

11217
19
20



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES
HOSPITAL DE LA MUJER
S. S. A.

Aguelles

**10 AÑOS DE ANTICONCEPCION
POS PARTO EN EL HOSPITAL
DE LA MUJER**

S. S. A.
"HOSPITAL DE LA MUJER"
DPTO. DE ENSEÑANZA MEDICA

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A :

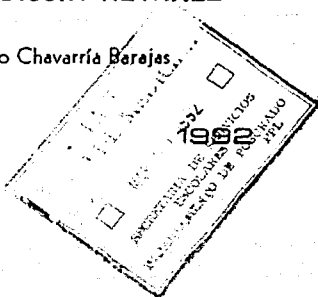
DR. CARLOS BROISSIN ALVAREZ

Asesor: Dr. Antonio Chavarría Barajas



México, D. F.

TRABAJO CON
VALIA Y CUMPLEN





UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

C O N T E N I D O

- 1.- INTRODUCCION.
- 2.-BOSQUEJO HISTORICO
- 3.-FISIOLOGIA DEL CICLO MENSTRUAL Y LA CONCEPCION.
- 4.-METODOS DE CONTROL DE LA FERTILIDAD.
- 5.-GENERALIDADES DE LOS DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS
- 6.-MECANISMO DE ACCION DE LOS DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS PARA EL PUERPERIO INMEDIATO.
- 7.-INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES DEL DISPOSITIVO INTRAUTERINO POS PARTO.
- 8.-ASPECTOS PSICOLOGICOS DE LA MUJER QUE SE SOMETE A CONTROL CON DISPOSITIVO INTRAUTERINO.
- 9.-OBJETIVOS DEL ESTUDIO.
- 10.-MATERIAL Y METODOS.
- 11.-ANALISIS.
- 12.-CONCLUSION.
- 13.-RESUMEN.
- 14.-BIBLIOGRAFIA.

I N T R O D U C C I O N

En la actualidad, todos los seres humanos civilizados, deben estar concientes del gran problema que representa la "Explosión Demográfica" que ha sido la resultante de los adelantos técnicos de la medicina y de los problemas de salud pública que se lleven a cabo en todo el mundo; los cuales, al abatir las cifras de mortalidad infantil y alargar la vida de los que habitamos en este planeta, han logrado el que, por cada ser humano que desaparece de ésta tierra, arriben a ella por lo menos tres nuevos habitantes.

La consecuencia de lo anterior, es la sobrepoblación mundial, que consecuentemente trae aparejada problemas sociales y económicos, enormes, así como problemas de cuidado del individuo y del grupo en que se desenvuelve (Familia) e igualmente problemas médicos de importancia. Por lo tanto existen una serie de razones, por las cuales es obligada la Planificación Familiar.

DEFINICION :

La Planificación Familiar quiere decir que cada matrimonio, puede decidir libremente el número de hijos que desee tener, tomando en cuenta que el ser padre implica responsabilidad para proporcionar al hijo: Alimentación, Vigilancia en su crecimiento y desarrollo, y Educación, en otras palabras, ser forjador del futuro de sus hijos.

Desgraciadamente no todas las parejas en edad y situación de procrear tienen los conocimientos para llevar a cabo una adecuada planificación familiar. Esto que es una realidad tangible en las ciudades de nuestro país, adquiere proporciones casi absolutas en las áreas no urbanas, en el campo, y comprende tanto al hombre como a la mujer. De ahí que, es imperativo el difundir entre los mexicanos el conocimiento actualizado de los procedimientos que deben utilizar para la regulación de la fecundidad, expresada en forma práctica, que sea de utilidad cotidiana.

Por lo anterior, existe una necesidad imperiosa de que los miembros de los equipos de salud (la Planificación Familiar es una verdadera medida preventiva) en especial los médicos y muy particularmente los profesionistas en formación, adquieran los suficientes conocimientos prácticos sobre el tema, en publicaciones útiles para que los divulguen en todos los ámbitos del país.

II BREVE BOSQUEJO HISTORICO

Desde la mas remota antigüedad, cuando el hombre apareció en la faz de la tierra, una de sus preocupaciones más importantes fue la limitación del crecimiento familiar. Esto, se acentuaba sobre todo, cuando la caza, la pesca, o la recolección de frutas y legumbres en los lugares cercanos a su chozco, no era suficiente para la manutención adecuada de los miembros de ese conglomerado humano, recurriéndose entonces al aborto y al infanticidio como métodos eficaces del control de la fecundidad. Son múltiples los estudios antropológicos que nos señalan lo anterior, (trabajos de Nieboer, Ploss, Westermarck, Lippert, Gerland, Sutherland y Lash principalmente).

Con el paso del tiempo los grupos humanos crecen, tienden a unirse, se asientan en un lugar y crean un patrón de vida social, que da paso a la determinación de una cultura propia bien identificada. En todas las culturas ha existido el concepto de la regulación de la fertilidad; desde luego que no todos fueron métodos racionales efectivos.

