FASES DEL CICLO REPRODUCTOR.

Se divide en cuatro fases **menstrual**, **preovulatoria**, **ovulación** y **postovulatoria**.

FASE MENSTRUAL O MENSTRUACION.

Abarca aproximadamente los primeros cinco días de cada ciclo.

FASE OVARICA.

Durante la fase menstrual, se inicia el crecimiento de unos 20 folículos secundarios en cada ovario. El líquido folicular, que secretan las células de la granulosa y sale de los capilares sanguíneos, se acumulan en crecimiento, mientras el oocito permanece cerca del borde del folículo.

FASE UTERINA.

El flujo menstrual que sale del útero contiene 50 a 150 ml, de sangre tisular, moco y células epiteliales del endometrio. Ocurre por la disminución principalmente de la progesterona, estimula la liberación de prostaglandinas que causan la constricción de las arteriolas espirales el útero. Y el flujo menstrual sale de la cavidad uterina por el cuello y pasa por la vagina al exterior.

Fase preovulatoria.

La **fase preovulatoria** es la segunda del ciclo reproductor femenino y el período que media entre la menstruación y la ovulación. Su duración es más variable que la de otras fases y explica en gran parte que los ciclos duren menos o más de 28 días. Se extiende del día 6 al 13 del ciclo.

Fenómenos ováricos. Por efecto de la hormona del folículo estimulante (HFE), el grupo de unos 20 folículos secundarios continúa su crecimiento y empieza a secretar estrógenos e inhibina. Hacia el sexto día, un folículo de un ovario ha crecido más que los otros y se convierte en el dominante. Los estrógenos y la inhibina que secreta dicho folículo disminuyen la secreción de la hormona del folículo estimulante (HFE), lo cual hace que los folículos menos desarrollados dejen de crecer y ocurra su atresia.

El dominante se convierte en el **foliculo de De Graaf**, cuyo crecimiento continúa hasta que tiene más de 20mm de diámetro y está listo para la ovulación. Éste forma una protuberancia a manera de ampolla en la superficie del ovario. Los gemelos fraternos (no idénticos) son resultado de que dos folículos secundarios se vuelvan dominantes por lo que ambos óvulos son fecundados. Durante la fase final de la maduración, continúa el aumento de la producción de estrógenos del foliculo dominante, con la influencia de los valores crecientes de hormona luteinizante. Aunque los estrógenos son las hormonas ováricas principales en la fase preovulatoria, el foliculo maduro sintetiza pequeñas cantidades de progesterona uno o dos días antes de la ovulación.

En referencia al ciclo ovárico, las fases, menstrual y preovulatoria se denominan en conjunto **fase folicular**, ya que en ellas crecen y se desarrollan los folículos ováricos.

Fenómenos uterinos. Los estrógenos que liberan en la sangre los folículos ováricos en crecimiento estimulan la reparación del endometrio, de tal suerte que las células del estrato basal entran en mitosis y producen un nuevo estrato funcional. Al engrosarse el endometrio, se desarrollan las glándulas endometriales, cortas y rectas, mientras que las arteriolas se enrollan y alargan a medida que penetran el estrato funcional.

El grosor del endometrio casi se duplica, hasta 4 a 10 mm. La fase preovulatoria también recibe el nombre de **proliferativa** en referencia al ciclo uterino, y que en ella se multiplica el endometrio.

Ovulación.

La **ovulación o rotura del foliculo de De Graaf** y liberación del oocito secundario en la cavidad pélvica por lo general ocurre en el decimocuarto día del ciclo. Durante ella, el oocito secundario permanece rodeado por la zona pelúcida y corona radiante. La transformación del foliculo secundario en uno maduro (de De Graaf) suele tardar unos 20 días (seis del ciclo previo y 14 del actual). Durante ese lapso, el oocito primario completa la meiosis I, con lo que se convierte en secundario, e inicia la meiosis II y luego la interrumpe en la metafase.

Las concentraciones altas de estrógenos hacia el final de la fase preovulatoria ejercen un efecto de retroalimentación positiva en la hormona luteinizante (HL) y hormona liberadora de gonadotropinas (HLG), y causan la ovulación de la manera siguiente:

1. Cuando las concentraciones de estrógenos son suficientemente altas, estimulan, al hipotálamo para que libere más hormona liberadora de gonadotropinas (HLG), y a la adenohipófisis a fin de que produzca mayores cantidades de hormona luteinizante (HL).

2. La hormona liberadora de gonadotropinas (HLG) promueve la secreción de hormona del folículo estimulante (HFE) y más hormona luteinizante (HL) por la adenohipófisis.
3. El aumento de la hormona luteinizante (HL) origina la rotura del folículo dominante y la expulsión del oocito secundario. Éste y las células de su corona radiante usualmente se desplazan hacia la trompa de Falopio, si bien algunos oocitos se pierden en la cavidad pélvica y se desintegran.

Después de la ovulación, el folículo de De Graaf se colapsa, y una vez que se coagula la sangre resultante de la hemorragia leve durante la rotura del folículo, éste se transforma en el **cuerpo hemorrágico**. Las células foliculares residuales absorben el coágulo, crecen y forman el cuerpo lúteo por efecto de la Hormona Luteinizante. Estimulado por ésta, dicho cuerpo secreta progesterona, estrógenos, relaxina e inhibina.

Fase postovulatoria.

La fase postovulatoria es la de duración más constante del ciclo reproductor femenino: 14 días, del decimoquinto al vigésimo octavo en un ciclo normal. Constituye el periodo que media entre la ovulación y el comienzo de la menstruación siguiente.

Fenómenos en un ovario. Después de la ovulación, la Hormona Luteinizante estimula los residuos de un folículo de De Graaf para que se transforme en el cuerpo lúteo, que secreta cantidades crecientes de progesterona y algo de estrógenos. En relación con el ciclo ovárico, esta fase también se denomina **lútea**. Los fenómenos subsiguientes en el ovario donde ocurrió la ovulación de un oocito dependen de que este último sea fecundado o no. En caso de no serlo, el cuerpo lúteo tiene duración de apenas dos semanas, tras las cuales disminuye su actividad secretora y degenera en el llamado corpus albicans. Al disminuir los valores de progesterona, estrógenos e inhibina, se incrementa la liberación de hormona liberadora de gonadotropinas (HLG), hormona del folículo estimulante (HFE) y hormona luteinizante (HL) en virtud de la supresión de las hormonas ováricas por retroalimentación negativa. Luego se reanuda el crecimiento folicular y se inicia un nuevo ciclo ovárico.

En caso de ser fecundado el oocito secundario y que se inicie su división, el cuerpo lúteo persiste más allá de su vida normal de dos semanas. Lo "rescata" de la degeneración la **gonadotropina coriónica humana** (GCh), hormona que produce el corion embrionario incluso 8 a 12 días después de la fecundación y actúa como la hormona luteinizante (HL) en cuanto a estimular la actividad secretora del cuerpo lúteo. Las concentraciones de gonadotropina coriónica humana (GCh) en la sangre u orina maternas es un indicador de embarazo.

Fenómenos en el útero. La progesterona y los estrógenos que produce el cuerpo lúteo promueven el crecimiento y enrollamiento de las glándulas endometriales (que empiezan a secretar glucógeno), vascularización del endometrio superficial, engrosamiento del endometrio hasta 12 a 18 mm y aumento del volumen de líquido tisular. Estos cambios preparatorios alcanzan su máximo casi una semana después de la ovulación, lo cual corresponde al momento en que podría llegar el óvulo fecundado. En relación con el ciclo uterino, Esta etapa recibe el nombre de fase secretora a causa de la actividad de secreción de las glándulas endometriales. En caso de no sobrevenir la fecundación, disminuyen los valores de progesterona a causa de la degeneración del cuerpo lúteo, ello seguido de la menstruación.¹¹

¹¹ Tortora Grabowski, Principios de anatomía y fisiología. Novena edición Pp. 1011-1015.

1.4 APARATO REPRODUCTOR MASCULINO.

Los testículos o gónadas masculinas son los órganos del aparato reproductor masculino que producen espermatozoides y hormona. También se consideran como órganos reproductores complementados con glándulas sexuales accesorias que adicionan secreciones que forman parte del semen y varias estructuras de soporte, incluyendo al pene.

Escroto.

"Es una prolongación cutánea del abdomen con forma de bolsa, formada por piel laxa y fascia superficial. Es la estructura de soporte para los testículos, ya que en su porción externa parece una simple bolsa de piel separada en partes laterales por medio de un reborde que se denomina rafe. Y en su porción interna, se divide en dos sacos por medio de un tabique, que está formado de una fascia superficial y de tejido subcutáneo del escroto y se continúa en forma directa con el tejido subcutáneo de la pared abdominal. El dartos provoca el arrugamiento de la piel del escroto."¹²

La localización del escroto y la contracción de sus fibras musculares regulan la temperatura de los testículos. La producción y supervivencia de los espermatozoides requiere una temperatura menor a la temperatura corporal normal tres grados centígrados por debajo.

El músculo cremáster, es una pequeña banda de músculo estriado, eleva los testículos durante la erección y durante la exposición al frío, acercándolos a la cavidad pélvica, donde pueden absorber calor corporal, el dartos también está controlado en forma refleja para asegurar que la temperatura del testículo. Ésta, 2 a 3 grados centígrados menor que la temperatura corporal central, es necesaria para la producción normal de espermatozoides y se logra en el escroto porque está fuera de la cavidad pélvica.

Testículo.

"Son glándulas ovales pares que miden cerca de cinco centímetros de longitud y 2.5 centímetros de diámetro, cada testículo pesa entre 10 y 15 gramos, se desarrollan en la parte alta de la pared abdominal posterior del abdomen y por lo general comienzan su descenso hacia el escroto a través del canal inguinal durante la segunda mitad del séptimo mes del desarrollo fetal."¹³

¹² Tortora, J Gerard Pág. 1109.

¹³ Ibid. Pág. 1110.

Los testículos están cubiertos por una membrana serosa que se conoce como túnica vaginal, una prolongación del peritoneo en forma de saco que se forma durante el descenso de los testículos y la parte interna de la túnica vaginal se encuentra una capa blanca de tejido fibroso denso que se conoce como túnica albugínea y que se extiende hacia adentro dividiendo cada testículo en una serie de compartimientos internos que se denominan lóbulos.

Cada uno de los 200 a 300 lóbulos contiene de uno a tres conductos enrollados, que producen espermatozoides por medio de la espermatogénesis y que se llaman túbulos seminíferos.

Conductos deferentes.

Dentro de la cola del epidídimo, los conductos se hacen más rectos, su diámetro aumenta y en ese momento se conocen como conductos deferentes o seminales, desde el punto de vista funcional, los conductos deferentes almacenan espermatozoides y los conducen desde el epidídimo hasta la uretra mediante contracciones peristálticas de la cubierta muscular durante la eyaculación.

La arteria testicular, los nervios del sistema nervioso autónomo, las venas que drenan el testículo, los vasos linfáticos y el músculo cremáster, ascienden hacia el escroto junto con los conductos deferentes. Estas estructuras forman el cordón espermático, una estructura de soporte del aparato reproductor masculino.

En el hombre el cordón espermático y el nervio ilioinguinal pasan a través del conducto inguinal. El conducto es un paso oblicuo en la pared abdominal anterior que se localiza exactamente en la parte superior y en paralelo a la mitad interna del ligamento inguinal.

Se origina en el anillo inguinal profundo (abdominal), un orificio en la aponeurosis del músculo transverso abdominal. El canal termina en el anillo inguinal superficial (subcutáneo).

Conductos eyaculadores.

"En la parte posterior de la vejiga urinaria se encuentran los conductos eyaculadores, cada conducto mide aproximadamente dos centímetros de longitud y está formado por la unión del conducto que proviene de las vesículas seminales y los conductos deferentes. Los conductos eyaculadores expulsan a los espermatozoides hacia la uretra prostática unos segundos ante de la eyaculación."

Uretra.

"Es el conducto terminal del aparato reproductor masculino y sirve como vía de paso para los espermatozoides o la orina, pasa a través de la próstata. Se continúa hacia la parte inferior y atraviesa el diafragma urogenital, una porción

muscular entre las dos ramas isquiopúbicas, por lo que se conoce como uretra membranosa.¹⁴ Cuando pasa por el cuerpo esponjoso del pene, se conoce como uretra esponjosa (cavernosa). La uretra esponjosa entra en el bulbo del pene y termina en el orificio uretral externo.

Glándulas sexuales accesorias

Mientras los conductos del aparato reproductor masculino almacenan y transportan espermatozoides, las glándulas sexuales accesorias secretan la mayor parte de la porción líquida del semen las vesículas seminales son estructuras pares lobuladas, con forma de bolsa que miden cerca de 5 cm., de longitud y que se encuentran en la parte posterior y en la base de la vejiga urinaria por delante del recto.

Secretan un líquido alcalino, viscoso y rico en fructosa, que pasa hacia el conducto eyaculador, esta secreción proporciona carbohidratos que sirven como fuente de energía para los espermatozoides, la naturaleza alcalina del líquido ayuda a neutralizar la acidez del aparato reproductor femenino. Este ácido podría inactivar y matar a los espermatozoides si no se le neutraliza.

La glándula prostática es una glándula única en forma de almendra y del tamaño de una castaña. La próstata secreta hacia la uretra prostática, por medio de numerosos conductos, un líquido ligeramente ácido, rico en ácido cítrico, fosfotasa ácida prostática y prostaglandinas, contribuyendo a la motilidad y viabilidad espermática.

La glándula prostática aumenta de tamaño desde el nacimiento hasta la pubertad en forma lenta y en etapas posteriores de la vida presenta un crecimiento rápido.

Semen (líquido seminal).

"Es una mezcla de espermatozoides y las secreciones de las vesículas seminales, glándula prostática y glándulas bulbo uretrales. El volumen promedio de semen en cada eyaculación es de 2.5 a 5 mililitros y el promedio de espermatozoides eyaculados es de 50 a 150 millones por mililitro."

Además, aunque un solo espermatozoide fertiliza un óvulo, parece que la fertilización requiere de la acción combinada del óvulo y de un gran número de espermatozoides. El material intercelular de las células que cubren el óvulo representa una barrera para el espermatozoide. Esta barrera se digiere mediante las enzimas hialuronidasa y proteinasa que se secretan en el acrosoma del espermatozoide, originando la dispersión de las células alrededor del óvulo. Un solo espermatozoide no produce suficiente cantidad para disolver la barrera.

¹⁴ Ibid. Pág. 1119-1120.

Únicamente se puede crear una vía a través de la cual pueda entrar el espermatozoide mediante la acción de muchos espermatozoides. "...El semen tiene un pH ligeramente alcalino de 7.20 a 7.60..." La secreción prostática le da al semen una apariencia semejante a la leche y los líquidos de las vesículas seminales y glándulas bulbo uretrales le da una consistencia mucosa. El semen proporciona a los espermatozoides nutrientes y un medio de transporte adecuado., neutraliza el medio ácido de la uretra masculina y de la vagina femenina.

El semen contiene un antibiótico, la seminalplasmina, que tiene la capacidad de destruir un gran número de bacterias.

Pene.

"Está formado de un cuerpo, una raíz y el glande del pene, el cuerpo del pene está formado de tres masas cilíndricas de tejido, que se unen por medio de tejido fibroso (túnica albugínea). Las dos masas dorsolaterales se conocen como cuerpo cavernoso del pene. La masa ventromedial más pequeña, se llama cuerpo esponjoso del pene, lugar donde se encuentra la uretra esponjosa..."¹⁵

Las tres masas se encuentran limitadas por la fascia muscular y la piel y está formada de tejido eréctil perforado por numerosas sinusoides sanguíneas, bajo la influencia de la estimulación sexual, se dilatan las arterias que irrigan el pene y entran grandes cantidades de sangre a las sinusoides sanguíneas.

Estos cambios vasculares originan la erección, un reflejo parasimpático, el pene regresa a su estado flácido cuando ocurre la vasoconstricción de las arterias y se libera la presión sobre las venas. Durante la eyaculación, que es un reflejo simpático, se cierra el esfínter de músculo liso y la base de la vejiga urinaria, de esta manera, no se expulsa orina durante la eyaculación y el semen no entra a la vejiga urinaria.

La raíz del pene es la porción fija y está formada por el bulbo del pene, una porción expandida de la base del cuerpo esponjoso y la raíz, la porción separada y adelgazada del cuerpo cavernoso del pene. El bulbo del pene se une a la superficie interior del diafragma urogenital y se encuentra limitado por el músculo bulbo cavernoso, cada raíz del pene se une a la rama isquiopúbica y está rodeado por el músculo isquiocavernoso.

El extremo distal del cuerpo esponjoso del pene es una región ligeramente alargada que se conoce con el término de glande del pene, que significa "con forma de bellota", el margen del glande y forma una apertura terminal, el orificio uretral externo (meatus), el prepucio es una cubierta sobre el glande, formada de piel delgada muy laxa.

¹⁵ *Ibíd.* Págs. 1121,1122.

1.5. METODOS ANTICONCEPTIVOS:

1.5.1 HORMONALES ORALES.

Antecedentes:

Es el método de anticoncepción reversible más utilizado en el mundo, la investigación de las sustancias esteroideas con fines anticonceptivos se inició a finales del siglo XIX, al apreciarse que había una relación directa entre la gestación, la función del cuerpo lúteo y la inhibición de la ovulación. "Ludwig, Otto Felner en 1920 consiguieron inhibir la ovulación en animales mediante la administración de extractos de ovarios. En la década de los treinta se obtuvieron en laboratorio los primeros esteroides. En la década de los cincuenta un grupo de químicos liderados por Djerassi descubre que al sustraer el carbono 19 de la progesterona aumenta la actividad gestagénica de la molécula son sintetizadas la etisterona y la noretindrona, esta última la primera sustancia activa por vía oral registrada como un esteroide."

"Pincus y Chang demostraron en 1951 que la progesterona podía inhibir la ovulación, siendo en 1954 Jon Rock lleva acabo el primer ensayo en humanos administrando a las primeras 50 mujeres entre 10 y 40 mg. de un preparado gestagénico consiguiendo la anovulación en todos los casos"¹⁶

En 1959 fue aprobado en Estados Unidos el primer anticonceptivo oral combinado 10 mg. de noretinodrel más 150 mg de mestranol (nombre comercial Enovid 10).

En 1974 se conseguían preparados con una reducción del 40% en la dosis hormonal total. En 1979 se lanzaron al mercado los anticonceptivos trifásicos, y en 1987 aparecieron los preparados monofásicos con nuevos gestágenos de síntesis. Las novedades actuales son los preparados monofásicos con 20 mg de etinilestradiol y los preparados trifásicos de tercera generación.

Descripción método hormonal oral.

La píldora anticonceptiva son comprimidos que contienen mezcla de estrógenos y progestágenos, o un progestágeno nada más. Ya sea natural o sintético, solo o combinado.

¹⁶ Calaf, Joaquín Manual básico de contracepción. Pág. 87, 88

Mecanismos de acción

Los anticonceptivos orales introducen en el sistema de interrelación hormonal un mensaje externo, con el objetivo de crear una nueva situación que imposibilite la concepción.". El componente gestagénico primariamente suprime la secreción de LH (hormona luteinizante), mientras que el estrógeno actúa inhibiendo la hormona del folículoestimulante. Aunque exista desarrollo folicular no se producirá un pico endógeno de la hormona luteinizante (LH) capaz de desencadenar la ovulación. La intervención también se realizara a otros niveles como el moco cervical (modificando su calidad y cantidad), el endometrio al crear una inactividad funcional (crecimiento pseudocaduco del estroma y crecimiento irregular) y/o las trompas alterando su fisiología musculoeptelial siendo responsable de estos fenómenos el componente progestacional. El estrógeno además de favorecer la actividad gestagénica, aumentando la receptibilidad celular, el responsable de la estabilidad del endometrio y por lo tanto necesario para un buen control del ciclo"¹⁷

"CRITERIOS DE SELECCIÓN

SEGÚN LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD"

Categoría 1. Según la Organización Mundial de la Salud:

No hay restricciones para su uso.

- Edad desde la menarquia hasta los 40 años.
- Obesidad.

Condiciones Gineco/ Obstétricas.

- Lactancia
- Antecedentes de pre-eclampsia.
- Antecedentes de embarazo ectópico.
- Post-parto.
- Mayor o igual a 21 días post-parto no amamantando.
- Sangrado menstrual.
- Enfermedad inflamatoria pélvica (pasada o actual).
- Enfermedad benigna de la mama.
- Ectropión / erosión cervical.
- Fibromas uterinos.
- Cáncer del endometrio u ovárico.
- Antecedentes de diabetes en el embarazo.
- Enfermedad trofoblástica gestacional.

Enfermedades crónicas /otras condiciones.

- Enfermedad de la tiroides.
- Epilepsia.
- Hepatitis (portadora, no caso activo).
- Esquistosomiasis.
- Tuberculosis.
- Malaria.
- Anemia insuficiencia de hierro.

Riesgo de enfermedades de transmisión sexual / Virus de inmunodeficiencia humana

- Aumento de riesgo de enfermedades de transmisión sexual / virus de inmunodeficiencia humana
- Enfermedades de transmisión sexual (ETS) (pasadas o actuales).
- Virus de inmunodeficiencia humana o síndrome de inmunodeficiencia adquirida

Categoría 2 Organización Mundial de la Salud:

Las ventajas superan a los riesgos.

- Edad > 40 años.
- Fumadora < de 35 años o leve > de 35 años.
- Dolores de cabeza severos (incluyendo jaqueca sin síntomas neurológicos focales).

Condiciones Gineco /Obstétricas.

- Lactancia (mayor o igual a 6 meses post-parto).
- Enfermedades de la mama-masa no diagnosticada.
- Antecedentes de ictericia (asociados al embarazo, a los inyectables hormonales).
- Cáncer cervical o lesiones cervicales precancerosas.

Condiciones cardiovasculares.

- Afección a las válvulas del corazón, sin complicaciones
- Hipertensión moderada. (presión arterial < 160/100)

Enfermedades crónicas / otras condiciones.

- Talasemia.
- Anemia falciforme.
- Diabetes sin complicaciones.
- Enfermedad de la vesícula biliar - actual o tratada médicamente.
- Cirrosis leve.

Categoría 3 según Organización Mundial de la Salud:

Los riesgos superan a las ventajas

- Fumadora excesiva (mas de 20 cigarrillos diarios), Edad > de 35 años.

Condiciones Gineco / Obstétricas.

- Lactancia (mayor de 6 semanas post-parto).
- Menor de 21 días post-parto no amamantando.
- Antecedentes de cáncer de mama.
- Sangrado transvaginal causa desconocida.

Condiciones cardiovasculares

- Historia de hipertensión.
- Hipertipidemias conocidas.

Enfermedades crónicas / otras condiciones.

- Uso de ciertos antibióticos o anticonvulsivantes.

Categoría 4 Organización Mundial de la Salud:

No usar.

- Jaquecas con síntomas neurológicos focales.

Condiciones Gineco / Obstétricas.

- Embarazo o sospecha de embarazo.
- Lactancia menor a 6 semanas post-parto.
- Cáncer de mama actual.

Condiciones cardiovasculares.

- Hipertensión severa presión arterial mayor o igual a 180/100 con o sin enfermedad vascular
- Antecedentes o presencia de afección tromboembólica o apoplejía.
- Antecedentes o presencia de isquemia o cardiopatía valvular complicada.

Enfermedades crónicas / otras condiciones.

- Diabetes con ciertas complicaciones vasculares y/o más de 20 años de duración.
- Hepatitis severa.
- Tumores malignos del hígado.¹⁸

¹⁸ Uribe Botero Jaime Obstetricia y Ginecología Texto Integrado Pág. 379.

Cambios metabólicos

Tanto los estrógenos como los progestágenos son en general sustancias seguras desde el punto de vista toxicológico. Pero, por ser muy activas fisiológica y farmacológicamente, producen efectos demostrables, químicos y morfológicos, en muchos sistemas del organismo.

Sistema de coagulación

“El etinilestradiol provoca incrementos dependientes de la dosis de los factores V, VII, VIII, IX y X, de la agregabilidad plaquetar y de la viscosidad plasmática. Junto con una reducción de la antitrombina III crean un estado de hipercoagulabilidad, que sin embargo está equilibrada por el incremento en la producción de sustancias con capacidad fibrinolítica”.¹⁹

Metabolismo hidrocarbonado

La administración de anticonceptivos orales, genera aumentos dependientes de la dosis de las concentraciones basales y estimuladas de insulina y glucosa.

Los mecanismos implicados van desde un aumento de hormonas, como el cortisol, la prolactina o la hormona de crecimiento, con marcada actividad antiinsulínica hasta déficit vitamínico.

Así mismo no se ha constatado que el uso de anticonceptivos orales aumente la incidencia de diabetes gestacional, intolerancia a la glucosa o diabetes del adulto.

La cuestión es si estas modificaciones pueden incrementar el riesgo relativo de enfermedad cardiovascular o empeorar el control en pacientes previamente diagnosticadas con diabetes.

En las mujeres que la insulina y la glucosa sufren más modificaciones no se ha apreciado una incidencia superior de enfermedad trombotica o ateromatosa, tampoco se ha demostrado que el riesgo inherente de las pacientes diabéticas a la trombosis cerebral o a la retinopatía proliferativa sea superior tras la ingesta de anticonceptivos orales, puede ser un método alternativo de anticoncepción en pacientes diabéticas menores de 35 años que tengan un buen control glucémico y en las que no existan complicaciones asociadas.