Mediante el deseo de controlar la fecundidad humana, se han utilizado prácticas variadas dentro de las que se encuentran hierbas, ungüentos, y algunas pociones ya sea antes durante y después de la cópula, siendo su finalidad la prevención del embarazo. Se practicó la magia y los encantamientos para evitar la concepción, se crearon mitos y consejas que, con algunos cambios han persistido por casi 4 mil años y aún en nuestra época, es posible encontrarlos. Por último es posible también encontrar métodos anticonceptivos que fueron útiles para éste fin, pero que desde luego no podemos considerar idóneos.

Como común denominador persiste en casi todas las culturas el aborto, y el infanticidio, en ocasiones disfrazado, por prácticas religiosas, como costumbre, y en otras como una limitante simple del crecimiento familiar.

Para darnos una idea rápida mencionaremos aquí las principales civilizaciones y los métodos que en ellas se emplearon:

PUEBLO HINDU.

En el campo de la anticoncepción, el carácter mágico y el racional, se encuentran íntimamente relacionados: en la India existen muchas referencias en los libros sagrados de los Vedas, que nos sirven de orientación hacia los conceptos de sexo y embarazo; como ejemplo de lo anterior, mencionaremos, la creencia de que los malos espíritus se posesionaban de las mujeres embarazándolas, mientras los hombres laboraban en los campos; como medida eficaz para evitar esto, colocaban en el cuello y en las prendas de sus mujeres variados amuletos y encendían fajillas de incienso, todo lo cual alejaría a los malos espíritus. Se encuentran, además descritas una gran cantidad de pociones cuya finalidad era producir esterilidad.

JAPON:

En este pueblo encontramos uno de los antecedentes del actual preservativo. Hacia el año 600 D.C. era común la concepción de adminículos tubulares con glándulas de vejiga, in testino mucosas y aún porciones corneas de animales que se colocaban en el miembro antes del acto sexual. También se practicaba el coitus interruptus en forma generalizada.

En la antigüedad se usó mucho la técnica de cuerpo extraño, intrauterino, la que tuvo un lapso de olvido, así como vemos que Hipócrates, hace más de 2000 años, describió el uso de supositorios o de objetos en el útero.

Se sabe también que los Arabes insertaban guijarros en la cavidad uterina de los camellos hembras, momentos antes de emprender la travesía para evitar la gestación y así tener un mejor rendimiento del animal.

Los médicos Europeos, colocaban varillas intracervicales y pesarios, con la idea de anticoncepción más que un intento de remediar los trastornos ginecológicos.

En 1850 Froriep, sugiere llenar la parte superior y angular del útero con un preparado químico para prevenir el embarazo.

En Septiembre de 1909 se publicó una comunicación, de dos páginas en una revista Alemana, aceptándose actualmente como el informe que describió el dispositivo intrauterino por primera vez en forma práctica, publicado por Richard Richter quien relataba el uso de un anillo flexible de seda natural que es menos flexible que el Cátgut y más fácil de absorber que colocaba en las mujeres que lo consultaban en busca de ayuda anticonceptiva. En Waldenberg actualmente Polonia.

El artículo de Richter en 1909 pasó desapercibido aún cuando su método de anticoncepción tuvo cierto apoyo por Dickinson, Ginecólogo Norteamericano, quien al igual que Richter tenía la convicción de que el dispositivo intrauterino era un método útil para prevenir el embarazo.

En 1923 se diseñó un dispositivo intrauterino con filamentos de gusano de seda por K. Pust quien combinó el anillo de seda con el tallo del viejo pesario.

K. Pust no informó de casos de embarazo o complicaciones serias entre 455 mujeres a quienes les insertó el dispositivo intrauterino. Pust, distribuyó sus dispositivos intrauterinos a otros médicos para que se experimentara, pero algunos rehusaron su utilización, dando como razón que podrían producir infección pélvica.

El primer dispositivo intrauterino para ser usado ampliamente fue un anillo de cuerda de tripa y un alambre de plata diseñado por Ernest Grafenberg el que fue popular en Alemania a finales de la década de 1920.

En 1929 Ernest Grafenberg publicó su primera experiencia con su dispositivo intrauterino, después de un periodo de popularidad, vino la oposición de los ginecólogos que en su mayoría no habían tenido ninguna experiencia en el anillo pero que lo juzgaban en función de lo que habían aprendido de sus predecesores.

Entre 1934 y 1959, apareció una sola publicación en inglés sobre el uso del dispositivo intrauterino en América, Jackson en Inglaterra, Knoch en Indonesia insertaban dispositivos intrauterinos de uno u otro tipos. Otta en Japón seguía usando una modificación del anillo de Grafenberg desde 1934.

La actitud médica conservadora con respecto a los dispositivos intrauterinos, fue definida hasta los finales de la década de 1950

Oppenheimer de Israel, en 1959 describió 20 años de experiencia con dispositivo intrauterino en la revista American Journal of Obstetrics and Gynecology y en el mismo año se publicó un artículo de Ishihama en el Yocoyama Medical Bulletin, describiendo el uso del anillo de Otta en más de 20 mil mujeres en Japón.

Estos dos trabajos informaron una incidencia baja de embarazo y ausencia de efectos colaterales serios.

Con el objeto de estimular una evaluación internacional objetiva, de los dispositivos intrauterinos, el consejo de población de 1962, convino la primer conferencia internacional sobre dispositivos intrauterinos en New York, médicos de E.E.U.U., Israel, Alemania y otros países internacionales experiencias favorables con el uso del dispositivo intrauterino al sumarse la ventaja de la terapia antibiótica, se disiparon los temores de infecciones. El factor tecnológico, que fué crucial para la aceptación de los dispositivos intrauterinos fué el desarrollo del polietileno que es un plástico inerte biológicamente, que puede ser moldeado de acuerdo a cualquier diseño y que puede retornar a su forma original después de ser curvado o enderezado.

Los primeros dispositivos intrauterinos de plástico usados ampliamente fueron la espiral de Margulies y el Lippes Loop los que se insertaban sin necesidad de dilatar el cervix. Estos eran enderezados y colocados en un tubo angosto siendo luego impulsados dentro de la cavidad uterina, don de recobran su forma original.

Jack Lippes en E.E.U.U. agregó dos importantes características del dispositivo intrauterino que lleva su nombre y que son: un hilo de prolongación transcervical que ayuda a detectar o a retirar el dispositivo intrauterino y una pequeña cantidad de sulfato de bario que lo hace opaco a los rayos X y que posteriormente se agregó a otros dispositivos.

Posterior a la conferencia de 1962 el Consejo de Población estableció el programa de cooperación estadística para efectuar una amplia evaluación de los dispositivos intrauterinos y en 1964 se efectuó una segunda conferencia internacional. Bajo la dirección de Christopher Tietze a la que asistieron más de 400 participantes los que presentaron unos 75 trabajos sobre los aspectos del uso de los dispositivos intrauterinos incluyendo el Lippes Loop A.B.C.D., la espiral de Margulies y los arcos pequeños y grandes de Birnberg, los la doble espiral y numerosos modelos más.

La evaluación internacional incluyó aproximadamente 27 mil inserciones y más de 39 mil años mujer de uso.

En Abril de 1974 se celebró en el Cairo la tercera Conferencia Internacional, auspiciada por el Consejo de Población en la que el foco de atención sobre dispositivos intrauterinos, se desplazó a la denominada segunda generación de los dispositivos intrauterinos; estos fueron, los dispositivos intrauterinos medicados, en los que el plástico del dispositivo, se transforma en un vehículo para otras sustancias, como metales, hormonas, y sustancias antihemorrágicas.

En el primer dispositivo intrauterino medicado, desarrollado por Zipper y Howard Tatum, el alambre de cobre, fue enrollado, al rededor del dispositivo intrauterino, en forma de T ó 7. Después de un corto lapso de tiempo, las hormonas fueron incorporadas en diversos dispositivos intrauterinos.

Más tarde otros compuestos destinados a disminuir la pérdida menstrual abundante asociada al uso del dispositivo intrauterino, fueron también incorporados.

Mientras tanto, se continúan las investigaciones sobre distintos formatos de dispositivos intrauterinos que podrían ser más adecuados para nulíparas e incluso, se han hecho modificaciones a dispositivos intrauterinos para aplicarlos en el puerperio. Así mismo se investiga exhaustivamente para que los nuevos dispositivos provean de una mejor protección contra un embarazo; resistir la expulsión y disminuir las complicaciones en caso de perforación uterina o embarazo accidental.

III. - FISIOLÓGIA DEL CICLO MENSTRUAL Y LA CONCEPCION

A: NEUROENDOCRINOLOGIA:

El ciclo menstrual se ve directamente afectado por el - Sistema Nervioso Central; las influencias ambientales, las emociones, las tensiones afectan al ciclo.

Ciclo Menstrual.- Se entiende por ciclo menstrual, al intervalo comprendido entre el primer día de flujo menstrual y el día que precede a la siguiente menstruación. Este periodo es muy variable, se ha calculado que lo más frecuente es entre 28 +/- 4 días. La ritmicidad de éste es una manifestación de una interrelación sincrónica entre el hipotálamo, la hipófisis y los ovarios.

La característica esencial del ciclo menstrual tanto en los primates como en la mujer es que en él se produce la descomposición hemorrágica del endometrio fenómeno que se conoce como menstruación.