¹⁹ Calaf, Joaquín *Ibid* Pág. 98.

Metabolismo lipídico.

La influencia de las hormonas puede ser directa o indirecta.

"DIRECTA": Puede interferir en la acción de los receptores hepáticos de lipoproteínas de baja densidad (LDL), responsables del secuestro del colesterol, y en consecuencia, protectores de la aterosclerosis. También pueden actuar mediante la inducción de enzimas como la lipoproteína lipasa o la lipasa endotelial hepática que están directamente involucradas en las vías de metabolización de las grasas.

La influencia se produce de forma progresiva durante los tres primeros meses de la toma y depende del número de moléculas a metabolizar por el hígado, de su configuración y conformación, el estradiol, el mestranol y el etinilestradiol incrementa la síntesis de triglicéridos y lipoproteínas de alta densidad (HDL) por el hígado, así como la liberación de lipoproteínas de muy baja densidad (VLDL).

"INDIRECTA" Los gestágenos, recombinan efectos gestagénicos y androgénicos, tienen una acción contrapuesta, que dependen de la dosis y el tipo. El levonorgestrel y el desogestrel disminuyen la concentración de apolipoproteína. El acetato de medroxiprogesterona a dosis bajas no tiene efectos secundarios sobre el metabolismo lipídico sin embargo a dosis altas disminuye las lipoproteínas de alta densidad (HDL) y aumenta los triglicéridos y las lipoproteínas de muy baja densidad (VLDL). Cuando se combinan ambos preparados el resultado final es que el efecto se anula dependiendo de la dosis y potencia androgénica de gestágeno asociado.

Los preparados por vía oral inducen cambios en la biosíntesis de proteínas hepáticas. Se afecta por la administración de estrógenos, la síntesis de SHBG, las proteínas transportadoras de cortisol y tiroxina (CBG y TBG), la alfa-1- antitripsina, la ceruloplasmina, la transferrina, la alfa-2-macroglobulina, etc., siendo el efecto gestagénico contrapuesto al inducido por los estrógenos.

El aumento de la velocidad de sedimentación es consecuencia de un incremento paralelo de fibrinógeno. Los cambios en el metabolismo de las vitaminas son mínimos: ligero aumento de la vitamina A y disminución de la vitamina B, los folatos y el ácido ascórbico.

Otros efectos de menor relevancia son el incremento en la producción de angiotensinógeno y el aumento de la prolactina en respuesta a la hipoglucemia o a la hormona liberadora de tirotrópina (TRH)²⁰

²⁰Catalf ibid. .Pág., 100.

Efectos adversos

La administración de una sustancia implica cambios en el organismo que en algunos casos se traduce en la aparición de efectos secundarios positivos y/o negativos.

Enfermedad cardiovascular.

Los primeros estudios pusieron de manifiesto un riesgo aumentado de trombosis venosa superficial y profunda, de cardiopatía coronaria (infarto agudo al miocardio) y de accidentes vasculares cerebrales (AVC). Sin embargo, las dosis administradas eran elevadas, no existían límites de edad y no se consideraron factores de riesgo.

Los factores de riesgo (tabaco, hipercolesterolemia, hipertensión arterial, obesidad y diabetes), actúan de forma sinérgica aumentando el riesgo de infarto al miocardio (IAM) y de forma auditiva para el accidente vascular cerebral (AVC).

En un principio se pensó que las modificaciones que inducían los anticonceptivos orales sobre el metabolismo lipídico y la coagulación eran las principales responsables, las primeras generarían un incremento de la ateromatosis y las segundas de los accidentes trombóticos, estudios recientes han demostrado que las usuarias jóvenes de anticonceptivos orales con historia reciente de infarto al miocardio (IAM) no presentan más arteriosclerosis coronaria que las no usuarias.

La tendencia es hacia un aumento del riesgo, especialmente en los tres primeros meses de uso, que en cualquier caso, siempre es inferior a la que se presenta en el embarazo.

Este incremento podría estar condicionado por una predisposición de base, ya que se ha demostrado que un gran porcentaje de estas pacientes, son obesas, presenta déficit congénitos de antitrombina III, de proteína C y S o una entidad relativamente poco conocida como la resistencia a la proteína C activada, cuya prevalencia varía considerablemente según la localización geográfica y está causada por una mutación del factor V de Leiden.

Efectos hepáticos

Ictericia

Los esteroides, en especial los sustituidos a nivel 17 alfa, alteran los mecanismos de transporte biliar. Pueden originar ictericia colostásica y prurito generalizado en pacientes que en embarazos previos han presentado ictericia idiopática recurrente.

"Se ha demostrado la relación etiológica entre la toma de la píldora y la aparición de tumores benignos en el hígado, es decir adenomas hepáticos.

El riesgo parece ser mayor en mujeres por encima de los 27 años, con larga historia de utilización de medicación esteroidea a dosis altas, sobre todo de mestranol, durante 7 ó más años (Rosenfiel, 1979,) anatomopatológicamente se caracteriza por la tendencia a formar quistes hemorrágicos que pueden estallar, así como grandes áreas de necrosis dentro de la tumoración (Durand y Cols., 1979) son siempre benignos." ²¹

Clinicamente pueden ser asintomáticos, aunque más a menudo se caracterizan por dolor en el hipocondrio derecho o epigastrio, tumoración localizada en el área hepática, síntomas inespecíficos gastrointestinales, síntomas respiratorios por compresión, y a veces shock por hemorragia intensa intratumoral o intraperitoneal. La muerte puede llegar si no da tiempo al socorro inmediato en caso de hemorragia. (Ansari, Cols., 1978)

Se han citado casos de desaparición espontánea de la ictericia tras el abandono de la píldora. La analítica sanguínea rara vez se altera, o es poco específica. Por lo que se aconseja palpar y percutir el hipocondrio derecho en cada exploración de control clínico de la píldora.

Litiasis biliar

En mujeres predispuestas, los anticonceptivos orales aumentan el riesgo relativo de litiasis biliar sobre todo durante el primer año de uso. En casos de litiasis comprobada la toma de anticonceptivos orales puede precipitar la clínica de cólico nefrítico. El mecanismo es doble: los estrógenos provocan un incremento del colesterol y los gestágenos disminuyen la motilidad vesicular.

Adenoma hepatocelulares

"..Sólo se ha objetivado en usuarias de preparados de dosis elevadas (Mestranol que con etinilestradiol) en periodo superior a 7 años. Suele ser asintomáticos aunque puede presentarse de forma súbita con dolor en el abdomen superior o epigastrio, como consecuencia de un hemoperitoneo..."²²

La complicación más característica es la hemorragia intensa intratumoral, suele desaparecer tras el abandono del tratamiento. Aunque la toma de anticonceptivos orales se ha relacionado con el carcinoma hepatocelular, en la actualidad no existen datos que demuestren una relación causa-efecto entre ambos procesos.

²¹ Dexeus Trías de Bes. Anticoncepción. . Pág. 51.

²² Dexeus Ibíd. Pág. 103.

Anticonceptivos y neoplasias

Cáncer de mama

Los estudios recientes no parecen apreciar un incremento de riesgo global, sin embargo, cuando el análisis se estratifica por grupos de edad, hay un crecimiento del riesgo relativo en mujeres menores de 45 años que se ve compensado por una disminución del riesgo en mujeres de 45 años. Este aumento de riesgo ya es evidente tras cuatro años de uso, llegando a un riesgo relativo de 2 a 8 o más años. También aumenta el riesgo relativo si la toma de anticonceptivos orales se produce en edades tempranas, especialmente si es inmediatamente después de la menarquia. Por lo tanto, no sólo la dosis o el tiempo de uso son importantes, sino que también lo es el grado de diferenciación de la glándula mamaria en el momento de la exposición. Parece ser que la susceptibilidad mamaria a estrógenos y gestágenos es mayor si no existe una diferenciación completa, aumentando ostensiblemente las mitosis celulares y potencialmente las alteraciones del genoma.

“..En la glándula mamaria los estrógenos aumentan el crecimiento de los conductos y la progesterona estimula la proliferación glandular. En algunas cepas de ratones que recibieron estos productos hormonales se comprobó un aumento de la frecuencia de cáncer mamario. En la mujer no se ha probado tal relación. En la actualidad se acepta que si bien los estrógenos no son carcinogénicos pueden actuar como carcinocinéticos y aumentar la velocidad de crecimiento de un tumor hormonodependiente. ...”²³

Cáncer de cérvix

Los anticonceptivos orales incrementan el riesgo de cáncer de cérvix. Este hecho está posiblemente condicionado por la existencia de múltiples factores de confusión, entre los que destacan: las diferencias socioeconómicas, los hábitos sexuales o el efecto protector de los métodos de barrera.

Por lo que no nos permite atribuir a la píldora un papel etiológico directo, ya que posiblemente influyen otros factores como la diferente frecuencia de coitos, el nivel económico y nutricional, etc.; y otras particularidades no controladas.

²³ Gori Roberto, M. Ginecología. Pág. 494.

"En general, los anticonceptivos orales favorecen la aparición de hiperplasia pólipóidea del epitelio monoestratificado del cuello uterino en algunos casos se alcanza la vagina en donde es difícil de diferenciar del verdadero adenocarcinoma y se ha verificado un progreso más rápido de las displasias a carcinoma in situ en las usuarias."²⁴

Por ello, se recomienda la citología cervicovaginal cada 6 meses en mujeres que toman anticonceptivos orales por un período superior a 5 años y que además tengan otros factores de riesgo (múltiples parejas sexuales, enfermedades de transmisión sexual, historia previa de enfermedad precancerosa de cérvix, etc.)

Miomas uterinos

Los miomas uterinos aumentan de tamaño con la medicación estrógeno-gestágeno. Algunos miomas sufren degeneración hialina, edema, degeneración grasa y necrosis, cambios similares a las del último trimestre de la gestación. A medida que han ido perfeccionando los compuestos y se les utiliza en dosis menores, estos cambios son mucho menos evidentes.

Endometrio

Con las formas combinadas, las manifestaciones de secreción glandular comienzan rápidamente, y llegan al máximo en un término de 4 a 8 días de comenzada la administración, después, las glándulas involucionan y se muestran agotadas. El estroma pasa por un período de edema y alcanza el aspecto pseudodecidual en forma más temprana e intensa que en un ciclo normal, a veces llega a simular un sarcoma de endometrio.

Con los compuestos secuenciales, en cambio, hay una primera fase de proliferación y la reacción secretoria solo se advierte a los 24-25 días, no hay agotamiento secretor y la reacción del estroma es mínima. El sangrado "menstrual" disminuye en cantidad y duración cuando se emplean las formas combinadas, y puede ocurrir lo inverso con los secuenciales, en el primer caso hasta la falta de sangrado.

Otro hecho es la aparición de hemorragias intermenstruales que evidencian la dificultad de la medicación para "sostener" al endometrio, aparecen con más frecuencia durante el primer año de uso de estos agentes y disminuyen al 3% de los ciclos en los años siguientes.

²⁴. Cala f. Cfr Pág. 104-105.

"...Si bien se admite el papel carcinocinético de los estrógenos (y es uno de los principales motivos por lo que se desaconsejan los métodos secuenciales), con los métodos combinados no ha podido demostrarse una relación etiológica ni con la hiperplasia endometrial ni con el adenocarcinoma, carcinoma de endometrio."²⁵(Hilliard y Cols., 1979).

Cuello uterino

Trabajos efectuados prueban que los anticonceptivos hormonales no disimulan las lesiones que pudiesen llegar a aparecer en el cuello, así como tampoco son capaces por sí mismos provocartas.

Microscópicamente el cuello muestra aspecto congestivo y puede aumentar algo su volumen. El moco es escaso y espeso, microscópicamente se ha observado reacción residual en el epitelio endocervical y ectopias. Con la administración interrumpida de gestágenos se comprobó metaplasma pavimentos, y en los extendidos vaginales la aparición de células endocervicales aumentadas de volumen y vacuoladas

Vagina

Los índices de cornificación disminuyen con los ambulatorios combinados, y esta disminución es de grado variable según el progestágeno que se utilice. El resultado definitivo depende de la relación estrógeno - gestágeno y del carácter de cada uno de ellos. Los secuenciales producen un alto índice de maduración durante la etapa en que se administra el estrógeno solo.

Desde el punto de vista clínico, en el primer caso la resistencia frente a las infecciones sería menos, pues está en minusvalía el mecanismo de auto depuración vaginal. La frecuencia de moniliasis vaginal es mayor si se usan los hormonales combinados.

Hipertensión arterial (HTA)

Aparece en aproximadamente el 5% de los casos, generalmente en los 6 primeros meses de tratamiento. Al parecer está condicionada por modificaciones del sistema renina-angiotensina, se ha demostrado un aumento del angiotensinógeno (8 veces más), aunque la vasoconstricción es compensada por una disminución en las concentraciones de renina. La hipertensión arterial está relacionada con las dosis de gestágenos sin apreciarse cambios con los preparados multifásicos. Afecta tanto la tensión sistólica como la diastólica, un

²⁵ Dexeus, Ibíd Pág. 50.

grupo de riesgo, los constituyen las mujeres con antecedentes de estados hipertensivos del embarazo, así como la historia familiar de hipertensión.

Generalmente la hipertensión, retorna a sus cifras habituales tras 3-6 meses de abandono del método anticonceptivo. Aunque la hipertensión inducida suele ser de grado ligero, se han descrito casos graves, e incluso graves crisis hipertensivas con fallo renal.

El estrógeno como la progesterona son los causantes de los efectos indeseables, se debe administrar la píldora con la cantidad menor de fármaco esteroideo posible. Ninguna es perfecta, y se puede hacer la prueba con varias de ellas para encontrar una que sea aceptable para la paciente.

Los comprimidos con progestágeno nada más y los que contiene estrógeno en concentración baja son menos dignos de confianza como anticonceptivos que los que contienen 50 (mg) miligramos de estrógeno, y tienden a producir mayor hemorragia por supresión. La administración de comprimidos que contiene nada más progestágeno se puede acompañar de depresión.

Se requieren comprimidos con estrógenos dominantes en mujeres que tienen piel grasosa o acné.²⁶

Los comprimidos trifásicos tienen la cantidad más baja de esteroide y están indicados en el grupo de mayor edad, cuyas mujeres experimentan un riesgo más elevado de trombosis que las más jóvenes. Predominan en ellos los estrógenos, y pueden producir retención de líquidos e irritabilidad premenstrual.

Efecto

Sobre la lactancia

Los preparados anticonceptivos orales combinados reducen la lactancia natural, disminuyendo el volumen de leche y acortando su duración, o sea favoreciendo su precoz retirada, alteran también de forma variable su composición.

Ya que todos los esteroides sexuales, se eliminan por la leche en diversa proporción, dependiendo de la dosis administrada y de particularidades de cada compuesto.

²⁶. Govan Ibíd Pág. 438

Efectos adversos sobre la función reproductora

Amenorrea

Tanto por la etiología como por las formas de presentación se deben distinguir dos grupos:

Menstruación silente

Se denomina así a la ausencia de pérdida por privación al finalizar la toma de un ciclo de anticonceptivos orales. Se cree secundaria a la menor proliferación endometrial en la que la acción gestagénica predomina sobre la estrogénica, "dando lugar a un endometrio atrófico, hecho que impedirá la descamación endometrial. Se produce en 2% (el primer año) hasta un 10% (tras varios años de uso)..."²⁷

Amenorrea post pill

La amenorrea posterior a la toma de anticonceptivos orales es similar al de la población general e inferior al 1%. Siempre se deberá descartar la posibilidad de un embarazo, y cuando el periodo de amenorrea supere los 3 a 6 meses, cualquiera de las causas de amenorrea secundaria. Probablemente, el factor etiológico se haya producido durante la toma del anticonceptivo oral y quede enmascarado por la privación que el componente estrogestagénico exógeno induce.

Fertilidad postpildora

Tras el cese del anticonceptivo oral la fertilidad se incorpora de inmediato, aunque durante el primer ciclo se retrasa ligeramente la ovulación. No obstante, entre las mujeres de más de 30 años se ha apreciado una disminución de la fecundidad mensual.

Lactancia

Pruebas realizadas demuestran que los preparados orales producen una ligera reducción en el volumen, cambios en la composición y acortamiento del periodo de lactancia. No se ha podido demostrar efectos secundarios sobre el recién nacido acorto ni a largo plazo. Los preparados exclusivamente gestagénicos no parecen afectar el volumen ni la duración aunque provocan un incremento en la concentración de proteínas y lactosa.

²⁷. Calaf. *Ibid* Pág. 105.

Cambios en la libido.

La conducta sexual varía con el ciclo menstrual y el embarazo, aunque los factores psicógenos son preponderantes., las alteraciones de la libido en el 5-30% de las usuarias (ya que se ve disminuida la frecuencia de coitos en la segunda fase del ciclo), aunque no está clara su relación con el contenido hormonal de los anticonceptivos orales.

Depresión.

Los cambios de humor en la mujer fértil se pueden relacionar con el ciclo menstrual. Con el uso continuado de anticonceptivos, hay un aumento de cuadros psiquiátricos con predominio de síntomas depresivos, labilidad emocional, irritabilidad, y como consecuencia, una disminución del rendimiento laboral. Se relacionan con el contenido gestagénico y, aunque la mayoría tiene una base psicológica, se han involucrado alteraciones del metabolismo (triptófano y noradrenalina) en su etiopatogenia.

EFFECTOS INDESEABLES MENORES

Estrógenos

- Hemorragia por supresión
- Náuseas y vómitos
- Mastalgia (Mamas dolorosas).
- Cefalalgia

Estrógeno y progestágeno

- Aumento de peso
- Amenorrea subsiguiente a la píldora

Progestágeno

- Acné
- Depresión
- Vagina seca
- Pérdida de la libido

Incremento de peso

Es frecuente cierta retención hídrica durante los primeros tres meses, no se ha demostrado que tras este proceso de adaptación exista un aumento significativo del peso con diferentes preparados.

Nauseas y vómito

Suelen aparecer en los tres primeros ciclos y ceden con el uso continuado, son secundarios al contenido estrogénico del preparado.

Mastalgia

Cuando es premenstrual, suele ser secundaria al efecto estrogénico sobre áreas de hiperplasia focal de la mama. En contraposición, cuando se presenta en el periodo de descanso es debida a la retención excesiva de agua como consecuencia de la interrupción brusca de los gestágenos.

Cefalea

Son muy variables y generalmente asociadas a la ansiedad de la paciente por el hecho de tomar anticonceptivos. Cuando son de tipo migrañoso se debe valorar la posible asociación con un prolapso valvular y el consiguiente riesgo de un accidente vascular cerebral.

La relación entre los anticonceptivos orales, las cefaleas migrañosas y los infartos isquémicos cerebrales es controvertida.

Sin embargo, es recomendable en pacientes con migrañas de larga evolución, asociada o no a náuseas y vómito, visión borrosa, escotomas o ceguera temporal, suspender la toma de anticonceptivos orales o disminuir la dosis (20 mg o minipíldora).

Infecciones urinarias

Aumenta el 20 % y depende de la dosis estrogénica

Cervicitis

El riesgo relativo es tres veces superior en las usuarias de más de 6 meses, parece estar en relación a la dosis gestágeno.

Candidiasis vaginal

La relación no está bien establecida, aunque diferentes autores sugieren que los anticonceptivos orales ocasionarían cambios en la flora vagina. El efecto antiestrogénico del progestágeno crearía un ambiente propicio para el desarrollo de cándida.

Cloasma

De desarrollo lento y en relación con el efecto estrogénico, aparece en el 5% de los casos y desafortunadamente no se produce un blanqueamiento completo tras el cese del anticonceptivo oral.

Acne, seborrea e hirsutismo

Son atribuibles a una mayor susceptibilidad cutánea al efecto androgénico de los gestágenos, las dosis a las que éstos se administran imposibilita que su actividad androgénica se manifieste.

Efectos benéficos

El uso de anticonceptivos orales esteroideos se relaciona con importantes beneficios para la salud, entre las enfermedades que se benefician del tratamiento anticonceptivo figuran:

Cáncer de endometrio.

El cáncer de endometrio es una enfermedad estrógenodependiente. No se conoce el mecanismo básico de protección, sin embargo, el estado pseudoatrófico del endometrio que impide el desarrollo de hiperplasia o el cambio de susceptibilidad celular a carcinógenos pueden ser posibles responsables. Son protectores tanto los preparados mini como microdosificados con gestágenos de 2ª generación, no existiendo datos para los de 3ª generación. Se ha demostrado que el uso de anticonceptivos orales durante 12 meses conlleva una reducción del 50% del riesgo potencial de los tres principales tipos histológicos de cáncer (adenocarcinoma, adenoacantoma y carcinoma adenoescamoso).

Cáncer de ovario

Tampoco se conocen los mecanismos básicos que influyen favorablemente en la disminución del riesgo del cáncer de ovario, no obstante, la supresión de la ovulación y de la secreción hipofisaria de gonadotropinas parece que tiene cierta relación.

Los estudios comparativos con preparados mini o microdosificación señalan una reducción media del riesgo del 40% que se mantiene al menos 10-15 años tras su uso.

Ciclo menstrual

La anticoncepción oral esteroidea ofrece una estabilización del estado hormonal y evita las alteraciones del ciclo menstrual. Como consecuencia disminuye el riesgo de anemia ferropénica y desaparece la dismenorrea.

Embarazo ectópico

Su aparición durante la toma es excepcional, es consecuencia directa de la acción anticonceptiva.

Patología benigna de mama

Parecen disminuir el riesgo tanto de enfermedad fibroquistica (30%) como de fibroadenomas (50%) y de tumores marnarios no biopsiados (40%). Sin embargo, el riesgo se reduce a las usuarias actuales o recientes al menos en 2 años.

Quiste de ovario

Existe una disminución del riesgo de quistes funcionales, tecaluteínicos y gránulos luteínicos, sólo afecta a usuarias actuales y la protección está relacionada con la dosis estrogénica. No existen evidencias de que los preparados multifásicos disminuyan más el riesgo que los monofásicos.

Fibromas uterinos

Las usuarias durante 10 años tienen una disminución del riesgo del 30%, está en relación al efecto gestagénico. Sin embargo se precisan más estudios que confirmen los datos antes señalados.

Artritis reumatoide

Existen datos contradictorios al respecto, mientras unos estudios señalan una disminución del riesgo del 40-50%, otros no encuentran relación alguna, datos recientes señalan, que, más que prevenir la enfermedad, los anticonceptivos orales modificarían su curso, impidiendo la evolución a grados más graves.

Osteoporosis

La osteoporosis aparece más tarde y tiene una evolución más lenta en mujeres que han tomado anticonceptivos orales, se ha demostrado que el emplazamiento estrogénico es efectivo, siempre y cuando se practique entre los 3 y 5 años de inicio de la posmenopáusica y durante un período de 10 a 15 años.

Normas básicas del uso de los hormonales orales

Previa a la administración se debe practicar una anamnesia exploración ginecológica y mamaria, citología cervicovaginal, peso y tensión arterial. ("... en pacientes jóvenes que inician el método, de edades inferiores a 35 años, con historia familiar de hipertensión, diabetes o enfermedades coronarias, antecedentes de diabetes de la gestación u obesidad, es aconsejable realizar una determinación de triglicéridos, colesterol total, lipoproteína de alta densidad

(HDL), lipoproteína de baja densidad (LDL), glucemia, pruebas de función hepática y antitrombina III. Y siguiendo las recomendaciones del comité de consenso para el control de la colesterolemia, todos los controles se repetirán anualmente, a excepción de la analítica que de ser normal al cabo de un año, sólo se practicará con frecuencia bimensual.²⁸)

Se hará incapié en que los efectos secundarios leves suelen desaparecer tras varios ciclos de tratamiento y en caso contrario deben acudir a su consulta de planificación familiar.

Con la finalidad de evitar el auto prescripción y condicionar un estado anímico favorable que motive a las usuarias a la toma continuada que evite el abandono del método.

Si no existen contraindicaciones, en las parejas jóvenes el método de elección será un anticonceptivo oral combinado, dada su eficacia, seguridad y control del ciclo. Se recomiendan preparados de bajo contenido estrogénico (preferiblemente 30 mg de etinilestradio).

El gestágeno, en mujeres jóvenes sin antecedentes personales o familiares de hipertensión arterial (HTA) y/o enfermedad cardiovascular, no existen bases sólidas para no recomendar un preparado de 3^a generación, dada su escasa influencia sobre el metabolismo. No se ha demostrado que los preparados multifásicos superen a los monofásicos, debe recordarse que el método es efectivo desde el primer ciclo, siempre y cuando la toma se inicie en los primeros 5 días tras el inicio de la menstruación. Se escoge un día concreto debe recomendarse en este primer mes un método anticonceptivo alternativo.

La toma de un anticonceptivo requiere un aprendizaje, ya que la toma se debe realizar a la misma hora cada día, los cambios frecuentes pueden comportar un mal uso del preparado que secundariamente conllevará un abandono del método.

Algunas recomendaciones

Siempre que no hayan pasado más de 12 horas desde el momento en que se toman habitualmente, se realizará la ingesta de la píldora olvidada, de pasar éste tiempo se continuará con la siguiente del ciclo. Siempre es aconsejable, utilizar otros alternativos (preservativo, cremas espermicidas, etc.) durante el resto del ciclo.