Cada 14 días, uno de los folículos ováricos madura segregando estrógenos y permitiendo la salida de un óvulo. Posteriormente a la salida del óvulo, se forma un cuerpo amarillo el que segrega progesterona. Tanto los estrógenos como la progesterona actúan sobre el útero, los primeros provoca una fase proliferativa y la segunda una fase secretoria, estando ambas fases separadas por la ovulación. Si no ha habido embarazo, al final de la fase secretoria, se deseca la mucosa uterina presentándose así la menstruación.

De ésta manera hay un ciclo ovárico que a su vez gobierna un ciclo uterino.

Cada una de las dos fases, tanto la de proliferación como la de secreción duran 14 días de los 28 que comprende el ciclo.

Anatómicamente parece posible que las regiones extra-hipotálamicas del Sistema Nervioso Central, como el núcleo amigdaloides y el sistema límbico sean algunos de los centros más claramente afectados.

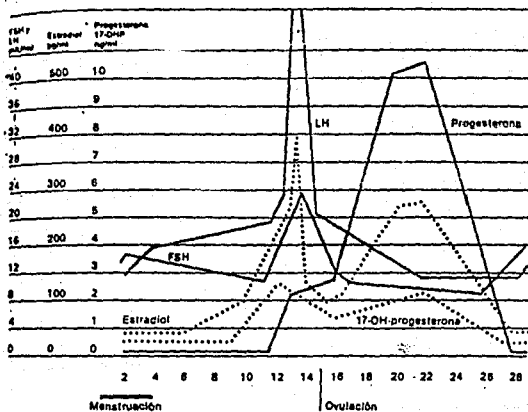
Actualmente sabemos que hay muchas evidencias de que la liberación de las hormonas hipofisarias, es controlada por concentraciones variables de agentes humorales específicos, llamados hormonas o factores liberadores que se vierten en los plexos primarios de este sistema portal en la eminencia media.

...

Las hormonas liberadoras son transportadas por los vasos porta hipotálamo hipofisarios, para regar la glándula hipófisis anterior, y regular la secreción de las hormonas de la hipófisis anterior.

HORMONAS LIBERADORAS. - Estas hormonas se hallan presentes en cantidades minúsculas en el hipotálamo y en la eminencia media donde su concentración es mucho más grande que en la circulación sistémica.

CICLO HORMONAL Y CICLO MENSTRUAL EN UNA PACIENTE



Actualmente se ha visto que hay "brotes" de liberación, de Hormona Luteinizante (LH) seguidos por períodos de poca o nula secreción de ésta hormona, lo que sugiere participación neuronal directa en la liberación de gonadotropinas.

Se sabe que las hormonas liberadoras son polipéptidos básicos cuyo peso molecular es menor de 2000 ó hasta 1000 -- que no son especie específica y que su vida media es breve.

Ya se han sintetizado pequeños péptidos capaces de influir en la liberación de las hormonas hipofisiarias y que se denominan factores liberadores.

GNADOTROPINAS. -Existen dos gonadotropinas separadas que controlan la función de las gónadas. Estas gonadotropinas son glucoproteínas separadas que controlan la función de las gónadas. Estas gonadotropinas son glucoproteínas de mayor peso molecular (30000) menos que las hormonas liberadoras y son de acción específica. Estas están compuestas de dos subunidades (A y B) con propiedades inmunológicas específicas que contienen el componente biológicamente activo incluso la mitad carbohidrato.

Ambas gonadotropinas actúan sobre el ovario originando el crecimiento el crecimiento cíclico de una cantidad de folículos de los que se forma el folículo de Vonn Graaf: la hormona folículo estimulante sin embargo tiene un papel predominante en esta etapa. Comúnmente se piensa que la hormona luteinizante, como la hormona folículoestimulante son necesarias para la evolución normal y la consiguiente formación del cuerpo lúteo interviniendo principalmente la hormona luteinizante en ausencia de embarazo, el cuerpo lúteo efectúa la regresión después de 14 días y el ciclo se repite.

La progesterona y los estrógenos disminuyen al envejecer el cuerpo lúteo y se produce la menstruación. La hormona luteinizante y la hormona folículoestimulante presentan una elevación premenstrual durante los 4 primeros días influyendo así en el crecimiento del folículo de De Graaf secretando el ovario más y más 17-B-Estradiol bajo la influencia de los niveles continuos pero relativamente bajos de hormona folículo estimulante y hormona luteinizante.

...

Durante la segunda semana de la fase folicular se encuentra una alza exponencial en el estradiol del folículo de Graaf en crecimiento. El estrógeno preovulatorio y otros esteroides precursores asociados como la 17 alfa hidroxiprogesterona es secretado por células de la teca interna del folículo. La alza en el nivel estrogénico causa finalmente una descarga refleja de la hormona liberadora hipotalámica que a su vez resulta en una descarga súbita de hormona foliculoc estimulante y hormona luteinizante de la hipófisis anterior.

24 horas después de la creciente preovulatoria, de hormona luteinizante ocurre la ruptura del folículo y la liberación del óvulo observándose una baja en los niveles de estradiol posterior a la ovulación durante pocos días.

Bajo la influencia de las hormonas foliculoc estimulante y luteinizante las células de la granulosa del folículo reventado, se multiplican e hipertrofian (luteinización). El cuerpo lúteo en desarrollo es invadido por células de la teca interna alcanzando su producción máxima de progesterona en 5 días ubicados a mitad del ciclo.

El cuerpo lúteo también produce cantidades de otros esteroides V.g. 17 alfa hidroxiprogesterona y 17 b estradiol. Funciona durante unos 14 días y después reabsorbe. Con la declinación de los niveles de progesterona y estrógenos se produce la menstruación siguiente. Ocasionalmente surgen fases lúteas deficientes que son más breves de 14 días.

Se han obtenido evidencias de animales domésticos y de laboratorio de que la prostaglandina F2 alfa interviene en la regulación luteínica pero no hay datos que sugieran que igual fenómeno suceda en la especie humana.

La actividad de la hipófisis anterior se encuentra regulada por mecanismos de retroalimentación hormonal que son de dos tipos:

A). -Retroalimentación de curva corta: En ésta la concentración de hormonas gonadotróficas en la sangre actúa sobre el Sistema Nervioso Central para regular la actividad de la hipófisis anterior.

P).-Retroalimentación de curva larga: En ésta la concentración en sangre de hormonas secretadas por el ovario actúan, regulando la función hipofisiaria anterior.

Al alza temprana de la Hormona Foliculoestimulante, en el ciclo, le sigue lentamente una alza en el nivel de estrógenos los niveles basales; posterior a la concentración máxima de hormona luteinizante comienza a aumentar el nivel de progesterona en la sangre.

Después de la ovulación los niveles de progesterona siguen ascendiendo y descienden antes del siguiente período menstrual.

Se cree probablemente que la descarga preovulatoria de hormona foliculoestimulante y luteínica puede estar relacionada con la acción de retroalimentación positiva y el aumento de estrógenos precedentemente así como también es posible que el aumento preovulatorio de 17 alfa hidroxiprogesterona está implicado y que ella representaría el estímulo positivo inicial de su efecto de retroalimentación bifásica. La caída premenstrual de los niveles de éstos esteroides ováricos bien podría provocar la secuencia de hechos en el ciclo siguiente

ACCIONES DE LAS HORMONAS OVARIICAS.

Los estrógenos como hormonas sexuales femeninas, producen los siguientes efectos:

A).-El desarrollo de los caracteres sexuales secundarios en la pubertad.

B).-Un aumento en la tasa de proliferación de los epitelios del sistema reproductivo, incluso la regeneración y crecimiento del endometrio en la primera mitad del ciclo.

C).-Estimulación de la producción de un moco cervical, acuoso que facilite la penetrabilidad del espermatozoide en el momento de la ovulación.

D).-Hipertrofia y aumento de la motilidad en el músculo liso del tracto genital.

E).-Aproximación de la fimbria de los conductos uterinos al folículo ovulante ayudándose a recibir el óvulo.

F).-Modificación del electrolito, la proteína, el metabolismo de la grasa.

G).-Influencia sobre su tasa de producción por su acción sobre los centros hipotalámicos.

Acciones de la Progesterona

La progesterona se produce principalmente en el cuerpo lúteo después de la ovulación así como en el embarazo donde es secretada por la placenta que actúa más tarde ya que en el embarazo temprano su mayor producción procede del cuerpo lúteo.

A).-La producción de un endometrio secretor que crece bajo la influencia del estrógeno.

B).-La producción de un moco cervical impenetrable viscoso y grueso que impide la penetración del espermatozoide, y probablemente la invasión de bacterias.

C).-Modificaciones varias en las reacciones celulares o secretorias inducidas por los estrógenos con lo cual contribuye a mantener el embarazo.

D).-Un leve aumento de la temperatura del cuerpo.

E).-Influye sobre el mecanismo hipotálamo hipofisiario como parte del sistema de retroalimentación.

F).-Interviene en varios efectos sobre el metabolismo, de proteínas y carbohidratos.

III-B. -CONCEPCION

La fecundación y la nidación(implantación) son los dos procesos que intervienen en la concepción.

Si el coito ocurre durante la ovulación a los 2 ó 3 días antes de ésta, el espermatozoide penetra rápidamente el moco cervical y se le puede encontrar en el extremo ovario de la trompa aproximadamente una hora después; el espermatozoide sigue vivo en el trayecto reproductivo por lo menos durante 48 horas o más. Se han encontrado espermatozoides móviles en el moco cervical 5 días o más después de la relación sexual, lo que sugiere que el moco cervical serviría como puente para el espermatozoide en este momento. Generalmente la fecundación ocurre poco después de la ovulación. El cigoto permanece en la trompa durante 4 días o más antes de entrar en el útero e implantarse en el endometrio, unos 7 días después de la fecundación.