²⁸ Calaf Ibíd. Pág. 112.

Tipos de preparados y modo de utilización

El diseño de los preparados difiere de acuerdo con su mecanismo de acción, su vía de administración su composición química. Los preparados han cambiado en el curso de los años.

El primer anticonceptivo oral contenía:

100 miligramos de estrógeno (mestranol o etinilestradiol)
5 a 10 miligramos de gestágeno.

En la actualidad todos contienen como máximo 50 miligramos (mini dosificación) y lo deseable sería el uso de preparados de 30 miligramos (microdosificados).

Dependiendo de su contenido, los anticonceptivos orales se dividen en:

Combinaciones estrógeno-gestágeno

Preparados secuenciales:

Se utilizaban con el objetivo de imitar al máximo el ciclo fisiológico, consistían en la administración de un estrógeno durante los 10 primeros días del ciclo siguiéndose una segunda fase de 11 días en que eran combinados con los gestágenos, adolecían de falta de seguridad (excesivo estímulo endometrial), y de eficacia, consecuencia de olvidos en fase estrogénica junto a la nula actuación sobre el moco cervical por lo que en la actualidad no existe ningún preparado de este tipo.

Preparados combinados

Consisten en la administración diaria durante 21 días de una combinación de estrógenos y gestágenos, con un intervalo de 7 días de descanso. Pueden dividirse en:

Monofásicos.

Contienen la misma cantidad de ambas sustancias durante los 21 días del ciclo. Se inicia el tratamiento a partir del 1er. día del ciclo con un intervalo de 7 días de descanso y /o adicionados con 7 tabletas de placebo para los días del 21 al 28.

Bifásicos.

Todos los comprimidos contienen ambos tipos de esteroide, sin embargo, durante los primeros días la dosis de gestágeno es menor.

Trifásicos.

Llevar la misma dosis de estrógeno durante los 6 primeros y los 10 últimos días, siendo la dosis en la mayoría de casos algo superior en los 5 días centrales. El incremento gestagénico se realiza de forma escalonada durante los tres períodos. El objetivo de esta pauta consiste en reducir la dosis gestagénica total administrada e intentar que el patrón esteroideo imite a la producción endógena de un ciclo ovulatorio normal.

Preparados unimensuales

Se basan en la capacidad de un estrógeno sintético, el quinestrol, de ser almacenado en el tejido adiposo y liberarse progresivamente. La primera administración se debe realizar en fase premenstrual, aprovechándose la potente transformación secretora del gestágeno sobre el endometrio y la posterior pérdida por privación. Se precisará de una nueva dosis a los 28 días. De no ser así se produciría una pérdida más tardía e irregular en función del agotamiento progresivo de los depósitos de quinestrol. Son preparados en desuso dada su baja seguridad y eficacia.

Gestágenos solos

La mini píldora consiste en la administración diaria de un gestágeno a bajas dosis (350 mg de noretindrona, 30 miligramos de norgestrel, 75 miligramos de Levonorgestrel (LNG), 500 miligramos de linestrenol o de acetato de etinodiol). Su mecanismo de acción se basa en crear un endometrio involutivo y atrófico, y un moco cervical hostil.

La toma debe iniciarse el primer día de la menstruación y continuarse cada día a la misma hora. Se aconseja el uso de métodos de barrera los primeros 7 días. Las situaciones indicadas para su uso destacan: el puerperio inmediato, cuando el uso de estrógenos está contraindicado, en casos de disminución de la libido con anticonceptivos orales convencionales o en mujeres de más de 40-45 años.

Intercepción o contracepción poscoital

"La <<píldora de la mañana siguiente >> fue ideada en 1960 e introducida como anticonceptivo por Yuzpe en 1982. Aunque no se conoce bien su modo de acción, se basa en producir cambios a corto plazo en los mecanismos de capacitación espermática, fertilización, transporte de oocito e implantación tras una relación sexual no protegida, se ha demostrado que la administración de dos tomas de 100 mg de etinilestradiol y 500 miligramos de norgestrel, con un intervalo de 12 horas (dos grageas en cada toma de un preparado monofásico que contenga 50/250 miligramo), y dentro de las 72 horas que siguen a un coito no protegido, son suficientes para evitar una gestación. Un método alternativo consiste en la toma de 4 comprimidos de un preparado monofásico de 30 mg

seguido de la misma dosis a las 12 horas). La intercepción es un método indicado para cuando fallan los métodos de barrera, en casos de violación o durante el período de descanso de otros anticonceptivos. Sería recomendable proveer a la pareja de la dosis exacta, ya que la prescripción de un anticonceptivo oral convencional favorece la autoprescripción."

Contragestación

El término utilizado para definir una forma de aborto precoz, ya que tanto la concepción como la implantación han tenido lugar. Se basa en la capacidad de un esteroide sintético de unirse a los receptores de la progesterona.

"..Se consigue una alteración del proceso de nidación, con disminución de la producción de gonadotrofina coriónica (HCG), y en consecuencia, de la actividad del cuerpo lúteo, además se estimula la producción local de prostaglandinas que favorecen la expulsión por incremento de la motilidad uterina.

El mifepristone a dosis de 600 mg en una sola toma o durante 4 días a razón de 50 mg/día, administrado en los 50 primeros días de la última menstruación provoca la interrupción del embarazo en el 80-90% de los casos, que se eleva al 100% si se adiciona a prostaglandinas por vía vaginal."²⁹

²⁹ Calaf Ibíd. Pág. 96.

1.6. ANTICONCEPTIVOS HORMONALES INYECTABLES

Antecedentes

La anticoncepción hormonal parenteral se diferencia de la oral en dos aspectos estrechamente vinculados: el uso en la mayoría de los casos de sustancias únicamente de tipo gestagénico y mecanismos de acción que se apoya primariamente en los cambios locales del aparato genital (moco, endometrio, etc.), lo que no excluye modificaciones en la regulación de la ovulación.

Las ventajas de estos métodos, relacionadas especialmente con la forma de administración, se manifiestan en un incremento de la seguridad y la facilidad de uso.

Su efecto variable sobre el ciclo ovulatorio determina respuestas distintas en cada usuaria y período de uso.

Descripción

Anticonceptivos inyectables combinados

Son preparados inyectables a base de estrógenos y progestágeno sintético, para aplicación mensual intramuscular. Por su contenido de estrógenos inducen un patrón de sangrado regular y ofrecen gran seguridad anticonceptiva.

Clasificación

Pueden ser de dos tipos:

- Los que contienen un sólo gestágeno.
- Los combinados estrógenos y gestágenos.

Entre los primeros tenemos los preparados de acetato de medroxiprogesterona (AMP), que contienen 150 mg y deben administrarse cada 12 semanas, y los de enantato de noretisterona, que contienen 200 mg y deben administrarse cada 8-10 semanas.

“..Recientemente la Organización Mundial de Salud ha fomentado la investigación de preparados combinados de estrógeno y gestágeno, entre los que destacan los que contienen 5 miligramos de valerianato de estradiol junto a 25 miligramos de Acetato de Medroxiprogesterona (AMP) y los compuestos por 5 miligramos de cipionato de estradiol y 25 miligramos de enantato de noretisterona, estos preparados deben administrarse mensualmente...”

Mecanismo de acción

La administración trimestral de 150 mg activan los tres posibles mecanismos de acción anticonceptiva de los productos que contienen gestágeno sólo.

Cambian significativamente las características del moco cervical (en la producción del ácido siálico) reduciendo su cantidad y aumentando su espesor, dificultando así la progresión espermática al mismo tiempo modifican las características endometriales (alteración histológica) impidiendo la implantación, produciendo un bloqueo de gonadotropinas (inhibiendo la metabolización a nivel ovárico) que afecta preferentemente la hormona luteinizante (Lh) a nivel hipotálamo-hipofisario). Con ello se obtiene un cierto grado de desarrollo folicular sin que se produzca la ovulación.

"Los efectos de los preparados que contienen gestágenos sobre la actividad ovárica han sido clasificados por Landgen y Diczfalusy en cuatro niveles distintos, que van desde la ausencia de actividad cíclica hasta los ciclos ovulatorios normales pasando por la ausencia de luteinización o las alteraciones en la fase luteínica."³⁰

Como consecuencia los niveles circulantes de estradiol son bajos y junto a posniveles de gestágeno proporcionados por el preparado inducen un proceso de pseudocaducidad endometrial que dificultaría la implantación en el hipotético caso en él que se hubiera podido producir una ovulación y consiguiente fecundación.

"Criterios de selección según la organización mundial de la salud

Los anticonceptivos inyectables combinados (Cyclofem y Mesigyna) se administran mensualmente y liberan un estrógeno eficaz y reversible que no están en riesgo de tener complicaciones cardiovasculares. Los estrógenos en los anticonceptivos inyectables combinados tienen una duración más corta y son menos potentes que los utilizados en los anticonceptivos orales combinados.

Categoría 1 Según la Organización Mundial de la Salud:

No hay restricciones para su uso.

- Edad desde la menarquia hasta los 40 años.
- Obesidad.

Condiciones Gineco/ Obstétricas.

- Lactancia
- Antecedentes de pre-eclampsia.

³⁰Calaf Ibíd. Págs 121,122.

- Antecedentes de embarazo ectópico.
- Post-parto.
- Mayor o igual a 21 días post-parto no amamantando.
- Sangrado menstrual.
- Enfermedad inflamatoria pélvica (pasada o actual).
- Enfermedad benigna de la mama.
- Ectropión / Erosión cervical.
- Fibromas uterinos.
- Cáncer del endometrio u ovárico.
- Antecedentes de diabetes en el embarazo.
- Enfermedad trofoblástica gestacional.

Enfermedades crónicas /otras condiciones.

- Enfermedad de la tiroides.
- Epilepsia.
- Hepatitis (portadora, no caso activo).
- Esquistosomiasis.
- Tuberculosis.
- Malaria.
- Anemia insuficiencia de hierro.

Riesgo de enfermedades de transmisión sexual / virus de inmunodeficiencia humana

- Aumento de riesgo de enfermedades de transmisión sexual /virus de inmunodeficiencia humana
- Enfermedades de transmisión sexual (pasadas o actuales)
- Virus de inmunodeficiencia humana positivo o síndrome de inmunodeficiencia adquirida

Categoría 2 Organización Mundial de la Salud.

Las ventajas superan a los riesgos.

- Edad > 40 años.
- Fumadora < de 35 años o leve > de 35 años.
- Dolores de cabeza severos (incluyendo jaqueca sin síntomas neurológicos focales).

Condiciones Gineco /Obstétricas.

- Lactancia (mayor o igual a 6 meses post-parto).
- Enfermedades de la mama-masa no diagnosticada.
- Antecedentes de ictericia (asociados al embarazo, a los anticonceptivos orales o inyectables hormonales combinados).
- Cáncer cervical o lesiones cervicales precancerosas.

Condiciones cardiovasculares.

- Afecciones a las válvulas del corazón sin complicaciones.
- Hipertensión moderada (presión arterial menor a 160/100).^{oo}

Enfermedades crónicas / otras condiciones.

- Talasemia.
- Anemia falciforme.
- Diabetes sin complicaciones.
- Enfermedad de la vesícula biliar - actual o tratada médicamente.
- Cirrosis leve.

Categoría 3 según Organización Mundial de la Salud:

Los riesgos superan a las ventajas.

- Fumadora excesiva (mas de 20 cigarrillos diarios), edad > de 35 años.

Condiciones Gineco / Obstétricas.

- Lactancia (mayor de 6 semanas post-parto).
- Menor de 21 días post-parto amamantando.
- Antecedentes de cáncer de mama.
- Sangrado transvaginal causa desconocida.

Condiciones cardiovasculares

- Historia de hipertensión o presión arterial 160/100- 180/100.
- Hiperlipidemias conocidas.'

Enfermedades crónicas / otras condiciones.

- Uso de ciertos antibióticos o anticonvulsivantes. °

Categoría 4 Organización Mundial de la Salud:

No usar

- Jaquecas con síntomas neurológicos focales.

Condiciones Gineco / Obstétricas.

- Embarazo o sospecha de embarazo.
- Lactancia menor a 6 semanas post-parto.
- Cáncer de mama (actual).

Condiciones cardiovasculares.

- Hipertensión severa (presión arterial > ó = 180/110) con o sin enfermedad vascular.
- Antecedentes o presencia de afección tromboembólica o apoplejía.

- Antecedentes o presencia de isquemia o cardiopatía valvular complicada.

Enfermedades crónicas / otras condiciones.

- *Diabetes con ciertas complicaciones vasculares y / o más de 20 años de duración.* °°
- *Hepatitis severa.* °°
- *Tumores malignos del hígado.* °°

°° Podría ser categoría 2 en algunos casos menos graves:

Cirrosis (severa), Tumores del hígado (benigno o maligno)

° Ciertos antibióticos (rifampicina y griseofulvina) y drogas: anticonvulsivantes (fenitoína, carbamazepina, barbitúricos y primadona) probablemente reducen la eficacia de los anticonceptivos inyectables.

Cambios metabólicos

Los efectos metabólicos de estos preparados son escasos, ya que por una parte evita el primer paso hepático y las modificaciones en la síntesis proteica a este nivel.

Se trata de un gestágeno que carece del perfil androgénico característico de los gestágenos que contienen los anticonceptivos orales. Por esta razón no se han observado cambios significativos ni en la coagulación ni en el metabolismo de los hidratos de carbono.

En algún estudio se han observado modificaciones desfavorables del perfil lipídico, durante la fase inicial caracterizada por niveles altos de gestágeno circulante, lo que no había sido detectado en otras publicaciones. Este punto deberá ser estudiado más ampliamente en el futuro, así como, el posible efecto sobre la masa ósea derivado de la disminución de los niveles circulantes de estrógenos.

Efectos adversos

Los efectos adversos más comunes que acompañan a la administración de gestágenos de depósito son las cefaleas, el aumento de peso, la sensación de mareo, el dolor abdominal, la tensión mamaria, la ansiedad, depresión, cambios de carácter, ".....pérdida de la libido e inducción de tumores mamaros en animales de experimentación cuando se administran en grandes dosis"³¹.

³¹ Govan Ibíd. Pág. 441.

"Los cambios de peso oscilan entre 1 y 3 kg, y son la consecuencia de la retención hídrica."³² "en el primer año de uso de (MPA) acetato de medroxiprogesterona y continua ganándolo posteriormente; sin embargo, este efecto puede no estar relacionado con acetato de medroxiprogesterona (MPA.)

"..En un número limitado de usuarias se presentan ciclos menstruales irregulares (amenorrea, sangrado prolongado), especialmente los 3 primeros meses, e incluso interrupción completa del ciclo menstrual. Con el tratamiento continuado la incidencia de hemorragia disminuye uniformemente y la incidencia de amenorrea aumenta también de forma uniforme de modo que después de 2 años, aproximadamente un 70% de mujeres que reciben acetato de medroxiprogesterona (MPA) tienen amenorrea."³³

Todos los efectos son similares a los presentados con los anticonceptivos orales combinados.

Indicaciones

Es un método adecuado para aquellos casos en los que se desee facilitar el cumplimiento o bien estén contraindicados los estrógenos. Entre los primeros tenemos aquellas personas con déficit intelectual que les impide una buena observancia de la anticoncepción oral.

Los gestágenos de depósito están también indicados durante la lactancia ya que no plantean el problema del paso de estrógenos a la leche y, a diferencia de lo que ocurre con los anticonceptivos orales, no disminuyen sino, al contrario, fomentan la secreción láctea, teniendo en cuenta de descartar la presencia de embarazo antes de su administración.

Puede administrarse simultáneamente con los tratamientos anticonvulsivantes (hidantoínas, valproato, etc.) sin que se interfieran en su mecanismo de acción, al mismo tiempo, este gestágeno tiene un efecto sedante en el sistema nervioso central que contribuye a disminuir la incidencia de crisis convulsivas.

Contraindicaciones

Absolutas:

- Mujeres con antecedentes o presencia de enfermedades tromboembólicas.
- Accidentes cerebro vasculares.
- Enfermedades coronarias.
- Evidencia de alteración de la función hepática.

³² Govan *Ibid.* Pág.124.

³³ Beers Mark H. El Manual Merck de Diagnóstico y Tratamiento, 1^o Ed. 2006.

- Tumores benignos o malignos del hígado.
- Embarazo.
- Sospecha o evidencia de neoplasia (estrógeno dependiente).

“...Una de las preocupaciones que ha retrasado considerablemente la aceptación de este producto ha sido la posibilidad de que afecte positivamente la aparición de cáncer de mama. El primer signo de alarma surgió en los estudios experimentales realizados con perros sabuesos en los que aparecieron tumoraciones mamarias.

Este efecto que sólo se ha observado en perros de esta raza que ya presentan espontáneamente una alta incidencia de nódulos de mama, puede ser una consecuencia de una estimulación directa por parte de los gestágenos o a través de la hormona de crecimiento.

Los estudios realizados en humanos, especialmente por la Organización Mundial de Salud (OMS), señalan un discreto incremento de la aparición de cáncer de mama durante los primeros años de uso que no se mantiene con la progresión del tratamiento.

Estos resultados ya se habían intuido en otros dos estudios previos, a pesar de que se discuten los resultados desde el punto de vista epidemiológico, por la posible existencia de factores de confusión, podría aceptarse un efecto de estimulación sobre tumoraciones ya preexistentes haciéndolas clínicamente evidentes, lo que explicaría su asociación con el inicio reciente del tratamiento...”

“... Tal como ocurre con los anticonceptivos orales se ha observado un leve incremento en la incidencia de neoplasia cervical intraepitelial (CIN) entre las usuarias de este tipo de anticonceptivos...Por otra parte la anticoncepción con (AMP) acetato de medroxiprogesterona reduce el riesgo de cáncer de endometrio y al inhibir la ovulación influye también positivamente en la incidencia de cáncer de ovario”³⁴

³⁴ Calaf Ibid. Pág. 125.

1.7. METODOS DE BARRERA

1.7.1 DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU)

Antecedentes:

Esta forma de control de la gestación fue inventada, hace unos 3.000 años, por los pueblos que habitaban en el desierto, que colocaban guijarros lisos en el útero de las camellas para evitar que quedasen preñadas durante las largas expediciones. Más tarde, Hipócrates propuso que las mujeres utilizarasen también este método, se ensayaron diversos materiales, como marfil, madera, vidrio y algunos metales preciosos.

Desde los escritos de Hipócrates se mencionan los dispositivos intrauterinos como elementos de anticoncepción. En 1909, Richter describe por primera vez el uso de un anillo de seda natural como dispositivo intrauterino con fines anticonceptivos, que los describió en una publicación los efectos anticonceptivos que ejercía el anillo intrauterinamente. Sin embargo fue Gráfemberg quien en 1920 diseñó primero una estrella de crin y luego un arco, a los que ato un hilo de plata que posteriormente introdujo en la cavidad uterina con fines anticonceptivos. Entre los años 30 's y los 50 's se introdujo el uso del plástico en la fabricación de los DIU 'S, simultáneamente en Israel y Japón.

A partir de ese momento se diseñaron numerosos modelos de dispositivo intrauterino utilizando como material de primera elección el polietileno asociándole un hilo tractor que permitía, además, simplificar su extracción debido a que este plástico tiene memoria y permite hacer dispositivos con diferentes formas en "T" o en "U" invertida, y enderezarlos para su inserción en el útero a través del cuello, y una vez en su sitio recobran su forma original.

Uno de los avances más significativos de la anticoncepción intrauterina se produjo con la incorporación de los dispositivos intrauterinos modernos.

La primera generación como Lippes Loop y Saf-T-Coil, estaban hechos de plástico únicamente.

La segunda generación, a la que pertenecía el Gravigard Cu 7, estaba hecha de plástico y cobre.

La tercera generación y actual como el Novagard, tienen diferentes formas y están hechos de polipropileno y alambre de cobre o bien de alambre de cobre con meollo de plata, en un extremo tienen dos hilos, una vez puesto el dispositivo intrauterino, estos hilos sobresalen un poquito del cuello del útero en la vagina.

Al parecer estos dispositivos se mantienen mejor en su sitio, producen períodos de sangrado más leves y son menos dolorosos que los de la primera

generación, debido a su tamaño más reducido resultan también menos incómodos a la hora de colocarlos

También existen dispositivos intrauterinos hormonales impregnados de un progestágeno de efecto retardado.

Descripción

Dispositivo anticonceptivo consistente en una lámina curva de plástico radiopaco, con un filamento colgando, que se introduce en el útero con objeto de alterar su fisiología y de las trompas de Falopio impidiendo así un embarazo...³⁵

Clasificación

Se clasifican en dispositivos intrauterinos inertes, inactivos o no medicados y activos o medicados, estos últimos pueden tener un hilo de cobre, sólo recubriendo un núcleo de plata o bien contener un gestágeno, actualmente los DIU'S medicados son los más usados.

Morfología:

Las morfologías que más se han generalizado son las que adoptan las formas de "T". La cantidad de cobre oscila según los modelos entre 200 miligramos (carga baja) y 380 miligramos (carga alta), estimándose su liberación diaria entre 40 - 50 miligramos.

Algunos modelos están sustituyendo el hilo de cobre por reservorios ubicados a lo largo de los vástagos. Este sistema no sólo imposibilita la fragmentación sino que, además, aumenta su duración hasta los 20 años.

Los dispositivos intrauterinos liberadores de progesterona o liberadores de levonorgestrel tienen una vida media de entre 12 -18 meses lo que obliga a un recambio anual. Los dispositivos intrauterinos (DIU) medicados son los más empleados actualmente, su duración esta determinada por la carga de cobre por el tipo de gestágeno que usa.

Mecanismo de acción.

Actualmente se desconoce el mecanismo interno mediante el cuál el dispositivo intrauterino ejerce su efecto anticonceptivo. No obstante, existe un conjunto de mecanismos histopatológicos y químicos que producen este efecto.

La inserción de un dispositivo intrauterino en el interior de la cavidad uterina desencadena de inmediato una respuesta inflamatoria del endometrio,

³⁵ Gisper Ibid Pág. 407

caracterizada por la existencia de un infiltrado leucocitario del estroma endometrial dado por la producción local de interleucinas (IL) como la interleucina 6 (IL6) y el factor de necrosis tumoral alfa que condiciona la fagocitosis de los espermatozoides y, la creación de un ecosistema desfavorable para la implantación.

Si el dispositivo intrauterino lleva asociado un filamento de cobre, su liberación y posterior oxidación en la cavidad uterina va a permitir asociar otros mecanismos adicionales.

En primer lugar, la ruptura del equilibrio biológico existente entre los diferentes iones por la acumulación del cobre que va a modificar la capacidad enzimática del endometrio, entre otros, a la b-glucuronidasa, la anhidraza carbónica y a los activadores del plasminógeno.

En segundo lugar, se produce un incremento de la síntesis de prostaglandinas, mecanismo por el que Laesson y Cols, explican el incremento de la contractilidad tubarica, lo que dificultaría también el proceso de la fecundación.

Los dispositivos intrauterino de alta carga provocan una importante reducción de los receptores de estrógenos y de progesterona en el endometrio esto podría explicarse por un bloqueo que ejercería el cobre a la unión del esteroide con el receptor, o incluso impediría el reciclaje del receptor una vez utilizado y justificaría la mayor frecuencia de sangrado, se produce como consecuencia de una maduración irregular del endometrio. La presencia del cobre en el moco cervical no sólo va a impedir la capacitación espermática, sino que, además, ejerce un efecto espermicida directo al impedir su motilidad, todos estos mecanismos podrían resumirse en dos: un efecto antiimplantatorios predominante en los dispositivos intrauterinos inertes y un efecto anticonceptivo como mecanismo fundamental de los dispositivos intrauterinos de cobre.

Los dispositivos intrauterinos que contienen progesterona provocan una caducidad del endometrio con atrofia glandular, estos dispositivos intrauterinos añaden como mecanismos de acción asociados a una inhibición de la capacitación espermática y de la implantación el dispositivo intrauterino de levonogestrel asocia además una posible inhibición parcial de la ovulación provocada por el paso de levonogestrel a la circulación sistémica. Ambos dispositivo intrauterino determinan cambio en el moco cervical que dificulta la penetración espermática.

“Criterios de selección según la Organización Mundial de la Salud

Los dispositivos intrauterinos con cobre son apropiados para las mujeres con bajo riesgo de adquirir una enfermedad de transmisión sexual que desean un método anticonceptivo altamente eficaz y de larga duración que no requiere

atención permanente. Muchas condiciones que habían sido consideradas impedimentos para su uso ya no son consideradas factores de riesgo. Las condiciones principales que excluyen el uso del dispositivo intrauterino se usan con el riesgo de adquirir una enfermedad de transmisión sexual, y con ciertas condiciones ginecológicas.

Categoría 1 según la Organización Mundial de la Salud:

No hay restricciones para su uso.

- Edad de los 20 años.*
- Fumadora.
- Obesidad.
- Dolores de cabeza (incluyendo migraña).

Condiciones Gineco/ Obstétricas.

- Lactancia
- Antecedentes de pre-eclampsia.
- Antecedentes de embarazo ectópico.*
- Post-parto. (4 semanas)
- Post-aborto primer trimestre.
- Irregularidad menstrual sin sangrado abundante.
- Enfermedad inflamatoria pélvica si posteriormente hubo embarazo.
- Enfermedad benigna de la mama.
- Ectropión / Erosión cervical.