Inmediatamente después de la implantación la gonadotropina coriónica penetra en la corriente sanguínea materna y provoca el crecimiento y persistencia del cuerpo lúteo el -- que durante el embarazo secreta cantidades crecientes de progesterona y estrógenos previniendo así la menstruación -- manteniendo el embarazo hasta que la placenta pueda producir la cantidad adecuada de estrógenos para hacerse cargo de ésta función.

IV.-METODOS DE CONTROL DE LA FERTILIDAD

Los métodos que se emplean en la Planificación Familiar están encaminados a evitar que el ovocito y el espermatozoide se unan, o de existir unión, impedir el implante del huevo

Los métodos que existen para la Planificación Familiar se dividen en:

- 1.-Temporales.
- 2.-Permanentes

Dentro de los métodos temporales, se encuentran los biológicos, químicos, mecánicos y quirúrgicos.

Los métodos biológicos están basados en el ciclo menstrual femenino, y la fisiología sexual de ambos, los que no son muy recomendables.

Los métodos químicos, son sustancias que se pueden inyectar, ingerir, o aplicar localmente para destruir los espermatozoides o controlar la ovulación.

Los métodos mecánicos son por medio de dispositivos de uso masculino o femenino.

Los métodos quirúrgicos, sugieren la participación del médico por medio de intervención quirúrgica, la que se puede efectuar en forma directa mediante Laparotomía en la mujer, y efectuar oclutación ovariica en caso de métodos temporales y salpingoclasia en la mujer o vasectomía en el hombre en el caso de métodos permanentes. La forma directa será aquella en que se llega por otra vía a las salpinges (Laparoscopia y culdoscopia).

MÉTODOS BIOLÓGICOS.

Estos métodos no son muy recomendables, por la alta incidencia de falla en algunos y con efectos secundarios característicos de otros.

Ritmo de Ogino Knäus.- En éste método, se toma como base el ciclo menstrual de la mujer considerandose como días seguros para la relación sexual los que anteceden y siguen a la menstruación y los cercanos a la ovulación como fértiles de ésta manera la mujer planea su ciclo para saber los días en los cuales puede tener coitos con menor riesgo de embarazarse.

Coitus Interruptus.- Es el coito incompleto en el cual - el hombre extrae el pene de la vagina instantes antes de la eyaculación completando su orgasmo con maniobras. Este método es muy poco seguro, si se tiene en cuenta que durante el coito hay salida de líquido seminal y está comprobado que pueden emitirse gran cantidad de espermatozoides.

Continencia.- Método que consiste en la abstención de relaciones sexuales.

Duchas Vaginales.- Este método es muy aleatorio pues inmediatamente despues de la eyaculación la mujer debe incorporarse y aplicarse una ducha vaginal con el fin de practicarse un total lavado de la vagina, ya que si se retrasa en llevarlo a cabo pueda quedar embarazada ya que solo bastan unos momentos para que el espermio avance a través del cérvix haciendo inútil la maniobra.

Las duchas vaginales en ocasiones se hacen con acidificantes o sustancias químicas diluidas.

LACTANCIA.-Este procedimiento fisiológico que en ocasiones es incierto, se basa en el principio que al seguirse formando la prolactina, se inhibe la formación de hormona folicular estimulante, para la iniciación de un ciclo y con ello la ovulación.

Por las alteraciones y efectos que se pueden producir en el individuo, y por su alta incidencia de fallo, estos métodos no son muy recomendables. Sin embargo, cabe hacer mención que son muy populares en las personas cuyo estrato socioeconómico es bajo a las que en ocasiones les dan buenos resultados.

MÉTODOS TEMPORALES.

- 1).-Químicos.
- 2).-Mecánicos.
- 3).-Quirúrgicos.

...

1.A.- Grageas anticonceptivas.-Son preparados hormonales que se encuentran en el mercado bajo diversas dosificaciones, y presentaciones farmacológicas. Su mecanismo de acción es bloquear la ovulación a la mitad del ciclo mediante una primera fase larga y una segunda corta, que coincide con la menstruación. También suprime la ovulación.

Todas las presentaciones contienen 21 grageas y algunas agregan 7 días de placebo con el fin de que el ciclo quede completo.

La mujer tomará una gragea al día durante 3 semanas y en la semana siguiente algunas tomarán placebo presentándose la menstruación.

En la primera ocasión que se toma, se iniciará en el quinto día del ciclo.

1.B.- Soluciones parenterales (ampolletas). su acción es semejante a la de las grageas anticonceptivas, se encuentran en el mercado preparados para cada mes, dos meses, o más. En su inicio la ampolleta se aplicará entre el séptimo y noveno día de iniciado el ciclo.

1.C.-Tableta Unica o Cápsula Unica.- Este preparado hormonal, lo deberá ingerir la mujer al quinto día de iniciado, el ciclo y posteriormente cada 28 días.

Para el uso de éstos métodos se deberá tener la precaución de suspenderlos cada 2 años por dos o tres meses.

1.D.-Espumas, Aerosoles, Cremas, Jaleas.-Son preparados cuya acción es espermaticida. Su presentación comercial, es en frascos o tubos con un aplicador vaginal. La mujer llenara el aplicador con este preparado, y lo introducirá en la vagina hasta tocar el cérvix, retirandolo uno o dos centímetros y --verter la cantidad contenida, se aplicará 10 a 15 minutos antes del acto sexual y no se practicarán duchas vaginales, hasta 6 horas posteriores al mismo. Se aplicarán nuevas dosis en caso de coitos repetidos.

1.E.-Ovulos vaginales.-Su acción es espermaticida, la mujer deberá aplicarselos dentro de la vagina en un tiempo de aproximadamente 10 a 15 minutos antes del acto sexual al igual que el método anterior, no se deberá practicar ducha vaginal antes de 6 horas, ni se aplicará con mucho tiempo de anticipación al coit. Se debrá usar un óvulo por cada coito.

1.F.-Tabletas vaginales.-Son preparados espermaticidas efervescentes, la mujer debrá colocar la tableta manualmente, en el fondo de la vagina aconsejandose humedecer con agua ésta, antes de introducirla, después de 10 minutos aproximadamente la tableta se disolverá dejando una espuma espermaticida o espermioestática que será la protectora durante el coito.

Los frascos que las contienen deberán permanecer completamente cerrados ya que las tabletas al absorber la humedad, se inactivan. Al igual que los anteriores, se usará una tableta por cada coito, no se aplicará con mucho tiempo de anticipación ni se practicará ducha vaginal antes de 6 horas.

2. -MECANICOS:

2.A.-Dispositivos Intrauterinos.-Son conocidos comunmente como aparatos, son objetos fabricados a base de nylon, plástico o metal y son de diversas formas. La mayoría de ellos están fabricados con materiales inertes y a algunos se les ha agregado un principio activo de eliminación paulatina estos dispositivos, son colocados por el médico, en el útero utilizando técnicas especializadas y específicas para cada uno de ellos.

2.A.1.-Preservativo o Condón.-Es una funda muy delgada fabricada a base de hule o plástico, se aplica en el pene erecto poco antes del coito. Su función es recoger los espermatozoides en el momento de la eyacuación evitando así que penetren en el útero. También se fabrican a base de membranas animales los que son muy delicadas, el problema más comúnmente encontrado, en este método, es que se rompe el preservativo. Se encuentran en el mercado enrollados en forma de anillo y lisos para ser utilizados.

2.C.-Diafragma.-Es un dispositivo en forma de bornera, fabricado de hule muy suave el cual tiene una porción resistente en el borde inferior, se hace la hule para permitir su colocación. La mujer se lo colocará en la vagina adosado al cervix, se recomienda su uso aunado a jalcos, espumas o espermaticidas.

3.-Quirurgicos:

3.A.- Quirurgicos Temporales.-Ocultación ovarica es una intervención mediante la cual se ocultan los ovarios en el ligamento ancho para impedir que el ovulo llegue a las salpinges.

3.1.-Quirurgicos permanentes:

3.1.A.-Directos.- Son como la salpingoclasia que es una intervención quirurgica mediante la que se practica una laparotomia y una ligadura y corte de cada salpinge o se aplica un anillo de silastic o un clip metalico o de material plastico para seccionar un fragmento de la trompa. Por cauterización del ostium uterino por extirpación de las trompas, etc.

3.1.B.-Vasectomia.- Intervención quirurgica mediante la cual se extirpa una porción de los conductos deferentes a través del escroto.

3.2.A.- Indirectos.-Salpingoclasia por culdoscopia o -- por laparoscopia.

9.- GENERALIDADES DE LOS DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS

La mayoría de los dispositivos intrauterinos actualmente en uso están hechos de plástico de diferentes formas, la mayoría de estos contienen cobre, el que permite que sean fácilmente distinguibles a los rayos X a excepción de los dispositivos de poco peso que solo se distinguen con menos exposición de Rayos X.

Las formas, tamaños y tipos de dispositivos intrauterinos son muy variados. Es muy grande la lista de los que hay disponibles en el comercio y los que aun se encuentran en pruebas. Los dispositivos intrauterinos de tipo actualmente se clasifican en:

A.- No medicados

B.- Medicados o de segunda generación.

Estos últimos son aquellos que sirven como vehículos o portadores de agentes farmacológicamente activos con anticonceptivos.

Dispositivos intrauterinos no medicados:

1.- Asa de Lippes (60).

Asa A: 28 mm (riendas azules) para mujeres nulíparas

Asa P: 27.5 mm (riendas negras) para mujeres multiparas de acuerdo a las dimensiones uterinas.