Condiciones Cardiovasculares.

- Alteraciones Tromboembolicas.
- Enfermedades de las válvulas del corazón sin complicaciones
- Hipertensión.
- Isquemia cardiaca e infarto.

Enfermedades crónicas /otras condiciones.

- Enfermedad de la tiroides.
- Epilepsia.
- Diabetes.
- Hepatitis (portadora, no caso activo).
- Esquistosomiasis (excepto urinaria con anemia).
- Uso de algunos antibióticos o anticonvulsivantes
- Enfermedad de la vesícula biliar.
- Malaria.
- Cirrosis.
- Tuberculosis no pélvica.

Categoría 2 Organización Mundial de la Salud:

Las ventajas superan a los riesgos

- Edad menos de 20 años.*

Condiciones Gineco /Obstétricas.

- Nulipara.
- Patrones menstruales con sangrado abundante o prolongado/dismenorrea severa.
- Enfermedad inflamatoria pélvica previa sin embarazo posterior.
- Anormalidad uterino/cervical (incluyendo fibromas) que no deforman el útero ni interfieren con la inserción del dispositivo intrauterino.
- Post-parto menos de 48 horas. °
- Post-aborto segundo trimestre.

Condiciones cardiovasculares.

- Enfermedad complicada de las válvulas del corazón. °°
- Antecedentes de hipertensión.
-

Enfermedades crónicas / otras condiciones.

- Talasemia."
- Anemia falciforme "
- Anemia por insuficiencia de hierro."
- Riesgo de enfermedades de transmisión sexual/virus de inmunodeficiencia humana (aconsejar uso de condón).

Categoría 3 SEGÚN Organización Mundial de la Salud: Los riesgos superan a las ventajas.

Condiciones Gineco / Obstétricas.

- 48 horas - 4 semanas posparto. °
- Enfermedad trofoblástica benigna.
- Riesgo de enfermedades de transmisión sexual (aconsejar uso del condón).

Categoría 4 Organización Mundial de la Salud: No usar.

Condiciones Gineco / Obstétricas.

- Embarazo.
- Sepsis puerperal o aborto postséptico.
- Sangrado transvaginal de causa desconocida.
- Enfermedad inflamatoria pélvica dentro de los últimos 3 meses.
- Anormalidad cérvico-uterina incompatible con la inserción de un dispositivo intrauterino.

- Enfermedad trofoblástica gestacional u ovárico.

Enfermedades crónicas/otras condiciones.

- Tuberculosis pélvica diagnosticada.
- Riesgo de enfermedades de transmisión sexual/virus de inmunodeficiencia humana (aconsejar el uso del condón) enfermedad de transmisión sexual dentro de los últimos 3 meses.³⁶
- * Preocupación acerca del riesgo del riesgo de expulsión en grupos de mujeres jóvenes/nulíparas.
- ** Se aconseja el uso profiláctico de antibióticos cuando se inserte un DIU en mujeres con esta condición.
- * Preocupación por el aumento de pérdida de sangre en los primeros meses de uso.
- Preocupación por perforación uterina durante el período.

Normas básicas de uso.

- Realización de historia clínica.
- Antecedentes ginecoobstétricos.
- Enfermedades relacionadas con la coagulación sanguínea
- Antecedentes personales de neoplasias genitales.
- Las alergias a los metales.
- Intervenciones quirúrgicas practicadas en el útero, malformaciones uterinas.
- Infertilidad previa.
- Aborto de repetición.
- Antecedentes de partos pretérmino.
- Infecciones genitales o enfermedades de inflamación pélvica.
- Tipo menstrual.
- Existencia de alteraciones menstruales por exceso y de dismenorrea.
- Frecuencia de relaciones sexuales.
- Grado de promiscuidad sexual.
- Antecedentes anticonceptivos.
- Exploración genital obligatoria, (para inspección, palpación para descartación de embarazo).
- Historometría (para evaluación longitud uterina, morfología, incluso valorar la amplitud del orificio cervical).
- Educación sanitaria de la mujer (autoexploración mamaria y autopalpación del cérvix uterino).
- Deberá ser realizado por personal profesional con experiencia en esta área.

³⁶Uribe Botero Ibíd. Pág. 385.

Efectos secundarios.

Sangrados.

Es el más frecuente de los efectos secundarios se presenta inmediatamente después de la inserción se presenta sangrado, se considera como reacción normal.

Las dos o tres primeras menstruaciones son más abundantes o más duraderas, o presentarse como sangrados intermenstruales generalmente como manchas o secreción sanguinolenta, durante unas semanas después de la aplicación pero después se normalizan espontáneamente, también pueden presentarse metrorragias, menorragias o ambas, que persisten a lo largo de los ciclos siguientes de grado variable, si persisten deberá considerarse necesario la extracción del dispositivo intrauterino.

Dolor.

Se presenta por lo general inmediatamente después de la colocación del dispositivo intrauterino en forma de cólico uterino, retortijones o dolor hipogástrico y en región lumbar, aunque muchas veces se limita a un ligero malestar que no persiste por más de una semana.

Puede presentarse lipotimias y aun síncope durante la inserción del dispositivo intrauterino, probablemente por hipotensión refleja a partir de la dilatación brusca del cuello, cuadro que se observa con mayor frecuencia cuando se intenta colocarlo en nulíparas.

Si después de varios meses sin molestia alguna, el dolor reaparece, puede significar que el dispositivo intrauterino esté a punto de ser expulsado.

Secreciones vaginales.

Son muy frecuentes, probablemente debidas a una reacción inicial del endometrio al cuerpo extraño, se discute si el hilo que queda en la vagina, el cual sirve como control de la presencia del dispositivo y como elemento tractor cuando se lo desea retirar, puede ser vía de acceso de gérmenes vaginales al tracto genital superior y dar lugar a la aparición de la infección secundaria del endometrio.

Expulsión.

Un problema asociado es la expulsión espontánea, es más alta durante el 1er mes posterior a la inserción, alrededor del 50% de todas las expulsiones ocurren durante los 3 primeros meses y comparativamente, muy pocas después

del 1er año, la mayoría ocurre durante el período menstrual. La reinserción del mismo tipo de dispositivo después de la expulsión implica un riesgo mucho más alto de expulsión que la primera inserción. La reinserción de un dispositivo de mayor tamaño que el expulsado, reduce la posibilidad de expulsión pero puede aumentar el sangrado y el dolor.

Complicaciones.

- Puede dividirse en tres grandes grupos:

1.-Complicaciones en el transcurso de la inserción.

La más frecuente es la aparición de dolor en el transcurso de la inserción, seguido ocasionalmente de una reacción vagal transitoria. Cuando se presenta esta situación es preciso mantener a la mujer en decúbito con las piernas ligeramente elevadas y con control de la tensión arterial

Es mucho menos frecuente la perforación uterina observada especialmente cuando la inserción se realiza en el posparto inmediato. Ante esta situación lo más importante es interrumpir la manipulación y someter a la mujer a observación para vigilar la aparición de hemorragia o de signos de abdomen agudo.

Existe riesgo de infección durante la inserción en dos situaciones: cuando no se ha respetado la asepsia necesaria, o bien existía una infección no diagnosticada previamente.

2.-Durante su inserción.

La inserción incompleta o parcial en la cavidad uterina del dispositivo no sólo aumenta las complicaciones, sino que reduce sustancialmente su eficacia anticonceptiva. Esta complicación está en relación directa con el grado de calificación y con la experiencia del profesional que realiza la inserción.

3.-En el proceso de la extracción.

Se pueden producir desde el momento de la inserción hasta su extracción y son la gestación, descenso y la expulsión como las alteraciones menstruales y el dolor.

Perforación uterina.

Ocurre generalmente en la colocación por úteros en posiciones viciosas no diagnosticadas previamente, o perforarse la pared uterina cuando se intenta retirar un dispositivo sin hilos vaginales. La mayoría de las perforaciones son asintomáticas, excepto las que se acompañan de infección secundaria (peritonitis) o que determinen algún grado de obstrucción intestinal.

Infecciones.

El incremento del riesgo de enfermedad inflamatoria pélvica, en especial durante el primer año y se ha relaciona a los dispositivos intrauterinos con infecciones por actinomicetos si se retienen durante periodos prolongados, se calcula que el 2 a 3% de mujeres portadoras de dispositivo intrauterino pueden desarrollarla.

Embarazo.

"Las tasas de embarazo durante el primer año fluctúa entre el 1.5% y el 5%, los dispositivos de menor tamaño están asociados a tasas más altas de embarazo. Las tasas de embarazos disminuyen proporcionalmente con el tiempo de inserción del dispositivo. Si ocurre un embarazo con el dispositivo uterino in situ las probabilidades de que sea ectópico son 10 veces mayores que en las no usuarias"³⁷.

"Este tipo de gestaciones terminan en aborto espontáneo en aproximadamente en 40% de los casos. No se conocen malformaciones fetales imputables al dispositivo. Lo dificultoso es el manejo psicológico de la mujer embarazada con el dispositivo, colocado, pues, además de que su hijo no es planeado, la presencia del cuerpo extraño da argumento para que la mujer agudice su angustia por el temor a las malformaciones"³⁸.

Indicaciones.

Se recomienda para mujeres que han tenido por lo menos una gestación y comparten una relación mutua monógama y estable, los dispositivo intrauterino son métodos temporales de alta efectividad y escasos efectos colaterales, con una tasa de continuidad en su uso de más del 60% a los 2 años de haber sido aplicados.

Contraindicaciones.

Contraindicaciones absolutas

- Gestación.
- Neoplasias uterinas.
- Antecedentes de Enfermedad Inflamatoria Pélvica.
- *Infecciones genitales activas.*
- Alergia al cobre (sólo dispositivo intrauterino de cobre).
- Enfermedad de Wilson (sólo dispositivo intrauterino de cobre).
- Hipocoagulabilidad sanguínea.
- Promiscuidad sexual.
- Alteraciones menstruales por exceso de sangrado.

³⁷ Botero, Ibíd. Pg.383-384.

³⁸ Gori, Ibíd. Pg. 490

Gestación.

Es una contraindicación absoluta para la aplicación del dispositivo, por este motivo el dispositivo intrauterino se coloca durante o inmediatamente después de una menstruación.

Infección pélvica.

Todas las infecciones activas (salpingitis, endometritis o cervicitis agudas o crónicas) o historia de infección recientes deben ser convenientemente tratadas antes de colocar un dispositivo intrauterino.

Miomas uterinos.

Sobre todo los que deforman la cavidad, sin embargo la posibilidad de que las mujeres con alta fertilidad, que son candidatas ideales, presenten miomas grandes es muy baja.

Hemorragias uterinas anormales.

Cualquier hemorragia anormal, orgánica o no, debe ser estudiada y tratada antes de colocar el dispositivo.

Cáncer genital.

Un tumor maligno definido no constituye contraindicación al dispositivo, como tal pero si es una indicación para el tratamiento inmediato de la enfermedad y no para pensar en anticoncepcionales, una citología sospechosa no constituye una contraindicación ya que no existe evidencia de que el uso del dispositivo esté asociado a la aceleración en la evolución de procesos pre-cancerosos

Contraindicaciones relativas.

- No puede generalizarse, cualquier otra situación debe someterse a una evaluación riesgo/ beneficio individualizada.

Nulliparidad.

Debe explicarse a las mujeres que no han tenido hijos que no puede comprobarse si son fértiles antes de que hayan tenido un embarazo. Se reconoce que el dispositivo intrauterino se asocia a un mayor riesgo de infecciones tubarias y de pelviperitonitis, mujeres jóvenes y nullparas constituyen una contraindicación relativa.

Eficacia.

Son algo más eficaces que el diafragma o el preservativo, pero menos que los productos hormonales (sobre todo los anovulatorios), sin embargo su ventaja radica en el hecho de no demandar más cuidados que el control periódico, de olvidar la preocupación de posibles olvidos y sus consecuencias, como ocurre con los anovulatorios, y de no interferir con el libre juego amoroso.

1.7.2 PRESERVATIVOS

Los métodos de anticoncepción de barrera incluyen el conjunto de operativos mecánico (preservativo o condón) que, aplicado sobre el aparato genital masculino o femenino, bloquean el acceso de espermatozoides al conducto cervical.

Antecedentes

Este método es muy antiguo ya que los condones naturales se usaron durante millones de años, las primeras evidencias del uso del condón datan de los egipcios en el año 1340 a.c., se han usado durante siglos, algunas pinturas rupestres y murales egipcios muestran hombres con algún tipo de cobertura en el pene, no se sabe si tenía un fin sexual, de control de la natalidad o como protección contra enfermedades, o si era simplemente un adorno.

El término condón se debe a un médico de la corte de Carlos I de Inglaterra de apellido Condom, quien sugirió la introducción de este elemento a sus prácticas sexuales para limitar su descendencia.

La palabra condom tiene origen de la palabra Kenav o Konav de origen persa y significa vasos largos para almacenamiento de granos, en un principio estos condones se confeccionaban con los intestinos de diversos animales, tipo de cordero, tela, seda empapada de aceite incluso cuero.

Incluso actualmente algunas tribus siguen poniéndose un trozo de junco o un palo hueco en el pene para protegerse de picaduras de insectos u otras heridas y seguramente porque deben de encontrarlo elegante. También podrían tener un fin ritual, lo que sí sabemos es que los preservativos masculinos son muy antiguos.

Los avances tecnológicos del siglo XIX en la manufactura de caucho y posteriormente en el siglo XX la fabricación del látex, permitieron que los condones fueran menos porosos que los naturales y forman una barrera más efectiva reduciendo la transmisión de calor, lo cual puede ocasionar una reducción del placer sexual.

Actualmente se fabrican más grandes, el material es estable, mantiene la resistencia a lo largo del tiempo y además de que permiten una mejor transmisión del calor, no se daña al usar lubricantes a base de agua.

Descripción

Un condón es un tubo hecho de material delgado y flexible (hechos actualmente de material sintético llamado látex) que está cerrado en un extremo, que se ajusta sobre el pene o en su defecto sobre la cavidad cervical.

Condón femenino

El condón femenino es una manga de poliuretano con un extremo cerrado y un extremo abierto más grande. Con un anillo flexible en cada extremo. (Este condón no se encuentra disponible en nuestro país debido a su alto costo y no se ha comercializado como ha gran escala como el condón masculino).

Tipos de preservativos

Actualmente, todos los modelos están normalizados de manera que cubran toda la longitud del pene, encontrándose variantes respecto a la presencia o no de reservorio, y respecto al material lubricante añadido.

El material utilizado es el látex., la presencia de reservorio en el extremo ciego pretende recoger la mayor parte del eyaculado y, así, evitar o dificultar que se extienda hacia la base.

Disminuir las opciones de filtración fuera del área cubierta por el preservativo,

Mecanismo de acción

Impide el paso de los espermatozoides y de microorganismos al aparato reproductor femenino, también evita que los líquidos y microorganismos de la mujer tengan contacto con el pene. Es el método hasta el momento más efectivo contra las enfermedades de transmisión sexual.

Método de empleo

Aunque sea aparentemente intuitivo y sencillo, los datos disponibles muestran que es necesario un mínimo de entrenamiento para el uso correcto del preservativo. En efecto datos sobre desplazamientos o roturas, con el consiguiente riesgo infectivo y gestacional, suelen ser menos frecuentes en usuarios habituales, existe además, una polémica sobre si es necesario, o no, definir una mala adaptación, por exceso de tamaños, pues se ha llegado a sugerir que una mala adaptación podría explicar cierta tasa de roturas o desajuste.

Han sido publicadas en 1993 por el centro para el control de la enfermedad (CDC) de Estados Unidos de Norteamérica, siete normas básicas para su uso correcto.

Normas básicas de uso.

- Usar un nuevo condón en cada coito.
- Manejarlo cuidadosamente para evitar dañarlo con las uñas, los dientes, o joyería no rasgados el condón, incluyendo la joyería del cuerpo, alrededor del pene o la vagina también podrían rasgar un condón.
- Colocarlo cuando el pene está erecto, antes de cualquier actividad sexual o cuando el pene se mueva del recto a la vagina.
- Asegurarse de que no quede aire atrapado en la punta.
- Asegurar una adecuada lubricación durante el coito, posiblemente recurriendo a lubricantes exógenos basados en agua
- Usar sólo lubricantes derivados del agua, como la glicerina, y no derivados oleosos (vaselina, aceite de bebe o crema limpiadora dañan el látex.)
- Mantener firmemente el condón contra la pared del pene durante la retirada mientras el pene está aún erecto.

RECOMENDACIONES

- Guardar los condones donde no exista demasiado calor, frío o fricción.
- Contraindicado guardarlos en una cartera o en la guantera de tu automóvil.
- Verificar la fecha de caducidad.
- No usar los condones caducados.
- No abrir el paquete de condones con los dientes.
- No usar un condón masculino y un condón femenino al mismo tiempo.
- No tirar el condón en el inodoro.

Indicaciones.

Para hombres con vida sexual activa en las siguientes situaciones:

- Hombres en edad fértil con vida sexual activa con relaciones sexuales eventuales, particularmente adolescentes que desean protección anticonceptiva temporal y prevención de enfermedades de transmisión sexual.
- Hombres en edad fértil con vida sexual activa, portadores de enfermedades de transmisión sexual (ETS) como son virus del papiloma humano (VPH) etc.
- Hombres en edad fértil con vida sexual activa con relaciones sexuales, con alto riesgo de adquirir enfermedades de transmisión sexual (ETS).
- Hombres en edad fértil con vida sexual activa, postvasectomía, durante las primeras 25 eyaculaciones o antes de confirmación de azoospermia.
- Como apoyo a otras opciones anticonceptivas.
- Hombres que desean un método reversible y en quienes sus parejas, no utilicen ningún método anticonceptivo.

- Se puede usar en el posparto, durante la lactancia no tiene efectos hormonales previene el embarazo ectópico, puede incrementar el gozo sexual.

Contraindicaciones

- Alergia o hipersensibilidad al material de fabricación (plástico, látex o biológico), o al espermicida.
- Disfunciones sexuales asociadas a la capacidad eréctil.

Ventajas

- Es altamente eficaz cuando se emplea adecuadamente, no tiene efectos psicológicos o sistémicos, y es el único anticonceptivo masculino reversible.
- No interfiere la lactancia, se puede utilizar en el embarazo (no es teratogénico).
- Protege contra enfermedades de transmisión sexual (ETS), como el virus de inmunodeficiencia humano, virus de papiloma humano entre otros.
- Se puede retirar en cualquier momento, previene en algunos hombres la eyaculación precoz.
- Es de bajo costo y facilidad de adquisición.
- Puede ser usado sin atención médica previa y responsabilizada al hombre para prevenir el embarazo y enfermedades de transmisión sexual (ETS), no tiene efectos hormonales, puede incrementar el gozo sexual.

Desventajas

- El condón de látex puede causar irritación en algunas personas que son alérgicas a él.
- Algunas personas pueden ser alérgicas al lubricante utilizado por algunas marcas de condones.
- La pareja tiene que tomar algún tiempo para colocar el condón en el pene erecto antes del coito.
- El condón se puede deteriorar si se almacena por mucho tiempo o si se expone a la luz solar, a la humedad, o si es utilizado con lubricantes a base de aceite o vaselina.
- Puede romperse con exceso de la fricción.
- La cooperación del hombre es necesario para que la mujer pueda protegerse de un embarazo o enfermedad de transmisión sexual.

Efectos colaterales.

- Intolerancia al látex o al espermaticida.

Nonoxinol-9 (Espermaticida).

Nonoxinol-9 es un químico espermaticida, que puede ayudar a prevenir el embarazo cuando se usa en la vagina junto con condones u otros métodos anticonceptivos, nonoxinol-9 no debe usarse en la boca o recto.

Debido a que el nonoxinol-9 destruyó el virus de inmunodeficiencia humana en el laboratorio, se consideró como una manera de prevenir la infección por virus de inmunodeficiencia humana durante el sexo. El inconveniente es que provoca en, muchos usuarios reacciones alérgicas a nonoxinol-9. El pene, vagina, y recto pueden irritarse causando picores, hinchazón o enrojecimiento y con ello desarrollando pequeñas heridas que realmente facilitan la transmisión de virus de inmunodeficiencia humana. Estas mismas reacciones pueden provocar por si sólo el látex en los usuarios altamente sensibles y que por si sólo el Nonoxinol-9 no se recomienda como una manera de prevenir la infección por virus de inmunodeficiencia humana.

Eficacia.

En la eficacia de los métodos de barrera no hay datos bien contrastados, y los resultados disponibles son sólo aproximados, debido a factores, socioeconómicos, edad, promiscuidad aunque tiene dos funciones elementales, como protección contra la infección y anticoncepción.

El grado de protección anticonceptiva de los preservativos masculinos depende de cómo los utilicen, puede proporcionar un 98% de protección. Por otro lado, la tasa de fracaso oscila entre el 2% y el 15 %. La cifra refleja fracasos debido a "errores del usuario". Estos errores que merman la eficacia se cometen manipulando el preservativo, poniéndolo o quitándolo o teniendo contactos genitales próximos antes de ponerlo o después de quitarlo.

"El uso continuo de condón puede reducir el riesgo de transmisión de enfermedades sexuales en 69%, la eficacia anticonceptiva como para todos los métodos, depende de la correlación de uso y de la continuidad, lo que justifica las diferencias encontradas entre el usuario perfecto y el llamado usuario típico. El porcentaje de mujeres que presentan un embarazo accidental en el primer año de uso es del 2% para el usuario perfecto, y el 12% para el típico. (Estudio revisado por Cates y Stones 1992)."

Aceptabilidad y continuidad.

"Dos conceptos, integrados en el término anglosajón de *compilarse* son pertinentes al respecto: la aceptabilidad y, posteriormente, el uso continuado.

La aceptación del uso de condón pasa por la asimilación psicológica del mensaje de que, fuera de una relación monógama por ambas partes entre dos individuos virus de inmunodeficiencia humana negativo y sin otras enfermedades de transmisión sexual, el condón debe utilizarse siempre.

Sin embargo, el mensaje del uso del condón es el único obstáculo a su utilización.

Algunos autores han estudiado las dificultades referidas por los usuarios potenciales para la adquisición entre ella:

- La vergüenza.
- Rechazo a ser visto.
- Falta de dinero
- Problema de elección ante la oferta disponible.

La Universidad de California en Los Ángeles ha propuesto una escala multidimensional de actitudes hacia el condón (MCAS) donde destaca aspectos potenciales que influyen en la aceptabilidad del método. Junto a los ya mencionados reparos ligados a la compra del condón señalan otros cuatro:

1. La eficacia del condón.
2. El placer sexual asociado al uso.
3. El estigma asociado con las personas que lo usan y el reparo en el momento de proponerlo a la pareja antes del coito.
4. La reducción en la sensación, el cuidado frente a la rotura y la rapidez de la retirada tras la eyaculación también fueron mencionados.³⁹

³⁹ Calaf *Ibid.* Págs. 48, 49.

Mitos del condón

Los condones no sirven:

Los condones previenen muy bien la transmisión de virus de inmunodeficiencia humana si se usan correctamente cada vez que tienes sexo.

Los condones se rompen mucho:

Menos de 2% de los condones se rompen cuando se usan correctamente: no se use ningún aceite con los condones de látex, tampoco usar condón doble ni ningún condón con fecha vencida.

El Virus de Inmunodeficiencia Humana puede atravesar los condones:

El virus de inmunodeficiencia humana no puede atravesar ni látex ni condones de poliuretano, no se recomienda usar los condones de piel de borrego.

Usados correctamente, los condones son la mejor manera de prevenir la transmisión del virus de inmunodeficiencia humana durante la actividad sexual, los condones pueden proteger la boca, vagina o recto del semen con virus de inmunodeficiencia humana.

Estos pueden proteger el pene de la infección por virus de inmunodeficiencia humana en los fluidos vaginales o la sangre en la boca, vagina o recto. También ayudan a prevenir otras enfermedades transmitidas sexualmente.

Los condones deben guardarse, usarse y tirarse correctamente, se usan los condones masculinos en el pene y los condones femeninos en la vagina o recto.

1.8. METODOS ANTICONCEPTIVOS PERMANENTES.

Antecedentes.

La primera vasectomía fue realizada en 1894 se ha extendido su uso de manera progresiva a partir de 1950.

Los métodos anticonceptivos permanentes o no reversibles representan una opción efectiva y segura para aquellas parejas que han completado sus expectativas reproductivas y que han tomado la decisión de terminar su fecundidad en forma definitiva.

1.8.1 Vasectomía.

Es un procedimiento quirúrgico menor o ambulatorio que en unos 15-30 minutos permite mediante técnica reglada que consiste en la oclusión o ligadura permanente de los conductos deferentes cuya vía de abordaje es la escrotal y requiere de anestesia que, de acuerdo a las circunstancias puede ser local, regional o general.

Existen dos tipos de técnicas.

1. Tradicional. (Con bisturí).
2. Técnica del DR. LI. SHUNQIANG (sin bisturí) o técnica percutánea

Mecanismo de acción.

La vasectomía ejerce su efecto anticonceptivo al constituir una barrera mecánica que impide el paso de los espermatozoides, por lo tanto previene la fertilización.

Indicaciones

- Hombres que han completado sus expectativas reproductivas (número de hijos deseados), sin embargo, puede estar también indicada en las siguientes condiciones.
- Razones médicas, en aquellas circunstancias en las que el embarazo represente un riesgo alto en su pareja.
- Hombres con retraso mental, en cuyo caso se requiere el consentimiento firmado de los padres o tutores.

Efectividad.

La efectividad de la vasectomía oscila entre 96% y el 100%, los fallos se producen generalmente por la falta de práctica del especialista o raramente por

anomalías anatómicas (deferente doble o confusión del deferente con algún otro elemento del cordón).

Precauciones

Se deberán evaluar los beneficios y riesgos del uso de este método en las siguientes condiciones:

- Infecciones en el área genital.
- Hidrocele.
- Varicocele.
- Engrosamiento escrotal.
- Hernia inguinoescrotal.
- Enfermedades hemorragiparas.

Contraindicaciones

- Criptorquidia.
- Antecedentes de cirugía escrotal o testicular.
- Disfunción eréctil.

Técnicas quirúrgicas.

En la técnica tradicional con bisturí, se ligan, seccionan o bloquean los conductos deferentes, a través de una pequeña incisión en el escroto. En la técnica sin bisturí, se ligan y seccionan los conductos deferentes a través de una punción en el rafe escrotal. En ambas técnicas puede utilizarse el electrofulguración para bloquear los conductos deferentes.

La técnica de elección es la del Dr. Li, ya que al no requerir hospitalización ni exámenes preoperatorios se puede realizar en unidades de primer nivel de atención (módulos de vasectomía sin bisturí).

Efectos colaterales.

No se han demostrado hasta la fecha efectos adversos relacionados directamente con el método. Se pueden presentar problemas asociados al procedimiento quirúrgico como hematomas, hemorragias de la herida, infección, epididimitis, orquitis, prostatitis y granulomas.

Hematomas.

Se forma en las horas siguientes a la intervención y puede acumularse en el escroto o extenderse por vía inguinal en los casos más graves. Se acompaña de gran dolor y tumefacción escrotal, que requieren la reintervención y hemostasia

con drenaje por una nueva incisión en la bolsa escrotal y es conveniente mantener una cobertura antibiótica de amplio espectro para evitar infección.⁴⁰

Hemorragia.

Se produce por lesión y mal control hemostático de los vasos subcutáneos escrotales, generalmente son autolimitados y no requieren actuar quirúrgicamente.

Infecciones.

Generalmente se producen infecciones superficiales de la herida quirúrgica y se resuelven con la administración de antibióticos, antiinflamatorios, baños de asiento, fijación escrotal con suspensorios. Otras infecciones pueden afectar tanto el epidídimo o el testículo (la epididimitis u orquitis respectivamente), siendo ambas afortunadamente muy raras. La orquiepididimitis gangrenosa es una complicación rara pero posible.

Complicaciones tardías.

Epididimitis crónica, Cáncer testicular, Cáncer prostático.

Epididimitis crónica.

Esta complicación es consecuencia de la extravasación espermática, produciéndose la aparición de un granuloma de células gigantes reactivas a un material ácido-graso, proveniente de la degradación de las cabezas espermáticas. Puede presentarse hasta después de 5 años de la intervención y suelen producirse en la sección deferente o de epidídimo generalmente las molestias ceden con medidas conservadoras como la aplicación de calor local y la sujeción mediante suspensorios.⁴¹

Cáncer de testículo.

Algunas de las complicaciones atribuidas a la vasectomía fue el cáncer de testículo según en un estudio realizado en Estados Unidos, en un estudio posterior realizado en Dinamarca entre 1977 y 1989, no se encontró relación entre cáncer testicular y la vasectomía, por lo que se concluye que la vasectomía no es capaz de provocar un crecimiento tumoral testicular o lesiones no invasivas precursoras.

Carcinoma de próstata.

Ningún estudio ha demostrado todavía un aumento de mortalidad en hombres sometidos a esta práctica anticonceptiva.

⁴⁰ Calaf *Ibid.* Pág. 191

⁴¹ *Ibid.* Pág. 193

1.8.2 OCLUSION TUBARICA BILATERAL (OTB) O SALPINGOCLASIA.

Antecedentes.

La esterilización tubarica se práctico por primera vez en 1823, para prevenir el embarazo en mujeres que hubiesen requerido cesáreas. En 1834 Blundelf realizó la extirpación de toda la trompa para logra una esterilidad quirúrgica repetidas pero la primera esterilización femenina de la que se tiene constancia se hizo entre 1880 y 1881 por Lungren, en Estados Unidos comunico la primera intervención realizada en una cesárea con miras a evitar una nueva gestación.

A fines del siglo XIX aparecen en la literatura europea algunas técnicas realizadas generalmente durante cesáreas o en el postparto desde entonces se han descrito más de doscientas técnicas diferentes.

Las técnicas más universales usadas son:

- Técnica de Pomeroy: nunca fue publicada por su autor, es la técnica más simple y usada universalmente.
- Técnica Irving: Descrita en 1924 como técnica usada para llevar a cabo en cesáreas.
- Técnica Uchida: Aunque publicada en 1975, la técnica de Uchida estaba avalada por años de experiencia y notable éxito.
- Técnica de Kroener: La fimbriectomía cuyos resultados y técnica aparecen publicados por primera vez en 1969.

Oclusión Tubarica Bilateral (OTB).

Es un procedimiento quirúrgico menor que consiste en la oclusión o ligadura permanente de las trompas de Falopio cuya vía de abordaje más utilizada es la abdominal, y requiere de anestesia que, de acuerdo a las circunstancias puede ser: local con sedación, regional.

Objetivo:

La oclusión tubarica bilateral tiene como objetivo lograr la pérdida de continuidad del trayecto tubárico con el mínimo de lesión y el máximo de eficacia por dos motivos: uno, porque se consigue un mejor postoperatorio de la paciente y otro, por la posibilidad de que la paciente desee más adelante una permeabilización de sus trompas.⁴²

⁴² Calaf Ibid. Pág. 145

Mecanismos de acción

La oclusión tubárica bilateral o salpingoclasia ejerce su efecto anticonceptivo por constituir una barrera mecánica que impide la interacción de los gametos (espermatozoide y óvulo) y por lo tanto la fertilización.

Indicaciones:

Por tratarse de un método anticonceptivo permanente, los prestadores de servicios deberán asegurarse de que la elección sea conveniente para las circunstancias particulares de la mujer y su pareja. La indicación fundamental para la realización de la oclusión tubárica bilateral es en mujeres con paridad satisfecha; sin embargo, puede estar también indicada en las siguientes condiciones:

- Razones médicas, en aquellas circunstancias en las que el embarazo represente un riesgo alto para la salud de la mujer.
- Mujeres con retraso mental, en cuyo caso se requiere el consentimiento firmado de los padres o tutores.

Contraindicaciones

Enfermedad inflamatoria pélvica activa

Clasificación de las condiciones de salud para optar a una esterilización femenina.

Aceptar.

No existe razón médica para negar la esterilización a una persona con esta condición.

Precaución.

El procedimiento es realizado normalmente en un centro de rutina, pero se requiere precaución a una persona con esta condición y una preparación especial.

Aplazar.

El procedimiento debe ser aplazado hasta que la condición sea evaluada y/o tratada, debe proporcionarse temporalmente algún método anticonceptivo alternativo.

Especial.

El procedimiento debe realizarse en un centro donde haya un cirujano y personal especializado, el equipo necesario para proporcionar anestesia general y apoyo médico de respaldo debe proporcionarse temporalmente algún método anticonceptivo alternativo.

Nota: Esta clasificación usada por la Organización Mundial de la Salud es diferente a la de los métodos temporales, enfatiza más la necesidad de identificar condiciones especiales para postergar que para efectuar el procedimiento. Debe prestarse especial atención a aquellos casos de hombres y mujeres jóvenes; o que aún no han tenido hijos; con problemas mentales o situaciones de tensión.

Tiempo de realización de la oclusión tubarica bilateral.

Intervalo

El procedimiento puede efectuarse en cualquier día del ciclo menstrual, cuando se esté razonablemente seguro de que no hay embarazo.

Posparto.

Inmediatamente después o dentro de las primeras 48 horas, después del parto, transcésarea o después de seis semanas del evento obstétrico.

Postaborto.

Inmediatamente después de la atención obstétrica.

Efectos colaterales

Los efectos colaterales de la oclusión tubarica bilateral son raros y se presentan en función de la anestesia y vía de acceso utilizadas. Ocasionalmente pueden presentarse infección o hemorragia posquirúrgica o lesiones causadas por el manipulador uterino. Después del procedimiento la usuaria debe mantenerse en observación por un periodo de 2 a 6 horas.

- Irregularidades menstruales: como reglas más abundantes y dolorosas aunque puede deberse más al paso del tiempo que a la operación en sí.
- Problemas psicológicos y arrepentimiento.
- Necesidad de cirugía posterior.

Ventajas.

La oclusión tubarica bilateral es la anticoncepción más eficaz, ya que no conlleva ningún peligro para la salud. Las mujeres ni engordan, ni pierden su feminidad ni el deseo sexual. Incluso puede que se encuentre mejor su estado de salud al no preocuparse por un embarazo no deseado.

Los estudios han demostrado que uno de los efectos es el aumento de la libido

Desventajas.

Fracasos .

Se considera fracaso a la producción de un embarazo tras la realización de la oclusión tubarica bilateral, pudiendo ser éste ectópico o eutópico en cuanto a su localización, de fase lútea (la paciente ya estaba embarazada en el momento de la oclusión) o tardío, debido a error del cirujano (se liga el redondo y no la trompa) o debido a fracaso verdadero del método (recanalización espontánea).

Las cifras bibliograficas son difíciles de comparar debido a los distintos criterios utilizados por cada autor.

Mortalidad.

"Son raros los casos de muertes atribuibles a la esterilización, pero de hecho existen, dependen, del país y al tipo de anestesia usada más que al procedimiento, las principales causas de muerte por orden de frecuencia fueron la anestesia, la lesión intestinal, la infección, las hemorragias intraabdominales y otras causas menores"⁴³.

Efectividad.

La oclusión tubarica bilateral alcanza una eficacia casi total, la tasa de fracaso es de 0,1 a 0,3 por ciento; es decir que de 1 a 3 mujeres entre 1000 quedarían embarazadas después de la intervención, en función de la técnica utilizada, cuánta más experiencia tenga el cirujano, menos posibilidades de fracaso habrá.

⁴³ Calaf *Ibid.* PG. 164.

MITOS

Los factores religiosos

Casi todas las religiones consideran "la paternidad responsable", tener sólo los hijos que uno pueda mantener como una obligación derivada de la fe.

Algunas creencias de las personas que solicitan asistencia no pertenecen a ninguna denominación religiosa particular, las creencias religiosas de otros individuos reflejan a veces los dogmas de la iglesia a que pertenecen. El individuo ha de tomar muy en serio las diferencias religiosas y mostrar respeto de su fe, a nadie se le deberá obligar a someterse a la planificación familiar. Las medidas compulsivas son ilegales y sólo sirven para arruinar las relaciones entre trabajadores de la salud y el usuario, sin favorecer el mutuo entendimiento.

La clarificación del papel que desempeña la religión en la planificación familiar ha ayudado a crear una actitud pública más positiva hacia la difusión de información. Se ha comprobado que todas las religiones aprueban el espaciar los embarazos, algunos restringen severamente los métodos empleados.

Los musulmanes, los budistas, los confucionistas y la mayoría de las sectas protestantes no se oponen a que se evite el embarazo por medio de anticonceptivos de cualquier tipo, sean mecánicos, químicos o quirúrgicos.

El punto de vista católico, sin embargo, recalca las obligaciones del individuo de procrear y de su responsabilidad paternal, aprobando solamente el método del ritmo para el control de la natalidad.

Nos encontramos ante un dilema entre católicos acerca de este problema, y estudios recientes muestran que los matrimonios católicos están empleando los varios métodos de control de la natalidad en proporción parecida a la de otros creyentes.

Todas las grandes agrupaciones religiosas han expresado su aprobación de los fines que se propone la planificación familiar, sus diferencias versan sobre los métodos de la misma que se ajustan o no a las exigencias morales de su fe.

Ya que se dan métodos de planificación familiar compatibles con todas las religiones y con los sistemas morales existentes, las agencias del bienestar social pueden hacer que los medios disponibles para la planificación familiar no se opongan a las creencias de los beneficiarios.

Argumentos contra el uso de anticonceptivos.

Argumento ético:

La iglesia católica romana ha sido muy notable en proponer el argumento de que es inmoral cualquier método anticonceptivo diferente a la abstinencia durante periodos de fertilidad.

La razón dada es que la anticoncepción viola la "Ley Natural" e implica la destrucción de la vida o del potencial para la vida, sin embargo, la investigación indica que ésta es la posición principalmente del clero y que muchos laicos en la iglesia Católica romana usan ahora anticonceptivos. (Westoff y Bumpass, 1973).

"En 1931 el Papa aprobó el método del ritmo para ser usado por los católicos romanos. (Current Biography, 1944)."⁴⁴

Medidas anticonceptivas.

Los católicos romanos y los judíos ortodoxos se oponen a cualquier medio anticonceptivo "artificial" otros judíos y la mayoría de los protestantes favorecen la planeación familiar responsable por las parejas casadas.

Además, la mayoría de los moralistas sugerirían que las personas solteras que son sexualmente activas deberían usar algún medio de impedir el embarazo.

Aquellos que se oponen al control natal por razones religiosas lo ven como contrario a la voluntad de Dios, contra la ley natural o contra ambas. El judaísmo ortodoxo cita el precepto bíblico de "creced y multiplicaos" (Génesis 1:28) como el mandato de Dios a su pueblo que no ha de ser desobedecido de ninguna manera.

Además, ciertos miembros de otras comunidades judías advierten que limitar el tamaño de la familia amenaza la existencia futura del pueblo judío y demanda el regreso a la familia judía tradicionalmente numerosa.

La posición católica romana está mejor caracterizada en la encíclica Humanae Vital (1968) del Papa Paulo VI.

El matrimonio y el amor conyugal están ordenados por su naturaleza hacia la procreación y educación de los niños, en la tarea de transmitir la vida, por tanto, no son libres de proceder completamente a voluntad, como si pudieran determinar de una manera por entero autónoma la vía honesta por seguir, sino que deben

⁴⁴ Janet Shibley Entendiendo la sexualidad humana, Pg. 152.

conformarse en su actividad a la intención creadora de Dios expresada en la misma naturaleza del matrimonio y por sus actos y manifestada por la enseñanza constante de la iglesia (Papa Paula VI, 1968, Pág. 20).

La encíclica continuó la aprobación eclesiástica de la abstinencia o "ritmo" como método legítimo de la planeación familiar. La *Humanae Vital* no fue aceptada con entusiasmo por todos los católicos y, hay evidencia para sugerir que muchas parejas católicas, a menudo con el estímulo o aprobación tácita de su sacerdote ignoran la encíclica y usan anticonceptivos de todas maneras.

Aquellos en la comunidad religiosa que favorecen el uso de anticonceptivos lo hacen por diversas razones, muchas expresan el interés de que todos los niños que nacen deben ser "deseados" y ven la planeación familiar como un medio para este fin.

Otros, subrayando los peligros que la explosión demográfica representa para la calidad y futuro de la vida humana, la necesidad de una distribución más equitativa de los recursos naturales y las necesidades de las naciones en desarrollo, piden la planeación familiar como un asunto de justicia, otro punto de vista considera el uso de los anticonceptivos como parte del uso responsable de la libertad requerido del creyente. Desde este ángulo, cualquier pareja que no desea o no está preparada para asumir la responsabilidad de los niños tiene un deber real de usar anticonceptivos.

Para estos grupos, la decisión de usar medidas anticonceptivas es algo muy personal y el gobierno debe permitir a cada individuo el libre ejercicio de su conciencia.

2. ANÁLISIS

ANÁLISIS DE LA INFORMACION OBTENIDA DE LAS ENCUESTAS REALIZADAS EN LAS COMUNIDADES DE LAS UNIDADES MOVILES DE SALUD RURAL "EL VALLE" Y "LOS AMATES".

REALIDADES SOBRE LOS HORMONALES ORALES EN LAS COMUNIDADES DE LAS UNIDADES MOVILES "EL VALLE" Y "LOS AMATES".

En lo concerniente a las realidades sobre el uso de los hormonales orales, se constató que el 100% de la población de mujeres usuarias opinaron alguna vivencia que había tenido al utilizar este tipo de método de planificación familiar, sin embargo se hace la aclaración de que las respuestas referentes a que los hormonales orales causan cáncer y/o tumores fueron referidas por las usuarias, según el grado de conocimientos que tienen las usuarias, debido a que no se constato algún caso en específico.

Por orden de frecuencia en primer lugar se tuvo el 27% de las mujeres encuestadas respondió que la utilización de hormonales orales causan cáncer, con el 13% en la población de 27 a 33 años; seguido con el 8% por las usuarias de 20 a 26 años; y con el 3% las mujeres de 34 a 40 años de edad.

En segundo lugar con el 14% la respuesta fue que la ingesta de hormonales orales causaba tumores, encabezado con el 6% en la población de usuarias de 27 a 33 años; continuado con el 4% con las mujeres de 34 a 40 años de edad, seguido del grupo de 41 a 46 años con el 3%.

En tercer lugar se encontró con el 11% la respuesta obesidad con el 5%, que corresponde al grupo de 20 a 26 años; seguido con el 3% por el grupo de 41 a 46 años; continuado con el 2% por el grupo de 13 a 19 años.

En cuarto lugar la respuesta fue que causan depresión, en un 10%, predominando con el 4% el grupo de 27 a 33 años; aunado al de 34 a 40 años respectivamente, le seguido con el 2% en las usuarias de 20 a 26 años.

En quinto lugar se encontró que la ingesta produce nauseas y mareos, con el 8%, predominando el grupo de 27 a 33 años; con el 5%, seguido de las de 34 a 40 años con el 2%.

Para culminar en sexto lugar una equivalencia en la frecuencia tanto para las respuestas que causaban cefalea como para las que causaban varices con el 5% en que predomino el grupo de 27 a 33 años; y para la segunda el grupo de 34 a 40 años respectivamente.

Las respuestas obtenidas se compararon con el marco teórico, de lo cuál se encontró lo siguiente:

La causa de cáncer de mama.

Se estratifica por grupo de edades ya que existe un crecimiento del riesgo relativo en mujeres menores de 45 años, que se ve compensado por la disminución del riesgo en mujeres de 45 años el riesgo que se evidencia tras 4 años de uso.

Aumentando el riesgo si se administra a edades tempranas (menarquía), no sólo la dosis o el tiempo de uso, sino también el grado de diferenciación de la glándula mamaria a estrógenos y gestágenos es mayor si no existe una diferenciación completa.

La causa de cáncer de cérvix.

Los anticonceptivos orales incrementan el riesgo de cáncer de cérvix favoreciendo la aparición de hiperplasia pólipóidea del epitelio monoestratificado del cuello uterino y se ha verificado un progreso más rápido de las displasias a carcinoma in situ en las usuarias.

Causa de tumores.

Existe un riesgo relativo en mujeres que utilizan los hormonales orales, ya que en la actualidad se acepta que si bien los estrógenos no son carcinogénicos pueden actuar como carcinocinéticos y aumentar la velocidad de crecimiento de un tumor hormonodependiente.

Causa obesidad.

Se indica una retención hídrica sólo en los tres primeros meses de haber iniciado la ingesta del hormonal oral, el cuál se considera periodo de adaptación por lo que no representa un aumento significativo de peso en las usuarias de este método.

Habría que mencionar que las usuarias tienen malos hábitos alimenticios, debido a la dieta conformada por grasas y carbohidratos en exceso y deficiencia de minerales y vitaminas, lo que hace un factor contribuyente al aumento de peso.

Causa de depresión.

El cambio de humor como lo refieren las usuarias se relaciona con el ciclo menstrual y con el uso continuado de anticonceptivos, debido a que existe un aumento de cuadros psiquiátricos, con predominio de síntomas depresivos, labilidad emocional, irritabilidad, esto se relaciona con el contenido gestagénico y aunque la mayoría tienen una base psicológica se ha involucrado alteraciones del metabolismo del triptófano y noradrenalina en su etiopatogenia.

Producen náuseas.

Las náuseas son un síntoma secundario a la ingesta de hormonales orales en los tres primeros meses por los preparados estrógenicos.

Cefalea y Várices.

La cefalea y las várices deberá valorarse posible asociación con un prolapso valvular y el consiguiente riesgo de un accidente vascular cerebral por la relación entre los hormonales orales deberán suspenderlos o disminuir la dosis a 20 mg.

La tendencia es hacia un aumento de riesgo en los tres primeros meses de uso a trombosis venosa superficial profunda de cardiopatía coronaria y de un accidente vascular cerebral aunado a factores de riesgo como son la obesidad, tabaquismo, enfermedades crónicas degenerativas como diabetes mellitus e hipertensión arterial.

Las náuseas es uno de los síntomas más comunes que refirieron las usuarias de hormonales orales de primera vez, y la cefalea es sólo un mínimo de usuarias.

A lo correspondiente a las varices, antes de administrar hormonales orales se realizaba una valoración y se sugería otras alternativas de uso debido a que varias de las usuarias por diversos factores como la multiparidad presentaban varices, y del mismo modo a las pacientes fumadoras que presentaban episodios de cefaleas recurrentes.

Deberá mencionarse que se observó que la población de mujeres de 20 a 40 años fueron las que aportaron respuestas basadas en sus experiencias vivenciales ante la ingesta de los hormonales orales y el resto fue respondido en base ha el grado de conocimientos que las mujeres han adquirido a través de las múltiples pláticas de planificación familiar que se imparten durante la consulta habitual. (Ver cuadro núm. 1 Pág. 78)

CUADRO NUMERO 1

REALIDADES SOBRE LOS HORMONALES ORALES EN LAS COMUNIDADES DE LAS UNIDADES MOVILES "ELVALLE" Y "LOS AMATES"

REALIDADES	13-19		20-26		27-33		34-40		41-46		47-52		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
a) Obesidad	2	2	5	5	1	1	0	0	3	3	0	0	11	11
b) Cloasma	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	3	3
e) Varices	0	0	0	0	2	2	2	2	1	1	0	0	5	5
d) Depresión	0	0	2	2	4	4	4	4	0	0	0	0	10	10
e) Infecciones vaginales	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	2	2
f) Causa tumores	0	0	0	0	6	6	4	4	3	3	1	1	14	14
g) produce cáncer	0	0	8	8	13	13	3	3	2	2	1	1	27	27
h) Náuseas	0	0	2	2	2	2	1	1	0	0	0	0	5	5
i) Náuseas y vómito	0	0	0	0	3	3	0	0	0	0	0	0	3	3
j) Náuseas y mareo	0	0	1	1	5	5	2	2	0	0	0	0	8	8
l) Alteraciones del ciclo menstrual	0	0	1	1	0	0	2	2	0	0	0	0	3	3
m) Cefalea	0	0	1	1	3	3	0	0	1	1	0	0	5	5
n) Falta de disciplina	0	0	3	3	1	1	0	0	0	0	0	0	4	4
TOTAL	3	3	24	24	41	41	20	20	10	10	2	2	100	100

Fuente: Información obtenida de los Cuestionarios aplicados en las comunidades de las unidades móviles "El Valle" y "Los Amates" del 07 al 31 de julio del 2001.

TESIS CON
 FALTA DE ORIGEN

MITOS SOBRE LOS HORMONALES ORALES EN LAS COMUNIDADES DE LAS UNIDADES MOVILES "EL VALLE" "LOS AMATES".

Acerca de los mitos que refirió la población usuaria de los hormonales orales el 34% contestó alguna alternativa y el 66% no contestó.

El mito más frecuente referido por la población de usuarias fue que la utilización de hormonales orales es un pecado con el 20%, del cuál el grupo que predominó fue el de 27 a 33 años con un 7%, seguido del grupo de 20 a 26 años y de 34 a 40 años con el 6% respectivamente.

Continuando con otra respuesta la constituye la ingesta de los hormonales orales causaban almacenamiento en el estomago con el 12% encontrando al grupo de 27 a 33 años; con el 4% seguido por las usuarias de 20 a 26 años; con el 3% el grupo de 13 a 19 años y el de 34 a 40 años; con el 2% correspondientemente por último el grupo de 41 a 46 años con el 1%.

La mayoría de las mujeres encuestadas concordaron en que la ingesta de hormonales orales es un pecado debido a que sienten que estaban faltando a las leyes divinas que su religión les impone por otro lado también refieren que la ingesta de los hormonales orales sólo se acumulan en el estómago con el paso del tiempo, y que incluso pueden causarles tumores y/o presentar diversas enfermedades en general (Ver cuadro núm. 2 Pág. 80)

CUADRO NÚMERO 2

MITOS SOBRE LOS HORMONALES ORALES EN LAS COMUNIDADES DE LAS UNIDADES MÓVILES "ELVALLE" Y "LOS AMATES"

MITOS	13-19		20-26		27-33		34-40		41-46		47-52		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
a) Se almacenan en el estómago	2	2	3	3	4	4	2	2	1	1	0	0	12	12
b) Causa esterilidad	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1
c) Se considera pecado	1	1	6	6	7	7	5	5	1	1	0	0	20	20
d) Desconfianza	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
No contesto mitos	3	3	14	14	19	19	15	15	12	12	3	3	66	66
TOTAL	7	7	23	23	31	31	22	22	14	14	3	3	100	100

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Fuente: Ídem Cuadro N°1

REALIDADES SOBRE LOS HORMONALES INYECTABLES EN LAS COMUNIDADES DE LAS UNIDADES MOVILES "EL VALLE" Y "LOS AMATES"

La población usuaria de hormonales inyectables respondió con el 58% alguna opción de realidades de sus propias experiencias acerca de la utilización de este método y con el 42% la población de usuarias que no contestaron alguna realidad, debido a que nunca las ha utilizado.

Por lo que en primer lugar se encontró que los hormonales inyectables causaban alteraciones en el ciclo menstrual con el 17%, predominando en la población de usuarias que oscila entre las edades de 20 a 26 años; y de 27 a 33 años; con el 6% respectivamente; seguido con el 4% en las usuarias de 34 a 40 años; continuado con el 1% de la población de usuarias de entre los 41 a 46 años de edad.

En segundo lugar la respuesta más frecuente fue que causaban cefalea, con 11% encabezando el grupo de edades de 27 a 33 años; con el 4%; seguido por el grupo de mujeres usuarias de 20 a 26 años; con el 3%, continuado con el grupo de 34 a 40 años; con el 2%.

En tercer lugar se encontró que causaban mastalgia en las usuarias que los utilizaban, con el 9%, encabezado con el 3% el grupo de 27 a 33 años y el grupo de 34 a 40 años respectivamente, seguido con el 1% por el grupo de 20 a 26 y de 41 a 46 años junto con el de 47 a 52 años respectivamente.

La información obtenida se comparó con el marco teórico referencial encontrando que la alteración del ciclo menstrual es uno de los efectos más frecuentes ya que se presenta aproximadamente en el 70% de las mujeres que reciben acetato de medroxiprogesterona (AMP), la alteración más común es la presencia de amenorrea y aumenta con el uso continuado.

En un número limitado de mujeres se presentan ciclos menstruales irregulares con predominio de sangrados prolongados, especialmente en los tres primeros meses e incluso la interrupción del sangrado menstrual.

Otros efectos adversos más comunes durante la administración de los gestágenos de depósito son la cefalea, el aumento de peso aunque este oscila entre 1 y 3 kilogramos como consecuencia de la retención hídrica, en el primer año de uso de acetato de medroxiprogesterona (AMP) y continua ganando posteriormente, sin embargo no se puede relacionar directamente con el acetato de medroxiprogesterona.

Otros efectos que se presentaban frecuentemente eran la sensación de mareos, mastalgia o presión en las mamas como lo refieren las usuarias, la pérdida de libido y el dolor abdominal.

La alteración del ciclo menstrual se pudo constatar en las usuarias de la unidad móvil "El Valle", principalmente porque casi todas las usuarias eran de primera vez y en ellas se presentó amenorrea o pérdida total de la menstruación

Mediante las diversas pláticas de planificación familiar que se impartían se fomentó conciencia en la importancia de acudir a sus consultas de planificación rutinarias lo cual dió origen a varias mujeres con antecedentes de haber utilizado hormonales orales durante periodos promedio de 4 y 6 años decidieron cambiar de método anticonceptivo debido a que sabían el riesgo que conllevaba su utilización por tiempo prolongado por lo que se realizaba una valoración ginecológica y prueba de papanicolaou para posteriormente dar a elegir el método que más se adecuara a cada mujer.

La mayoría optó por utilizar un método seguro y fácil como los hormonales inyectables, con lo que se pudo observar que a la primera dosis administrada sus ciclos menstruales se tornaron abundantes, prolongados, y presentaron sangrados intermenstruales de cantidad normal a leve con presencia de cólicos, que no presentaban con el método que utilizaban algunas se les adjuntó cefalea y/o mastalgia.

Esto se prolongó por más de tres periodos y en cada menstruación las molestias iban incrementando por lo que las mismas mujeres optaron por suspender su administración y continuar con los hormonales orales, aun con el reforzamiento de la consejería, pero durante el periodo de adaptación al método no hubo respuesta que favoreciera su uso, al regresar al antiguo método inmediatamente cesaron las alteraciones. (Ver cuadro núm. 3 Pág. 83)

CUADRO NÚMERO 3

REALIDADES SOBRE LOS HORMONALES INYECTABLES EN LAS COMUNIDADES DE LAS UNIDADES MOVILES 'ELVALLE' Y 'LOS AMATES'

REALIDADES	13-19		20-26		27-33		34-40		41-46		47-52		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
a) Cloasma	1	1	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	3	3
b) Mareos, nauseas	3	3	2	2	2	2	1	1	0	0	0	0	8	8
c) Mastalgia	0	0	1	1	3	3	3	3	1	1	1	1	9	9
d) Perdida de la libido	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	2	2
e) Alteración de ciclo menstrual	0	0	6	6	6	6	4	4	1	1	0	0	17	17
f) Obesidad	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	2	2
g) Cefalea	1	1	3	3	4	4	2	2	0	0	1	1	11	11
h) Produce cáncer	0	0	1	1	2	2	0	0	0	0	0	0	3	3
i) Ensanchamiento de caderas	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	2	2
h) Dolor abdominal	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1
i) No contestaron realidades	3	3	11	11	14	14	11	11	2	2	1	1	42	42
TOTAL	9	9	25	25	35	35	23	23	5	5	3	3	100	100

Fuente: Idem Cuadro N° 1

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MITOS SOBRE LOS HORMONALES INYECTABLES EN LAS COMUNIDADES DE LAS UNIDADES MOVILES "EL VALLE" Y "LOS AMATES"

En lo referente a los mitos sobre el uso de hormonales inyectables las usuarias refirieron el 28%, mientras que el 72% no contestó.

El mito más prevaleciente sobre el uso de hormonales inyectables es una falta ante sus creencias religiosas por lo que se considera un pecado con el 15%, del cual la población de usuarias referentes se encontró entre los grupos de 27 a 33 y 34 a 40 años con un 5% respectivamente; seguido de las usuarias de 20 a 26 años, con un 4% continuado con el de 41 a 46 años.

Otro de los mitos relevantes fue que causaban esterilidad con el 6%, del cual las usuarias de 20 a 26 años y de 27 a 33 años lo representan con el 2% correspondientemente; así como los grupos de 13 a 19 años y 47 a 52 años con el 1% respectivamente.

Aunado a los mitos anteriores también refirieron que la utilización de los hormonales inyectables podrían provocarles parálisis, ataques (epilepsia), así como que las mujeres se volvían más propensas a contraer más enfermedades en general, del mismo modo que si se utilizaban sólo se acumulan en la sangre. (Ver cuadro núm. 4 Pág.85)

CUADRO NÚMERO 4

MITOS SOBRE LOS HORMONALES INYECTABLE EN LAS COMUNIDADES DE LAS UNIDADES MOVILES* EL VALLE* Y *LOS AMATES*

MITOS	13-19		20-26		27-33		34-40		41-46		47-52		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
a) Se considera pecado	0	0	4	4	5	5	5	5	1	1	0	0	15	15
b) Provoca Esterilidad	1	1	2	2	2	2	0	0	0	0	1	1	6	6
e) Desconfianza	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	2	2
i) Epilepsia, Parálisis.	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	2	2
j) Son más propensas a enfermarse	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1
k) Se acumulan en la sangre	0	0	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	2	2
No contestaron mitos	4	4	21	21	22	22	12	12	8	8	5	5	72	72
TOTAL	5	5	29	29	30	30	20	20	9	9	7	7	100	100

Fuente: Idem Cuadro N° 1

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

REALIDADES SOBRE EL PRESERVATIVO EN LAS COMUNIDADES DE LAS UNIDADES MOVILES "EL VALLE" Y "LOS AMATES"

El 78% de la población de mujeres encuestadas de las unidades móviles no respondieron en tanto que el 22% restante si contestó.

La más significativa respuesta fue la que se relaciona a la sensibilidad al lubricante y el espermaticida con el 8% de ellas, predominando el 4% de la población usuaria de 20 a 26 años y del mismo modo el grupo de 34 a 40 años; continuado por orden de frecuencia con la respuesta sensibilidad al látex con un 7% en el que destacaba el rango de población de usuarias de 34 a 40 años con un 3%, seguido por el grupo de 13 a 19 años con un 2%, y el grupo de 20 a 26 años junto con el de 27 a 33 años con el 1% respectivamente.

Con el porcentaje igual al 7% fue el de las usuarias que comentaron que el preservativo se rompe. Con respecto a los grupos de edad la distribución fue así: el 3% para las usuarias de 27 a 33 años seguido del grupo de 20 a 26 años y de las 34 a 40 años con un 2% correspondientemente.

Dentro de la referencia teórica se encontró lo siguiente:

La sensibilidad al látex:

Se encontró que por lo general el preservativo no suele presentar efectos secundarios. Sólo en algunas personas son sensibles al látex pero que es extremadamente raro.

La sensibilidad al lubricante y/o al preservativo:

Una referencia de un estudio realizado en laboratorio en el cuál, el espermaticida provocó reacciones alérgicas en especial el Nonoxinol-9, como, picor, irritación, hinchazón o enrojecimiento en pene, vagina y recto así como desarrollar heridas pequeñas que faciliten el contacto con fluidos que permitan la entrada de microorganismos que causen enfermedades de transmisión sexual (ETS) entre ellas el virus de inmunodeficiencia humana (VIH).

Los preservativos se rompen:

Se encontró que cuando se utilizaban de forma correcta sólo el 2% de los condones presentaron rotura.

Dentro de las usuarias de la unidad móvil "Los Amates" se encontró que en el grupo de edad de 34 a 40 años, algunas refirieron irritación y sensibilidad a este método, pero considerando la edad se puede pensar que la causa eran los cambios fisiológicos que anteceden a la menopausia. (Ver cuadro núm. 5 Pág.87)

CUADRO NÚMERO 5

REALIDADES SOBRE EL PRESERVATIVO EN COMUNIDADES DE LAS UNIDADES MÓVILES "EL VALLE" Y "LOS AMATES"

REALIDADES	13-19		20-26		27-33		34-40		41-46		47-52		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
a)Sensibilidad Al látex	2	2	1	1	1	1	3	3	0	0	0	0	7	7
b)Sensibilidad al lubricante y al espermaticida	0	0	4	4	0	0	4	4	0	0	0	0	8	8
c)Se rompen	0	0	2	2	3	3	2	2	0	0	0	0	7	7
d)No contestaron realidades	4	4	11	11	27	27	20	20	11	11	5	5	78	78
TOTAL	6	6	18	18	31	31	29	29	11	11	5	5	100	100

Fuente: Idem Cuadro N° 1

TESIS CGN
 FALTA DE ORIGEN

MITOS SOBRE EL PRESERVATIVO EN LAS COMUNIDADES DE LAS UNIDADES MOVILES "EL VALLE" Y "LOS AMATES"

En lo referente a los mitos entorno al uso del preservativo el 41% si contestó y el 59% restante no contestó.

Los mitos que manejaban las encuestadas eran las que se referían a la pérdida de la sensibilidad con un 24%, de estas, el porcentaje más sobresaliente corresponde al 8% en las usuarias de 27 a 33 años, seguido del de 20 a 26 años con el 6%,y con un 5% el grupo de 34 a 40 años.

Continuando por lugar de importancia con un 16% la respuesta que la utilización del preservativo producía insatisfacción sexual, del cuál las mujeres de 27 a 33 años con el 6%; continuando con el grupo de usuarias de 20 a 26 años con el 5%, y el grupo de 34 a 40 años con el 3%.

Otra respuesta que se obtuvo fue que los preservativos apretaban demasiado con el 1%.Dentro del marco teórico se encontró una referencia acerca de un estudio realizado por la Universidad de California en los Ángeles, que propone una escala multidimensional donde destacan aspectos potenciales que influyen en la aceptación del preservativo entre ellos la pérdida de la sensibilidad y que no existe satisfacción sexual dentro de los concierne a que los preservativos aprietan demasiado no se encontró referencia acerca de la pérdida de la sensibilidad y que no existe satisfacción sexual.

Acerca de que los preservativos aprietan demasiado:

Se afirma que en la actualidad todos los modelos de preservativos se encuentran normalizados de manera que cubren toda la longitud del pene, así como del material del que están hechos y del preservativo que contienen encontrándose variantes respecto a que tenga o no de reservorio, pero no se encuentra nada referente al grosor.

La pérdida de la sensibilidad:

A la pérdida de la sensibilidad más que un mito se puede considerar real a pesar de no encontrarse referencias bibliográficas, pero si se hace una analogía con lo que sucede al usar guantes de látex, para realizar una exploración, éste tiene la función de barrera para protección y delimitación, pero también quienes los usan ven disminuida su sensibilidad táctil.

Por lo que resulta lógico pensar que pasa lo mismo con el uso del preservativo ya que es un mecanismo de barrera entre las mucosas del pene y la vaginal, aún cuando el látex del preservativo es más delgado. (Ver cuadro núm. 6 Pág.89)

CUADRO NÚMERO 6

MITOS SOBRE EL PRESERVATIVO EN LAS COMUNIDADES DE LAS UNIDADES MOVILES "EL VALLE" Y "LOS AMATES"

MITOS	13-19		20-26		27-33		34-40		41-46		47-52		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
a) Se pierde sensibilidad	3	3	6	6	8	8	5	5	2	2	0	0	24	24
b) No hay satisfacción sexual	1	1	5	5	6	6	3	3	0	0	1	1	16	16
c) Aprietan demasiado	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1
No contesto mitos	2	2	13	13	16	16	13	13	10	10	5	5	59	59
TOTAL	6	6	24	24	31	31	21	21	12	12	6	6	100	100

Fuente: Ídem Cuadro N° 1

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

REALIDADES SOBRE EL DISPOSITIVO INTRAUTERINO EN LAS COMUNIDADES DE LAS UNIDADES MOVILES "EL VALLE" Y "LOS AMATES"

Con respecto a la utilización del dispositivo intrauterino, las referencias para alguna realidad fue de un 31%, y los que no contestaron fue de un 69%.

Teniendo en primer lugar con el 16% como respuesta que la utilización del dispositivo intrauterino produce dolor abdominal y alteraciones del ciclo menstrual del tipo hemorragia, predominando esta sintomatología en el grupo de 20 a 26 años; con el 8%, seguido de las usuarias de 34 a 40% con el 4%; así mismo el grupo de 27 a 33 años con el 3%.

En segundo lugar se encuentro que el dispositivo intrauterino con el uso provocaba que se encarnaba con el 13%, predominando el grupo de 27 a 33 años y de 34 a 40 años con el 4% respectivamente, seguido el grupo de 20 a 26 años con el 3%.

En tercer lugar la respuesta fue que era un abortivo con el 11% encabezado esto refería el grupo de 27 a 33 años con el 6%, seguida de los grupos de usuarias de entre los 13 a 19 años y de 34 a 40 años de edad con 2% respectivamente.

Otras respuestas en cuestión de realidades fueron las alteraciones del ciclo menstrual (sangrados prolongados y abundantes), aumento de infecciones intrauterinas, y en menor porcentaje, el que cuando usaban el dispositivo intrauterino no asistían a su revisión periódica y la expulsión espontánea.

El marco teórico refiere que el efecto secundario más frecuente inmediatamente después de la inserción es la hemorragia, casi siempre pequeña, discontinua, que desaparece generalmente al cabo del primer mes.

Por lo regular las 2 ó 3 primeras menstruaciones posteriores a la inserción del dispositivo son más abundantes, después se normalizan, sin embargo la hipermenorrea puede persistir y se agregarse hemorragias intermenstruales de grado variable.

El dolor se presenta inmediatamente después de la colocación en forma cólico uterino o como dolor lumbar bajo.

Lo concerniente a que el dispositivo intrauterino se encarna no se encuentra referencia teórica validada pero resulta particularmente polémico, debido a que en algunos casos se observó que el dispositivo intrauterino se encontraba encapsulado rodeado de tejido fibroso en las pacientes que tenían tiempo considerable de utilización que no se realizaba autopalpación y no acudían a revisión periódica.

Y respecto a que es un abortivo el dispositivo intrauterino desencadena varias reacciones corporales debido al cobre entre ellas hace que la mucosa del útero, se vuelva menos hospitalario para un posible óvulo fecundado, impidiendo su implantación y posteriormente su desarrollo, y en caso de embarazo es probable que produzca un aborto espontáneo y ocurre entre el 40 al 50 % de los casos.

En la actualidad existe controversia entre los autores sobre los estudios de seguridad que resultan polémicos en el empleo del dispositivo intrauterino en mujeres nulíparas debido a el posible compromiso de la fertilidad posterior debido al incremento del riesgo de padecer enfermedad inflamatoria pélvica o infecciones recurrentes sin embargo deberá complementarse con estudios prospectivos debidamente diseñados.

Las usuarias que utilizaban este método, referían dolor e inflamación abdominal, menstruación muy abundante y prolongada, así como dolor de espalda este referido a veces como calambres.

Durante las revisiones ginecológicas de rutina se encontró que la mayoría de las mujeres presentaban secreción vaginal abundante como resultado de la irritación del endometrio ante un cuerpo extraño aunado a infecciones crónicas.

Esto se corroboró mediante la realización de papanicolao en donde los resultados encontrados fueron que tenía infecciones muy recurrentes causadas en su mayoría por levaduras, y en menor proporción por bacterias el marco teórico refiere que se calcula que el 2 a 3% de las mujeres portadoras del dispositivo intrauterino desarrollan complicaciones inflamatorias pélvicas durante el primer año posterior a su inserción.

Uno de los factores de riesgo aunados era la mala higiene de algunas pacientes y la promiscuidad de su pareja.

Otra de las cosas que se pudo constatar es que una de las usuarias mostró rechazo al dispositivo intrauterino, debido a que presentaban a la observación secreción abundante, inflamación, laceración a nivel de cérvix, así mismo a la exploración bimanual se comprobó inflamación pélvica, se le realizó una prueba de papanicolao, el resultado fue que la inflamación que se presentaba en el cérvix era resultado del dispositivo intrauterino y el citólogo examinador sugería que fuera retirado de inmediatamente y se diera tratamiento indicado. (Ver cuadro núm. 7 Pág.92)

CUADRO NÚMERO 7

REALIDADES SOBRE EL DISPOSITIVO INTRAUTERINO EN LAS COMUNIDADES DE LAS UNIDADES MOVILES "EL VALLE" Y "LOS AMATES"

REALIDADES	13-19		20-26		27-33		34-40		41-46		47-52		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
a) Altera el ciclo menstrual	0	0	3	3	3	3	2	2	2	2	0	0	10	10
b) Es abortivo	2	2	1	1	6	6	2	2	0	0	0	0	11	11
c) Hemorragias, dolor abdominal	1	1	8	8	3	3	4	4	0	0	0	0	16	16
d) Infecciones intrauterinas	0	0	1	1	3	3	2	2	0	0	0	0	6	6
e) Secreciones vaginales	0	0	2	2	1	1	3	3	0	0	0	0	6	6
h) No asiste a revisión	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
i) Expulsión espontánea del DIU	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
k) Se encarna	1	1	3	3	4	4	4	4	1	1	0	0	13	13
l) Causan úlceras	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	2	2
m) Produce dolor de espalda y calambres	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	3	3
No contesto realidades	1	1	9	9	9	9	8	8	4	4	0	0	31	31
TOTAL	8	8	29	29	31	31	25	25	7	7	0	0	100	100

Fuente: Idem Cuadro N°1

**TESIS CON
FALTA DE ORIGEN**

MITOS SOBRE EL DISPOSITIVO INTRAUTERINO EN LAS COMUNIDADES DE LAS UNIDADES MOVILES "EL VALLE" Y "LOS "AMATES"

Los mitos más usuales que maneja la población usuaria de métodos de planificación familiar y en especial del dispositivo intrauterino un 48% contestó algún mito mientras que el 52% restante no.

El mito más referido por la población fue el de que si tienen colocado el dispositivo intrauterino y se llegaban a embarazarse, y el bebé nacería con el dispositivo intrauterino pegado en alguna parte del cuerpo, con el 24%; predominando esta idea en el grupo de usuarias de 27 a 33 años; con el 10% seguido del grupo de 20 a 26 años con el 6%; continuando con el grupo de 34 a 40 años con 5%.

El siguiente mito referido por las usuarias es que sus parejas se quejaban de que existen molestias al tener relaciones con 16%, predominando en el grupo de usuarias de 20 a 26 años con el 5%, seguido del grupo de usuarias de 27 a 33 años y el grupo de 34 a 40 años; con un 4% respectivamente.

Y con el 4% la creencia de que el uso del dispositivo intrauterino provocaban cáncer con el 1%; en el grupo de usuaria de 13 a 19 años, y el de 20 a 26 años, así como de 27 a 33 años de edad; por último en el grupo de usuarias de 41 a 46 años de edad respectivamente.

La bibliografía refiere que, no se conocen malformaciones fetales imputables al dispositivo intrauterino, sin embargo es más probable que se produzca un aborto espontáneo.

En el caso de la existencia de molestias al tener relaciones sexuales, no se encontró información que lo confirmará pero las usuarias refieren que sus parejas no aceptan que utilicen el dispositivo intrauterino porque al tener relaciones sexuales sentían molestias debido a que ellos sienten la parte distal del dispositivo intrauterino.

Y en cuestión a el uso del dispositivo intrauterino que causa cáncer se encontró que no aumenta las probabilidades de padecer cáncer de matriz ni de cuello de útero, pero si se pudo observar en las pacientes presentaban irritaciones y/o laceraciones cervicales que aunados a infecciones recurrentes causadas por levaduras, bacterias, virus como el papiloma humano y otros factores predisponentes como mala higiene, promiscuidad, el no acudir a su revisión periódica de rutina y realización oportuna de detección de cáncer oportuna, son desencadenantes de predisposición a cáncer cervicouterino.(Ver cuadro núm.8 Pág.94)

CUADRO NÚMERO 8

MITOS SOBRE EL DISPOSITIVO INTRAUTERINO EN LAS COMUNIDADES DE LAS UNIDADES MOVILES "EL VALLE" Y "LOS AMATES"

MITOS	13-19		20-26		27-33		34-40		41-46		47-52		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
a) Existen molestias al tener relaciones sexuales	2	2	5	5	4	4	4	4	1	1	0	0	16	16
b) Si se embaraza, el feto nace con el DIU pegado	2	2	6	6	10	10	5	5	1	1	0	0	24	24
c) es pecado	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
d) se siente el DIU	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	2	2
e) Causan cáncer	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	4	4
f) se enojan más cuando traen el DIU puesto	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1
g) No contesto mitos	2	2	10	10	18	18	10	10	9	9	3	3	52	52
TOTAL	7	7	23	23	35	35	19	19	13	13	3	3	100	100

Fuente: Ídem Cuadro 1

TESIS C.C.N
 FALA LE ORIGEN

REALIDADES SOBRE LA VASECTOMIA EN LAS COMUNIDADES DE LAS UNIDADES MOVILES "EL VALLE" Y "LOS AMATES"

Dentro de las realidades que manejaba la población con respecto a la vasectomía sobresale la no aceptación del método por no tener el número de hijos deseados con el 5%; de este el grupo más importante es el de 3% que corresponde a mujeres de 27 a 33 años; y con el 1% que corresponde a mujeres entre los 20 a 26 años y de 34 a 40 años respectivamente.

En segundo lugar se encontró la no aceptación del método por pena con el 1% que corresponde a la referencia de las mujeres de entre 27 a 33 años.

Dentro de la documentación recopilada se observa que dichas respuestas que expresaron las mujeres encuestadas, son producto de una deficiente comprensión aunada a una precaria orientación sobre dicho método anticonceptivo.

El grupo que más aportó respuesta fue el de 27 a 33 años. Un factor determinante en la no aceptación de la vasectomía como método de planificación familiar es que los hombres no tiene una verdadera información, y que no se acepta el hecho de que el hombre contribuya a planear la familia en estas comunidades, debido a que muchos piensan que el dejar a sus parejas embarazadas mientras ellos trabajan fuera de sus comunidades por periodos largos de tiempo les garantiza la fidelidad conyugal. (Ver cuadro núm.9 Pág.96)

CUADRO NÚMERO 9

REALIDADES SOBRE LA VASECTOMIA EN LAS COMUNIDADES DE LAS UNIDADES MOVILES "EL VALLE" Y "LOS AMATES"

REALIDADES	13-19		20-26		27-33		34-40		41-46		47-52		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
a)no acepta el método por que aun no tiene el numero de hijos deseados	0	0	1	1	3	3	1	1	0	0	0	0	5	5
b)no acepta el método por pena	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1
c)No contesto realidades	6	6	26	26	27	27	23	23	8	8	4	4	94	94
TOTAL	6	6	27	27	31	31	24	24	8	8	4	4	100	100

Fuente: ídem Cuadro 1

TESIS CCN
FALLA DE ORIGEN

MITOS SOBRE LA VASECTOMÍA EN LAS COMUNIDADES DE LAS UNIDADES MÓVILES "EL VALLE" Y "LOS AMATES"

Los mitos que manejaba la población sobre el uso de la vasectomía en relación con la edad de las usuarias se observó que el más sobresaliente se refiere a la impotencia sexual con el 41%, dentro de este porcentaje el 15% corresponde a las mujeres de edades entre 27 a 33 años; le sigue el 13% que corresponde a mujeres de 20 a 26 años; y el 7% que corresponde a mujeres de entre 34 a 40 años.

En segundo lugar se encontró el 10% que corresponde a la castración, de esté el 5% correspondió a mujeres de entre 20 a 26 años; y el 2% que corresponde a mujeres de entre 27 a 33 años y a 34 a 40 años respectivamente.

En tercer lugar se encontró la opción que se refiere a la homosexualidad con un 8%; del cuál el 3% corresponde a mujeres de entre los 13 a 19 años y a mujeres de 27 a 33 años respectivamente.

En el marco teórico consultado no se hace referencia a dicha cuestión, lo cuál esta dado por la desinformación.

Hay que hacer notar que la información obtenida fue tomada en base a las referencias orales de las mujeres usuarias; ya que sus maridos, no se presentaban cuando ellas tenían su cita de planificación familiar, y eran los comentarios que a sus parejas se habían escuchado decir.

Las mujeres de 20 a 33 años de edad son las que en alguna ocasión tuvieron alguna charla con sus parejas acerca de este método permanente y las que más aportaron sobre los mitos que ellos creían que ocurría. (Ver cuadro núm. 10 Pág.98).

CUADRO NÚMERO 10

MITOS SOBRE LA E VASECTOMIA EN LAS COMUNIDADES DE LAS UNIDADES MOVILES "EL VALLE" Y "LOS AMATES

MITOS	13-19		20-26		27-33		34-40		41-46		47-52		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
a) Impotencia	3	3	13	13	15	15	7	7	3	3	0	0	41	41
b) Homosexualidad	3	3	0	0	3	3	1	1	1	1	0	0	8	8
c) Castración	1	1	5	5	2	2	2	2	0	0	0	0	10	10
d) Produce cáncer de próstata y de testículo	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	2	2
e) Produce piedras en el riñón	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
f) Los hombres que se la realizan son abandonados por sus mujeres	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
g) Es pecado	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1
h) Disminución de la libido	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1
i) Son más propensos a enfermarse	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
k) después de 9 años la mujer puede quedar embarazada.	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
l) No contestaron Mitos	2	2	10	10	7	7	6	6	7	7	1	1	33	33
TOTAL	9	9	29	29	30	30	20	20	11	11	1	1	100	100

Fuente: Ídem Cuadro 1

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

REALIDADES SOBRE LA OCLUSIÓN TUBARICA BILATERAL DE LAS COMUNIDADES DE LAS UNIDADES MÓVILES "EL VALLE" Y "LOS AMATES"

Las realidades acerca de la oclusión tubarica bilateral en el grupo de estudió fue de 84% que no contestaron y sólo el 16% contestaron alguna opción, destacando el que refirió, que sufrieron alteraciones del ciclo menstrual con el 6% predominando el grupo de usuarias de 41 a 46 años de edad,;siguiéndole con el 1% el grupo de 20 a 26, y 27 a 33, y el de 34 a 40 así como el de 47 a 52 años según corresponde para cada grupo.

En segundo lugar se tuvo que sus parejas no aprueban el método como una forma de control natal, con el 5%, refiriendo las mujeres de 34 a 40 años, con el 3%; seguido del grupo de usuarias de 20 a 26 años y de 47 a 52 años con el 1% respectivamente.

Por último encontrando un empate con el 2% para cada respuesta en lo que toca a: aumento de la libido en las mujeres que se la realizaron y el procedimiento les causa miedo.

En el primer caso los grupos de edades fueron las de 20 a 26 años y el de 34 a 40 años respectivamente; en tanto que para el segundo caso los grupos de edades fueron los de 27 a 33 años y de 41 a 46 años.

La referencia bibliografica refiere que el periodo menstrual tras la realización de la oclusión tubarica bilateral puede volverse más abundante y dolorosa aunado a la edad, así que también se puede deber al paso del tiempo que a la operación en sí o a que antes utilizaba hormonales orales u hormonales inyectables.

Encontrando que estudios realizados han demostrado que uno de los efectos de la oclusión tubarica bilateral es el aumento de la libido, aunque no se sabe si se debe a que no hay preocupación por un posible embarazo o a que han de probarse así mismos que la operación no ha afectado su deseo sexual.

La opinión que la pajera tuvieran con respecto a la oclusión tubarica bilateral influye en la en la toma de decisión sobre la mujer debido a que se tenía a usuarias que estaba interesadas en el método, pero por miedo a que sus maridos las abandonaran no se realizaban el procedimiento quirúrgico, ya que psicológicamente influyó mucho el hecho de que la pareja pensará que si se realizaba la mujer la oclusión tubarica bilateral engordaría o que perdería su esencia femenina.

Con respecto al aumento del libido tres de las usuarias de este método afirmaban sentirse mejor y que viven una vida sexual plena y que a raíz de la realización de la operación sienten que su deseo sexual hacia su pareja aumento considerablemente.

Las mujeres que compartieron sus experiencias vivenciales fueron las de 34 a 40 años ya que este grupo de edad es el que más decide realizarse un método definitivo como es la oclusión tubarica bilateral, aunque las demás usuarias aportaron sus respuestas en base al grado de conocimientos que tienen. (Ver cuadro núm. 11 Pág.101)

CUADRO NÚMERO 11

REALIDADES SOBRE LA OCLUSIÓN TUBARICA BILATERAL (OTB) EN LAS COMUNIDADES DE LAS UNIDADES MOVILES "EL VALLE" Y "LOS AMATES"

REALIDADES	13-19		20-26		27-33		34-40		41-46		47-52		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
a) Altera el ciclo menstrual	0	0	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	6	6
c) Al realizarse la OTB se regularizo su ciclo	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1
d) Aumento su libido	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	2	2
e) Su pareja no aprueba el método	0	0	1	1	0	0	3	3	0	0	1	1	5	5
f) Miedo al procedimiento	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	2	2
No contestaron realidades	8	8	21	21	19	19	19	19	13	13	4	4	84	84
TOTAL	8	8	24	24	22	22	24	24	16	16	6	6	100	100

Fuente: Ídem Cuadro 1

TESIS CON
FALTA DE ORIGEN

MITOS SOBRE LA OCLUSIÓN TUBARICA BILATERAL EN LAS COMUNIDADES DE LAS UNIDADES MOVILES "EL VALLE" Y "LOS AMATES"

En lo concerniente a los mitos que las usuarias de método de planificación familiar, en específico de la oclusión tubarica bilateral se encontró que un 50% respondió afirmativamente y el otro 50% no de los casos positivos.

En primer lugar se encontró que la oclusión tubarica bilateral causa alteraciones de los nervios con el 21%, de estos, predominando el grupo de 34 a 40 años con el 7%; continuando con los grupos de 27 a 33 años con el 6%; seguido del grupo de 13 a 19 años con el 4%.

En segundo lugar se encontró que la oclusión tubarica bilateral produce cáncer en el 7% en el más frecuente; encontrando que los grupos de 20 a 26 años de 34 a 40 años predominando con un 2% para cada grupo.

En tercer lugar la respuesta es que la gente que se practicó oclusión tubarica bilateral tiende a ponerse obesa con un 5% predominando la idea en las mujeres de 27 a 33 años de edad con el 3% seguido del grupo de 20 a 26 años con un 2%.

No se encontró bibliografía que afirmará que la oclusión tubarica bilateral fuera causante de cáncer, envejecimiento prematuro, alergias, o disminución de la libido, producto de enfermedades, o de que fuera hecho de que la mujer perdiera su feminidad.

En cuestión de que se considere pecado el que la mujer se realice la oclusión tubarica bilateral, sólo depende de las creencias religiosas de la persona en cuestión, ya que debido a ello consideran que han faltado a sus Leyes Divinas.

Y respecto a que el procedimiento no funciona se encontró que es raro que la intervención no sirva, pero que depende de la técnica utilizada para la realizar la oclusión tubarica bilateral y de la experiencia de quien la realiza.

Las mujeres de 20 a 33 años son las que aportaron más respuestas sobre los mitos. (Ver cuadro núm.12 Pág.103)

CUADRO NÚMERO 12

MITOS SOBRE LA OCLUSION TUBARICA BILATERAL (OTB) EN LAS COMUNIDADES DE LAS UNIDADES MOVILES
"EL VALLE" Y "LOS AMATES"

MITOS	13-19		20-26		27-33		34-40		41-46		47-52		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
a) Produce cáncer	0	0	2	2	1	1	2	2	1	1	1	1	7	7
b) Altera los nervios	4	4	3	3	6	6	7	7	1	1	0	0	21	21
c) Envejecimiento prematuro	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	2	2
d) Obesidad	0	0	2	2	3	3	0	0	0	0	0	0	5	5
e) Produce alergias	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
f) disminuye la libido	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	2	2
g) Produce más enfermedades	0	0	2	2	2	2	0	0	0	0	0	0	4	4
h) El procedimiento no sirve	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	2	2
i) Es pecado	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2
j) Produce dolores y bochornos	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	2	2
k) Sienten que pierden su capacidad de ser mujeres (feminidad)	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0	2	2
l) No contestaron mitos	3	3	14	14	12	12	16	16	4	4	1	1	50	50
TOTAL	7	7	28	28	29	29	27	27	7	7	2	2	100	100

Fuente: Ídem Cuadro 1

TESIS CUN
 FALLA DE ORIGEN

3. CONCLUSIONES

El desarrollo pleno de la capacitación para el trabajo, la educación, cultura y religión no ha sido posible debido a que prevalecen importantes desigualdades de género entre la población de hombres y mujeres siendo estas las más afectadas en las comunidades de las unidades móviles "El Valle" y "Los Amates", manifestándose en altas tasas de padecimientos relacionados con la reproducción ocasionados por que aun existen mujeres que se casan a edades muy tempranas y suelen mostrar preferencias por un mayor número de hijos, lo que a su vez se relaciona con una baja escolaridad, la falta de acceso a información adecuada, real y pertinente sobre la utilización de métodos de planificación familiar lo que limita la aceptación de los mismos.

Aunado a lo anterior están otros factores como los movimientos migratorios por parte de los hombres que salen a trabajar temporalmente fuera de sus comunidades, propiciando esto que tengan una o más parejas sexuales y con ello aumentando las probabilidades de adquirir enfermedades de transmisión sexual (ETS) y/o el virus de inmunodeficiencia humana (VIH).

Después de un análisis conciente de los resultados obtenidos de las mujeres en control de planificación familiar de las unidades móviles "El Valle y Los Amates". Es notable que casi el total de las mujeres encuestadas en algún momento de su vida reproductiva hayan utilizado un método hormonal oral y/o inyectable por consecuencia sufrido algunos de los efectos secundarios en diferente intensidad.

Por lo que el grado de conocimiento acerca del uso de hormonales orales es mayor en las mujeres de edad adulta (20 a 40 años) debido a que al iniciar la utilización presentaron los efectos más comunes del periodo de adaptación como fueron náuseas, mareos y vómitos, así como alteraciones del ciclo menstrual. Algo que fue evidente entre las mujeres cuando se llegaba a cambiar la marca de pastillas anticonceptivos por razones de abastecimiento a las unidades móviles por parte de los Servicios de Salud del Estado de Michoacán, las mujeres se mostraban reacias a utilizarlas, el motivo que referían era que en ocasiones anteriores ya habían cambiado de marca y presentaron nuevamente efectos secundarios como si iniciaran la administración del hormonal por primera vez nada más que los efectos se mostraban con mayor intensidad especialmente la alteración de los ciclos menstruales con cólicos.

También influyó el tipo de presentación y empaque, ya que anteriormente les entregaban una marca de laboratorios norteamericanos. Y posteriormente una marca hecha en laboratorios mexicanos y argumentaban que les habían comentado que estas no funcionaban igual, por lo que este detalle constituía una barrera real para la aceptación de los métodos anticonceptivos.

Otras limitantes para la aceptación de los métodos anticonceptivos por parte de la población de estudio son las convicciones religiosas, que generan conflictos de conciencia y sociales dentro de sus comunidades y al mismo tiempo los mitos que se han creado en torno al uso de los métodos anticonceptivos entre ellos las más comunes para todos es que son pecado, y para los hormonales orales, que se acumulan en el estomago.

Los mitos más comunes después del pecado son que el uso causa acumulación en la sangre, esterilidad y desconfianza por el método entre la población de 20 – 40 años., y una de las referencias más expuestas por las mujeres era que según sus creencias religiosas el tomar pastillas o inyecciones para no embarazarse provocaban que ellas cometieran un pecado porque así esta escrito en la Biblia según el sacerdote de su iglesia:

“y los bendijo Dios; y dijoles Dios: fructificad y multiplicad, y henchid la tierra, y sojuzgadla, y señoread en los peces de la mar, y en las aves de los cielos y en todas las bestias que se mueven sobre la tierra” GENESIS 1:28.

Por lo que ellas creían que lo correcto es que tengan el número de hijos que Dios les mande, además de que esta frase ha sido transmitida a través de varias generaciones. Algo que se pudo observar es que el preservativo es el método más aceptado entre los varones como forma de planificación familiar aunque son las mujeres las que en realidad se encargan de acudir a las citas puntualmente, y de ellas es de donde se obtuvieron las referencias en las que mencionan que son sensibles al látex y al espermaticida del condón o que se rompen al ser usados pero en ningún momento manifestaron que el uso del condón sea un pecado pero mencionan que algunos hombres referían que no hay satisfacción sexual y algunas mujeres nos referían que les sucede lo mismo por lo que optaron por utilizarlos solo cuando ellas calculan que se encuentran en sus días fértiles.

Por lo anterior queda que muchas parejas dejan a la suerte el uso del preservativo ya que no son muy confiables sus cuentas y los ciclos menstruales en ellas, algunas mujeres comentaron que utilizan los métodos naturales para planificar entre los que mencionaron se encuentran el método del ritmo o del calendario, pero solo durante el periodo en que podrían quedar embarazadas utilizados en conjunto con el preservativo, así mismo esta forma de planificación les producía cierta angustia ya que les resulta difícil llevar una cuenta exacta de sus periodos fértiles aunado a la irregularidad de sus ciclos menstruales. Este tipo de planificación que realizaban aunque riesgosa por la transmisión de enfermedades sexuales y por la posibilidad de embarazos no deseados parecía cumplir sus creencias religiosas al no estar cometiendo un pecado

"En 1931 el vaticano aprobó el método del ritmo para ser utilizado por los católicos"

Pero si se toma en cuenta la referencia bibliográfica se observa que se encuentra en una contradicción debido a que también se utiliza un método anticonceptivo artificial como lo es el preservativo debido a que la iglesia se opone a cualquier método anticonceptivo artificial. Aunque la utilización del preservativo es aceptado por los hombres como método de planificación familiar aún no es considerablemente un número significativo pero si de importancia en la forma de compartir la responsabilidad y no dejando que esta decisión recaiga únicamente en la mujer.

El dispositivo intrauterino (DIU) era el método que más interésó a las mujeres de la comunidades de la unidad móvil el "Valle" después, de las orientaciones de planificación familiar, pero también era el método que mas dudas generaba, debido a que la mayoría pensaba que podía quedar embarazada y su hijo nacería con alguna deformación imputable al dispositivo intrauterino (DIU) o causarles cáncer cervicouterino, además de que muy pocas mujeres lo utilizaron y hablan tenido experiencias, poco gratas en la colocación del dispositivo intrauterino (DIU) debido a que referían que el personal de salud que se los coloco tardo demasiado tiempo y que las lastimaron además de que tuvieron muchas molestias como dolor al tener relaciones y sangrado, otras mujeres presentaron efectos colaterales que perduraron como alteraciones en el ciclo menstrual, así como infecciones muy recurrentes lo que las orllo a abandonar este método de planificación, también mencionaban algunas, que su pareja se quejaba de tener irritación al tener relaciones sexuales.

Una de las cosas que se pudo constatar era que las mujeres que tenían algún tiempo de estar utilizando el dispositivo intrauterino (DIU) presentaban una mayor incidencia de infecciones por levaduras y, bacterias y/o de presentar enfermedad inflamatoria pélvica, esto se pudo corroborar a través de la toma de muestra de papanicolao en los cuales los resultados constataban la infección por dichos agentes infecciosos.

Al estar integrada la unidad de salud rural de forma mixta algunas mujeres de la comunidad se acercaron para expresar sus dudas aunque no fue fácil el hecho de entablar la relación paciente - prestador de servicios de salud. El tiempo, la perseverancia y la constancia así como la seguridad que se mostró durante la consulta y la confianza que demostrara la prestadora de servicio social, sirvió para que poco a poco se ganará la confianza de las mujeres de la población y así acudieran a consulta y a revisiones con cierta regularidad para el control de planificación familiar. También se observó de manera muy marcada que la mayoría de las mujeres que utilizan el dispositivo intrauterino, no cuentan con la aprobación de la pareja por lo que lo usan o lo usaron sin que su pareja este enterada del uso de este método.

La oclusión tubarica bilateral (OTB) es poco aceptada por las parejas y sólo en algunas comunidades se encontró que algunas mujeres ya se la habían realizado por diversas causas entre ellas por que habían tenido los hijos por cesáreas repetidas y que ponían en riesgo su salud. Algo que afirmaron las mujeres que se realizaron la oclusión tubarica bilateral (OTB) es que sentían mayor libertad sexual porque no estaban preocupadas por quedar embarazadas además de que observaron un incremento en su deseo sexual y también se observaron cambios en sus ciclos menstruales, en algunas se presentó amenorrea y en otros casos aumento el sangrado pero no se angustiaron por que lo consideraron normal, a pesar del interés por parte de las mujeres que utilizan otros métodos anticonceptivos no se deciden a utilizarlo por que su pareja no las apoya.

Entre los mitos más comunes en las comunidades se encontró que este método causa alteración de los nervios, así como que son causa de cáncer y obesidad esto debido a que asociaban el padecimiento quirúrgico de la oclusión tubarica bilateral (OTB) con la castración de los animales para limitar su número o ponerlos en engorda.

Debido al temor a lo desconocido y la falta de información junto con las necesidades de aceptar la función social que un sexo en particular impone, la clase social, la cultura, la educación el nivel de razón de cada individuo afectan la forma en que el hombre se percibe dentro de su entorno. Los mitos que se derivan de lo anterior fortalecen que no se acepte la vasectomía como método para planificar permanentemente en el que el hombre toma totalmente la responsabilidad.

Las referencias a los mitos relacionados con la vasectomía fueron obtenidos a través de las mujeres que acudían a control de planificación familiar de auxiliares de salud, debido a que sus parejas no acuden a cita con ellas, esto impidió conocer directamente sus mitos sin embargo según las mujeres entrevistadas los hombres piensan que si se realizan la vasectomía pueden volverse impotentes, homosexuales e incluso lo ven como una castración.

El pasante de la licenciatura en enfermería y obstetricia juega un papel importante dentro de la salud pública poniendo en ejecución los programas de salud a nivel nacional, y en especial en las comunidades del área de influencia por lo que la responsabilidad de la salud y el bienestar del individuo dentro de su entorno y de la comunidad se encuentra en manos de los prestadores de servicio de salud, a través de las acciones que promueven la prevención en la salud en general y una de las de mayor énfasis la salud reproductiva en la mujer.

Las actividades de enfermería en los Programas de Planificación Familiar y de Salud Reproductiva se basan en el Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000, Prontuario Operativo para el Prestador de Servicios de Salud 1999, los componentes fundamentales de salud reproductiva así como la Norma Oficial Mexicana de los servicios de Planificación familiar, Mayo, 1994. Secretaria de

Salud, en donde se hace referencia de los fundamentos en materia de población y salud que rigen en nuestro país, así como los acuerdos y compromisos internacionales en torno a los derechos sexuales y reproductivos de la población, y es el instrumento de consulta para la planeación, organización y operación de los programas interinstitucionales de salud, y que es de utilidad para mejorar la calidad en la prestación de los servicios por parte del personal de salud.

Una de las ventajas a la que se enfrenta el pasante de la licenciatura en enfermería y obstetricia y en general el personal de enfermería en las comunidades de adscripción de las unidades móviles "El Valle" y "Los Amates", Michoacán es la oportunidad de poner en práctica los conocimientos adquiridos en las aulas y del mismo modo desarrollar sus capacidades autodidactas para proporcionar atención en el primer nivel salud brindando información que favorezcan la conciencia del autocuidado en la población y la importancia que tiene la capacitación a las auxiliares de salud y promotoras dando prioridad al enfoque preventivo, teniendo siempre presente que son el enlace directo con el individuo en su entorno y el pasante de enfermería, facilitando traspasar las barreras para poder entablar el diálogo fortaleciendo la confianza y la relación paciente-prestador de servicio de salud.

La misión del prestador de servicios de salud específicamente del pasante de la licenciatura en enfermería y obstetricia es preservar el bienestar físico, mental y social de la familia, la pareja y la mujer como entes biopsicosociales a través de la educación asistencial, capacitación con actitud positiva y decisiva mostrando respeto y accesibilidad considerando los aspectos económicos, emocionales, culturales, sociales y religiosos, permitiendo la absoluta libertad para decidir sobre su salud en general, así como en la reproductiva y de la mujer.

Con base a la información que el pasante de servicio social brinde sobre métodos anticonceptivos que oferte mencionando ventajas, desventajas, riesgos, recomendando según edad y factores de riesgo, sin olvidar que se adecue a la edad y necesidades por lo que se deberá ser conciso y preciso según el grado de entendimiento de la mujer y/o pareja para no crear mitos que puedan malversarse y con ello ocasionar que se nieguen a aceptar métodos anticonceptivos.

La información que se brinde acerca de la salud reproductiva deberá definirse a partir de tres componentes fundamentales.

- Planificación Familiar.
- Salud Perinatal.
- Salud de la Mujer.

Por lo que el prestador de servicios de salud (pasante de la licenciatura en enfermería y obstetricia, auxiliar de salud) deberá estar debidamente capacitado para proporcionar la consejería, prescripción de métodos anticonceptivos temporales y estrategias anticonceptivas permanentes.

La prestación del servicio de planificación familiar se llevará a cabo de acuerdo con los siguientes lineamientos generales:

- Proporcionar y/o asegurarse de que las mujeres cuentan con cartilla nacional de salud de la mujer.
- Brindar información amplia sobre los beneficios y riesgos de los métodos anticonceptivos en términos de salud, calidad de vida y bienestar familiar.
- Garantizar el consentimiento informado de las y los usuarios en la elección y adaptación del método o estrategia anticonceptiva permanente, recabar la forma o impresión dactilar, implicando el entendimiento no sólo de la efectividad del método elegido sino también de los posibles efectos colaterales de su uso y otras opciones disponibles.
- Realizar una valoración integral de la mujer y/o la pareja.

Mediante la realización de un expediente de planificación familiar:

1. Notas de evolución.
2. Antecedentes patológicos más relevantes.
3. Frecuencias con que padece infecciones en vías urinarias, cefaleas, si ha padecido infecciones de transmisión sexual, fumadores etc.
4. Descartar y/o diagnosticar enfermedades infecciosas y/o crónicas como enfermedades cardiovasculares, hipertensión arterial, diabetes mellitus, etc.
5. Medicamentos que consume habitualmente.
6. Realizar exploración física
7. Tomar muestra para detección oportuna de cáncer cérvico-uterino.
8. Realizar valoración psicosocial acerca de mitos entorno a los métodos anticonceptivos.

La consejería deberá impartirse por el equipo de salud, durante el tiempo de espera para la consulta externa general, así como en la consulta específica de planificación familiar, ginecológica y obstétrica, en servicios de atención al adolescente, durante la entrevista y la visita domiciliaria, enfocándose en aspectos básicos como:

- La sexualidad y reproducción humana.
- Lineamientos normativos.
- Comunicación interpersonal para asegurar la comprensión de los usuarios.

4. SUGERENCIAS.

Autoridades.

- Mejorar las relaciones de coordinación y comunicación interinstitucionales entre las autoridades municipales y de la jurisdicción sanitaria.
- Contar con vehículos apropiados para el tipo de terrenos en donde trabajan las brigadas así como de insumos como vales de gasolina, radio de comunicación en el vehículo.
- Contratar personal de acuerdo al perfil que el puesto necesita, en especial los técnicos polivalentes.
- Proporcionar curso de inducción al personal de nuevo ingreso.
- Ser más accesibles en la prestación de servicios como laboratorio, consultas de especialidades, para las personas de las comunidades lejanas que acuden a las unidades fijas y/o que son referidas por la unidad móvil de salud.
- Fomentar en el personal de las unidades fijas la importancia de la calidad y calidez de la atención que se brinda a la gente canalizada de las comunidades del área de influencia de las unidades móviles.
- Tomar en cuenta los movimientos migratorios para la realización de las metas del nuevo programa de salud rural que integran el paquete básico de servicios de salud, en la jurisdicción núm. 8 "Lázaro Cárdenas" en el Estado de Michoacán.
- Mejorar la distribución de los insumos como medicamentos, material de curación etc., entre las unidades móviles considerando la cantidad de población a la que se le presta el servicio.
- Dotar a los auxiliares de salud con el material y equipo básico indispensable para el desempeño de sus actividades diarias.
- Realizar supervisiones con mayor regularidad por parte de los jefes de los diferentes departamentos con el objeto de valorar avances en los programas así como el desempeño de los prestadores de servicios de salud.
- Apoyar a las unidades móviles con material didáctico suficiente para la impartición de educación para la salud con papel para realizar periódicos murales comunitarios, rotafolios, trípticos, carteles, etc.
- Hacer énfasis en el personal médico que se trabajará en el primer nivel de atención durante el curso de introducción al servicio social y sucesivamente en las reuniones posteriores.
- Capacitar de manera equitativa a los miembros que forman las unidades móviles de salud, incluyendo a todos los miembros del equipo.

Para el equipo de salud.

- Identificar a los grupos de riesgo reproductivo por edades para un control adecuado.
- Intensificar las pláticas a la población sobre los temas de salud en general, salud de la mujer, salud perinatal y planificación familiar, prevención de enfermedades de transmisión sexual así como de cáncer cérvico-uterino y cáncer de mama.
- Aprovechar los tiempos de espera durante la consulta para impartir educación para la salud difundiendo información en lenguaje accesible y acorde al nivel educativo de la concurrencia respetando costumbres, creencias y esclareciendo dudas y mitos.
- Continuar la capacitación de las auxiliares de salud cada que las unidades móviles acudan a su comunidad.
- Proporcionar consejería de planificación familiar con seriedad y conocimiento del tema durante la consulta a la pareja dejando claro las ventajas y desventajas de cada método anticonceptivo para que elijan libremente el método que más les convenga.
- Integrar a la auxiliar de salud como un miembro más del equipo que trabaja en conjunto para lograr el bienestar de la salud comunitaria.

Para el personal de escuelas de comunidades.

- Coordinarse con los maestros y padres de familia, para impartir educación sexual, aseo-higiene personal, nutricional a nivel preescolar y escolar.
- Deberá organizarse talleres, y actividades deportivas, para los adolescentes así como pláticas de prevención de alcoholismo y drogadicción.
- Organizar talleres de sexualidad para adolescente y adultos en donde se aborden temas relacionados, con su cuerpo, sexualidad, métodos anticonceptivos, enfermedades de transmisión sexual y su prevención, contando con el apoyo de las autoridades escolares.

La participación del comité de salud y la comunidad.

- Fomentar en el comité de salud la importancia de organizar a la población para realizar trabajos en conjunto que beneficien a sus comunidades mejorando las condiciones de salud.
- Estimular a las comunidades para la construcción de casas de salud con el propósito de brindar la consulta en un sitio adecuado con privacidad, discreción, calidad y calidez.
- Fomentar la responsabilidad familiar dentro de la pareja involucrando al hombre.
- Crear talleres de sexualidad para mujeres por grupo de edades con el propósito de que se conozcan su cuerpo y se acepten así como para el conocimiento de técnicas de autoexploración.
- Fomentar la responsabilidad paternal y maternal en la educación de los hijos y de la misma forma la igualdad y equidad de los géneros.
- Fomentar en las auxiliares de salud valores como ética, discreción, relación prestador (a) de servicios de salud-paciente-sociedad.
- Integrar a la auxiliar de salud al trabajo del equipo y de la comunidad.
- Fomentar en la población la importancia del trabajo en conjunto del comité de salud-auxiliar de salud-equipo de salud para logra la salud individual y colectiva de la comunidad.

5. ANEXOS

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

CUESTIONARIO: "Mitos y Realidades sobre la aceptación de métodos anticonceptivos en las comunidades de adscripción de las unidades móviles "El Valle" y "Los Amates de Cd. Lázaro Cárdenas, Michoacán."

OBJETIVO: A través de este instrumento recaba información verídica de las usuarias de métodos anticonceptivos, que tienen seguimiento a través del calendario de auxiliares de salud de las unidades móviles, "El Valle y "Los Amates" de la Jurisdicción no. 8 Cd. Lázaro Cárdenas, Michoacán."

DA TOS GENERALES: I

NOMBRE DE LA USUARIA: _____ EDAD: _____ SEXO: _____
 COMUNIDAD _____: METODO QUE UTILIZA: _____

TIEMPO DE UTILIZACIÓN _____: RELIGION: _____

INSTRUCCIONES: Marca con una X la respuesta

1. -¿Usted que sabe acerca de los métodos anticonceptivos hormonales orales (pastillas)?

MITOS

REALIDADES

a) Se almacenan en el estómago	()	a) Su pareja no quiere que use métodos de P.F	()
b) Causa tumores	()	b) No tiene pareja actualmente	()
c) Causan esterilidad	()	c) Retención de líquidos	()
d) Se consideran pecados	()	d) Obesidad	()
e) Produce cáncer	()	e) cloasma	()
f) Desconfianza	()	f) comp. cardiacas	()
g) Es abortivo	()	g) Várices	()
h) Otras	()	h) Depresión	()
		i) Infecciones vaginales	()
		j) Otras (falta de información)	()

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

2.- ¿Usted que sabe acerca de los métodos anticonceptivos hormonales inyectados?

MITOS

REALIDADES

a) Se considera un pecado	<input type="checkbox"/>	a) Su pareja no quiere que use métodos de P.F	<input type="checkbox"/>
b) Provoca esterilidad	<input type="checkbox"/>	b) No tiene pareja actualmente	<input type="checkbox"/>
c) Provoca dolor de cabeza	<input type="checkbox"/>	c) Produce acné	<input type="checkbox"/>
d) Produce cáncer	<input type="checkbox"/>	d) El cabello se vuelve graso	<input type="checkbox"/>
e) Desconfianza	<input type="checkbox"/>	e) Cloasma	<input type="checkbox"/>
f) Es abortivo	<input type="checkbox"/>	f) Mareos, Náuseas	<input type="checkbox"/>
g) Otras	<input type="checkbox"/>	g) Dolor de espalda y de estómago	<input type="checkbox"/>
		h) Pérdida de la libido	<input type="checkbox"/>
		i) Otras (falta de información)	<input type="checkbox"/>

3.- ¿Qué sabe usted acerca de los métodos de barrera (condón)?

MITOS

REALIDADES

a) Se pierde sensibilidad	<input type="checkbox"/>	a) Sensibilidad al látex	<input type="checkbox"/>
b) No hay satisfacción sexual	<input type="checkbox"/>	b) Sensibilidad al lubricante y al espermicida	<input type="checkbox"/>
c) Otras	<input type="checkbox"/>	c) No los utiliza	<input type="checkbox"/>
		d) Otras (falta de información)	<input type="checkbox"/>

4.- ¿Qué sabe acerca del dispositivo intrauterino (el aparato)?

MITOS REALIDADES

a) Es abortivo	<input type="checkbox"/>	a) altera el ciclo menstrual	<input type="checkbox"/>
b) Existen molestias al tener relaciones sexuales	<input type="checkbox"/>	b) Produce calambres	<input type="checkbox"/>
c) Si se embaraza, el feto nace con el DIU pegado.	<input type="checkbox"/>	c) Produce dolor de espalda	<input type="checkbox"/>
d) Se encarna.	<input type="checkbox"/>	d) Hemorragia	<input type="checkbox"/>
e) Otras	<input type="checkbox"/>	e) Infecciones intrauterinas	<input type="checkbox"/>
		f) Secreciones vaginales	<input type="checkbox"/>
		g) Embarazo ectópicos	<input type="checkbox"/>
		h) Otros (falta de información)	<input type="checkbox"/>

5.- ¿Qué sabe usted de la salpingoclasia y/o oclusión tubarica bilateral?

MITOS

REALIDADES

a) Produce cáncer	<input type="checkbox"/>	a) Altera el ciclo menstrual	<input type="checkbox"/>
e) Altera los nervios	<input type="checkbox"/>	b) Otras (falta de información)	<input type="checkbox"/>
c) Envejecimiento prematuro	<input type="checkbox"/>		
d) Otras	<input type="checkbox"/>		

6.- ¿Qué sabe de la vasectomía?

MITOS

REALIDADES

a) Impotencia	<input type="checkbox"/>	a) aumento en la libido	<input type="checkbox"/>
b) Homosexualidad	<input type="checkbox"/>	b) Dolor e infecciones ocasionales.	<input type="checkbox"/>
c) Castración	<input type="checkbox"/>	c) Otras (falta de información)	<input type="checkbox"/>
d) Produce cáncer de próstata y de testículo.	<input type="checkbox"/>		
e) Produce piedras en el riñón	<input type="checkbox"/>		
f) Otras	<input type="checkbox"/>		

**FALTA
PAGINA**

116

6. GLOSARIO

A

- **Adenocarcinoma:**

Neoplasia perteneciente a un grupo de tumores epiteliales malignos que tienen su localización en glándulas.

- **Adenoacantoma:**

Neoplasia maligna derivada del tejido glandular con diferenciación escamosa en algunas de sus glándulas.

- **Amenorrea:**

Ausencia de menstruación.

- **Ateromatosis:**

Masa anormal de grasa o lípidos como la que se observa en los quistes sebáceos o en los depósitos de las paredes arteriales (desarrollo de ateromas múltiples).

- **Aponeurosis:**

Fuerte membrana de tejido conjuntivo fibroso que actúa como un tendón fijando los músculos al esqueleto, o como fascia, uniendo distintos músculos entre sí.

- **Apoplejía:**

Accidente cerebrovascular que produce parálisis, Hemorragia dentro de un órgano (término obsoleto).

C

- **Circuncisión:**

Técnica quirúrgica en la que se desciende el prepucio del pene.

- **Comunidad:**

Asociación de personas que tienen un interés común, sometidos a una regla y por ello necesidades afines y derechos semejantes.

- **Creencias:**

Acción de creer en la verosimilitud o en la posibilidad de una cosa, fe religiosa, opinión, convicción completa.

Criptorquidia:

Detención en el descenso hacia el escroto de uno o de ambos testículos.

- **Credo:**

Conjunto de principios que rigen la conducta o las opiniones de alguien o de una colectividad.

D

- **Displacia:**

Sufijo que significa "desarrollo anormal".

- **Dismenorrea:**

Menstruación dolorosa, en algunas ocasiones es suficientemente intensa para causar incapacidad transitoria, parcial o total típico se localiza en la parte inferior del abdomen o de la espalda, tiene carácter cólico y aparece en ondas sucesivas, posiblemente en conjunción con las contracciones uterinas intensas y dilatación cervical ligera.

- **Dogma:**

Punto fundamental de una doctrina religiosa o filosófica.

E

- **Ectoprión:**

Término con el que se conoce la visualización de la mucosa endocervical (epitelio cilíndrico que lo recubre y la unión del epitelio escamocilíndrico) en aquellos casos en que por existir una hipertrofia de cérvix o un desgarro bicomisural se caracteriza por una zona de aspecto rojizo y fiable bien delimitado que suele corresponder a la eversion de la mucosa endocervical y puede contribuir a hemorragias e infecciones poscoito siendo el sitio en el que se originan más del 90% de los carcinomas de células escamosas del cuello uterino.

- **Edad.**

Duración de la vida, es el tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la muerte, del ser humano se divide en etapas, infancia, juventud, madurez y vejez.

- **Encíclica.**

Carta solemne dirigida por el Sumo Pontífice a los obispos del orbe católico.

- **Enzima:**

Proteína producida por las células vivas que catalizan las reacciones químicas en la materia orgánica.

- **Escotoma:**
Defecto visual en una región definida en uno o ambos ojos como síntoma prodromico frecuente se encuentra la aparición de una película reluciente en forma de isla en el campo visual.
- **Esteroides:**
Pertenciente a un numeroso grupo de sustancias hormonales con una estructura química básica similar, producidas principalmente en la corteza suprarrenal y las gónadas.
- **Esquistosomiasis:**
Infección parasitaria producida por una especie de larva del genero Schistosoma, transmitida al hombre, el huésped definitivo por contacto con agua contaminada con heces humanas.
- **Estrógeno:**
Sustancia perteneciente a un grupo de compuestos esteroides hormonales que favorecen el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios femeninos. Se producen en el ovario, corteza suprarrenal, durante el ciclo menstrual prepara para la fertilización, implantación y nutrición del huésped
- **Estroma:**
Tejido de sostén o matriz de un órgano; independiente de la parénquima.
- **Ectopia:**
Sufijo que significa "fuera de su lugar normal".
- **Epididimitis:**
Inflamación aguda o crónica del epidimo, los síntomas mas importantes son fiebre y escalofríos, dolor inguinal, tumefacción e hinchazón, hipersensibilidad del epididimo.

F

- **Fosfatasa ácida:**
Enzima que cataliza la hidrólisis de esteres fosforitos de carbohidratos de un medio ácido.
- **Factor V:**
Pro coagulante inestable que existe en el plasma normal pero no alcanza los niveles mínimos en la sangre de los para hemáticos.

G

- **Gameto:**

Célula germinal madura, masculina o femenina, funcional, capaz de intervenir, en la fertilización o la conjunción, que contiene el número haploide de cromosomas de la célula somática óvulo o espermatozoide.

- **Genoma:**

Dotación completa de genes existente en los cromosomas de cada célula de un organismo particular.

- **Gonadotropina Coriónica Humana:**

Sustancia hormonal que estimula la función de los testículos y ovarios, al comienzo del embarazo, la placenta produce también hormona gonadotropina coriónica (hGc) que actúa para mantener la función del cuerpo lúteo del ovario evitando la menstruación y manteniendo la gestación, la estimulación excesiva del ovario puede producir un gran aumento del tamaño de la glándula con maduración de numerosos folículos, embarazos múltiples, hemorragia intraabdominal y dolor.

- **Glándulas:**

Cualquiera de los numerosos órganos del cuerpo compuesto de células especializados que secretan o excretan sustancias no relacionadas con su metabolismo ordinario. Algunas son lubricantes, mientras que otras producen hormonas.

- **Granuloma:**

Masa de tejido granulación nodular producido como consecuencia de un estado inflamatorio una lesión o infección.

H

- **Hematoma:**

Colección de sangre extravasada incluida en los tejidos de la piel o en un órgano, la sangre se coagula, se va separando del suero, el coagulo se endurece y la masa se hace palpable y con frecuencia produce dolor.

- **Hiperplasia:**

Aumento del número de células.

- **Hiperlipidemia:**

Se caracteriza por la circulación de triglicéridos en sangre lo que produce episodios recurrentes de pancreatitis aguda.

- **Hipermenorrea (Menorrea):**

Periodos menstruales anormales intensos o prolongados. Constituye una complicación relativamente frecuente de los miomas uterinos benignos.

I

- **Isquemia:**

Disminución del aporte de sangre a un órgano o a una zona del organismo. Algunas causas son: el embolismo arterial, arteriosclerosis, trombosis, vasoconstricción o hemorragia.

N

- **Noradrenalina:**

Hormona adrenérgica que actúa aumentando la presión arterial por vasoconstricción pero no afecta al gasto cardíaco. Se sintetiza en la medula adrenal.

M

- **Menarquía:**

Primera menstruación que marca el comienzo de la función menstrual cíclica, suele producirse entre los 9 y los 17 años de edad.

- **Método:**

Procedimiento racional para llegar al conocimiento de la verdad y enseñarla.

- **Metrorragias:**

Hemorragia uterina no relacionada con la menstruación puede deberse a lesiones del útero y a veces constituye un signo de neoplasia maligna urogenital, especialmente cáncer cervical.

- **Mitos:**

Fantasia, creación de la imaginación, personaje fabuloso, cosa que no tiene realidad concreta.

- **Morfología:**

Estudio de la forma y del tamaño físico de un espécimen, planta o animal.

L

- **Lactosa:**

Disacárido que se halla en la leche por hidrólisis se obtienen, los monosacáridos glucosa y galactosa. Se utiliza como laxante diurético y como ingrediente en las formulas lácteas infantiles.

- **Lipoproteína de baja densidad.(LDL)**

Proteína plasmática cuyo contenido en colesterol y triglicéridos es relativamente mayor que el componente dicho. Su alto contenido de colesterol podría triplicar su mayor potencial aterogénico si se compara con las lipoproteínas de muy baja densidad y los quilomicrones.

- **Lipoproteína de alta densidad (HDL).**

Proteína plasmática en la que el componente proteico predomina sobre el contenido en colesterol y triglicéridos. Puede contribuir a estabilizar las proteínas de densidad muy baja e interviene en el transporte del colesterol y otros lípidos del plasma a los tejidos.

O

- **Obesidad:**

Aumento anormal en la producción de células grasas en el tejido subcutáneo del organismo, puede ser endógeno o exógeno.

- **Órgano:**

Parte estructural de un sistema del organismo que esta constituido por tejidos y células que le permiten realizar una función determinada.

- **Orquitis:**

Inflamación de uno o ambos testículos, caracterizada por tumefacción y dolor y que suele estar producida por paperas, sífilis o tuberculosis.

P

- **Pecado:**

Hecho, dicho, deseo, pensamiento y omisión contra la ley divina.

- **Pubertad:**

Periodo de la vida en el que comienza la capacidad de reproducción.

- **Placebo:**

Sustancia inactiva, como por ejemplo suero salino, agua o una dosis inferior a la eficaz de un medicamento necesario, se utiliza en los estudios experimentales farmacológicos que se están estudiando. También se emplea en aquellos pacientes a los que no se puede administrar la medicación que solicitan o no la requieren.

- **Plasminógeno (Fibrinógeno):**

Proteína plasmática esencial para la coagulación de la sangre, que es convertida en fibrina por la trombina en presencia de iones de calcio.

- **Progesterona:**

Hormona progestacional natural, destinada a favorecer el desarrollo del embarazo, produciendo en el aparato genital aquellas reacciones directamente ligadas al desarrollo del huevo.

- **Proteína:**

Compuesto nitrogenado natural de carácter orgánico complejo, constituido por muchos aminoácidos que contiene carbón, hidrogeno, nitrógeno, oxígeno a menudo azufre y algunas veces, fósforo, hierro yodo u otros componentes esenciales de las células vivas.

- **Proteína C:**

Proteína no detectable en el suero normal, pero que aparece en numerosos situaciones de inflamación aguda y cuando existe necrosis. Aparece en el suero antes de que empiece a elevarse la velocidad de sedimentación glomerular a menudo entre las 24 y las 48 hrs, siguientes al comienzo de la inflamación. Aparece 24 hrs, después de producirse un infarto al miocardio, comienza a descender su concentración tres días después y es nula pasadas dos semanas.

- **Prostatitis:**

Inflamación, aguda o crónica, de la próstata generalmente de origen infeccioso con presencia de escozor, urgencia y frecuencia excesiva de la micción.

- **Prostaglandinas:**

Uno de los ácidos grasos con potente acción hormonal que aun en cantidades mínimas, actúan localmente sobre los órganos diana. Se producen en cantidades muy pequeñas y tiene gran variedad de efectos importantes.

R

- **Religión:**

Conjunto de creencias o dogmas acerca de la divinidad.

- **Realidad:**

Existencia efectiva, de una cosa; la realidad del mundo físico, verdad, la realidad de un hecho.

S

- **Sarcoma:**

Neoplasia maligna poco frecuente del tejido blando. Se desarrolla en el tejido fibroso, graso, muscular, sinovial, vascular o nervioso, suele iniciarse como una hinchazón dolorosa.

- **Sexo:**

Condición orgánica que distingue a la mujer del hombre.

- **Sincope:**

Pérdida de conciencia de poca duración debida a un episodio de hipoxia cerebral transitoria. Por lo general, va precedido por una sensación de mareo y con frecuencia puede evitarse si el sujeto se acuesta o se sienta con la cabeza entre las piernas. Puede deberse a numerosos factores distintos, como estrés emocional, estimulación vagal, acúmulo de sangre en las piernas, diaforesis o cambios bruscos de temperatura ambiental o posición del cuerpo.

T

- **Talasemia:**

Anemia hemolítica caracterizada por presentar hematíes microcíticos, hipocrómicos y de corta vida media, debido a deficiencia en la síntesis de la hemoglobina.

- **Tiempo:**

Duración determinada por la sucesión de los acontecimientos, particularmente de los días y sus noches.

- **Trombosis:**

Situación vascular anormal en que se desarrolla un trombo en el interior de cualquier vaso sanguíneo.

- **Triglicérido:**

Compuesto formado por glicerol y un ácido graso lúteo, palmítico o esteérico. Forman parte de la mayoría de las grasas animales y vegetales y son los principales lípidos sanguíneos, circulan unidas a una proteína formando lipoproteínas de alta y baja densidad.

- **Triptófano:**

Aminoácidos esenciales para el crecimiento normal de los niños y el equilibrio en el balance de nitrógeno de los adultos. Es el precursor de diversas sustancias, entre ellas la serotina y la niacina.

V

- **Varicocele:**

Dilatación del plexo venoso pampiniforme del cordón espermático, provoca hinchazón blanda, elástica y dolorosa del testículo.

BIBLIOGRAFIA BASICA

Balseiro Almairo C Lastenia.

Investigación de enfermería.

Guía de elaboración de tesis. Editorial prado S, A de C, V.
México. 1991. Pp. 216.

Benson L: Martín.

Manual de ginecología y Obstetricia.

9na Ed. Ed. Interamericana McGraw-Hill.
México. 1994. Pp.836.

Berkow Robert DR.

Manual merck.

10ª. Ed., Nueva editorial interamericana S, A de C, V.
México 1999.Pp. 2310.

Bonilla – Musoles.

El cuello uterino y sus enfermedades.

Editorial JIMS Barcelona.
España. 1978. Pp. 632.

Botero Uribe Jaime, Pubis Hazbun Alfonso, Heneao Guillermo.

Obstetricia y ginecología texto integrado.

6ta Edición, Botero, Júbiz, Heneao Editores.
México. 1999 Pp. 670.

Brunner, Suddarth.

Enfermería medicoquirúrgica Vol. II.

Nueva editorial interamericana S, A de C, V.
México 1994. Pp. 2185.

Calaf, Alsim, Joaquín.

Manual básico de contracepción.

2da Edición, Editorial Masson. S, A
España. 1997. Pp. 196.

Copeland Lary J.
Ginecología.
Editorial Médica Panamericana. S.A.
Argentina. 1994. Pp. 1197.

Decherney Alan H, Pernoll Martin H.
Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétricos.
9na Edición, Editorial el Manual Moderno S, A de CV.
México DF 1999 PG 1535.

Dexeus Trías de Bes, Forrol Torro, Barri Rague, Boxaders.
Anticoncepción.
2da Edición, Salvat Editores, S, A.
España, 1989 Pp. 233.

Microsoft Corporación.
Enciclopedia encarta 1993-2000.

Gispert, Carlos,
Diccionario de medicina.
4ta edición Editorial Océano-Mosby.
España, 2001, Pp. 1504.

Govan, Hart Mckay, Callander Robin.
Ginecología ilustrada.
4ta Edición, Editorial Interamericana McGraw-Hill.
México, 1995. Pp. 502.

Gori M Roberto.
Ginecología.
3ra Reimpresión, editorial "El Ateneo"
Argentina, 1998. Pp. 646.

<http://cendis.ssa.gob.mx/actualissate/1oct00/psust89.htm>

<http://www.avsc.org/spanish/contracepción/sctemp.htm>

<http://www.avsc.org/spanish/contracepción/>

Joellen Watson, Hawkins, Lonetta Pierfedeci Higgins.
Enfermería ginecológica y obstétrica.
Ed. Harla. México. 1984. Pp. 587.

Sociedad bíblica trinitaria.
La santa biblia. Antiguo y nuevo testamento.
Gran Bretaña. 1973. Pp.231

Loftus Thomas Lewis, Townshed Lewis, y otros.
Ginecología.
Traducido de la 15a Edición. Por Dra. Hermelinda acuña Díaz.
Editorial El Manual Moderno S.A.: de C.V.
México, 1994. Pp. 360.

Luckmann Joan Ma.
Cuidados de enfermería.
Traducción: Orizaba Sampeiro Jorge.
Vol. I Editorial Interamericana McGraw –Hill.
México. 2000. Pp. 1951.

Manisoff T. Miriam.
Guía para enfermeras planificación familiar.
Nueva editorial Americana.
México, 1976. Pp. 95.

Mondragón Castro Héctor.
Ginecoobstetricia para enfermeras.
Ed. Trillas.
México, 1991. Pp. 510.

Secretaría de Salud.
Norma Oficial Mexicana de los servicios de planificación familiar.
México. Mayo 1994. Pp. 66

Pérez Palacios, Gotilla Márquez, Gil F, y otros.
El derecho a la libre decisión.
Planificación familiar en el contexto de la salud reproductiva.
Talleres Espiral Editora S.A. de C.V.
México, 1994. Pp. 102.

Poder Ejecutivo.
Plan nacional de desarrollo, 1995-2000.
Pp. 177.

Secretaría de Salud.
Prontuario operativo para el personal de salud.
México, 1999. Pp. 47.

Rojas Soriano Raúl.
Métodos para la investigación social (una proposición dialéctica).
2da reimpresión. Editorial Plaza y Valdez, S, A DE C, V.
México, 1997. Pp. 122.

Santiago Dexeus, Forrol Turró Elisabeth.
La contracepción, hoy.
Salvat editores S.A.
España. 1986. Pp. 145.

Shibley Hyde, Janet.
Entendiendo la sexualidad humana.
Traducción: Campos Cornejo Francisco Javier.
Compañía editorial continental, S, A. de C, V.
México. Pp. 573.

Suizie Hayman
Guía de los métodos anticonceptivos.
Ediciones Paidós.
España, 1995. Pp.135.

Tortora Gerard J.
Principios de anatomía y fisiología.
9na edición Oxford University Press México S.A. de C.V.
México, 2001 Pp. 1175.

Valerie Edge, Mindi Millar.
Cuidados de salud de la mujer.
Serie Mosby de Enfermería Clínica.
España, 1995. Pp. 338.