Asa C: 30 mm (riendas amarillas)

Asa D: 30 mm (riendas blancas)

Asa E: 30 mm modificada para puerperio inmediato

2.- Resorte de metalin.

3.- Dispositivo intrauterino de Szentagh.

4.- Corala.

5.- Ancora

6.- Dispositivo intrauterino de Leonavala.

7.- Cometa

8.- Dina super

9.- Anillo de Yusei.

10.- Dispositivo intrauterino supremo.

11.- Antigon.

12.- Antigon Alado

13.- Anillo de Zipper.

14.- Mono de Bimberg

15.- Anillo de Otha etc.

Dispositivos Intrauterinos medicados

1.- T de cobre 200

2.- T de cobre 220-C

3.- T " " 200

4.- T " " 300

5.- T " " 300

6.- T " " 220-C para puerperio inmediato

7.- T de cobre Gravigard

8.- T de Progesterona

9.- T con liberación de estríol etc.

Figura 2
T CU 220-C

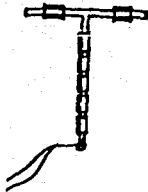


Figura 3
Gravigard



Figura 4
Progestasert

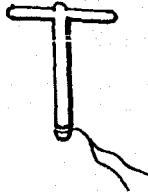


Figura 5



Anillo de Lippes

Figura 7



Anillo de Hall-Stone



Sar-T-Coil

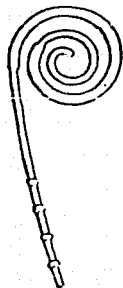
Figura 8

Figura 6



Tc de cobre

Figura 9



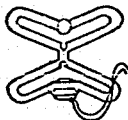
Espiral de Margules

Figura 10



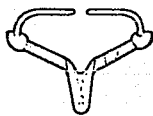
Escudo de Daikon

Figura 11



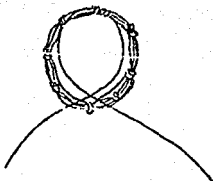
Moño de Birnberg

Figura 12



Ala KS

Figura 13



Anillo de Ragab

Figura 14



Anillo de Zipper

Figura 15



Anillo de Uta

Figura 17



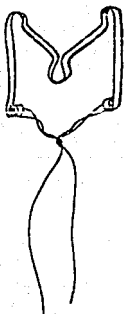
DIU de Sooswala

Figura 16



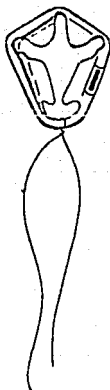
Concha

Figura 18



M213

Figura 19



Antigon alado

Figura 20



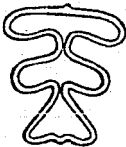
Antigon

Figura 21



DIU Supremo

Figura 22



Dena

Figura 23



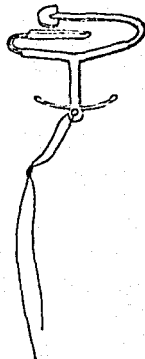
Anillo de Yusei

Figura 24



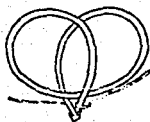
Corola

Figura 25



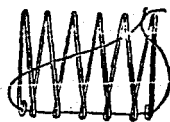
Ancora

Figura 26



DIU de Srontagh

Figura 27



Resorte de Majella

VI. - MECANISMO DE ACCION DE LOS DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS

Los dispositivos intrauterinos tienen una acción de cuerpo extraño en el interior de la cavidad uterina y otros, además tienen acciones específicas según el tipo de que se trate.

Los fenómenos generales son los mismos tanto para los medicados como para los no medicados, mientras que el efecto anticonceptivo de los primeros es el resultado de la acción combinada del fenómeno general más el efecto propio del medicamento agregado.

Los efectos anticonceptivos en el humano, por parte de los dispositivos intrauterinos se caracterizan por:

- A). - Ser locales
- B). - Actuar inmediatamente después de la inserción
- C). - Desaparecer rápidamente después de la extracción
- D). - No modificarse con la menstruación
- E). - No alterar la integridad ni la integración del eje hipotálamo-hipófisis-ovario.

EFFECTOS SOBRE EL MEDIO ENDOMETRIAL. - Actualmente se piensa, que el principal efecto anticonceptivo del dispositivo intrauterino ocurre en el útero, creando un ambiente hostil a los espermatozoides.

También se ha propuesto, que la lisis de células inflamatorias, en especial de los leucocitos polimorfonucleares, pueden causar la liberación de sustancias embriotóxicas las cuales pueden destruir al blastocisto antes de su implantación.

Otros autores describieron la formación de una especie de barrera integrada por el acumulo de células macrofágicas, entre el blastocisto y el endometrio, lo que impedirá la nidación por un doble fenómeno químico y mecánico o bien traer como consecuencia modificaciones en el comportamiento bioquímico enzimático del endometrio, lo que producirá el mismo efecto.

También se han sugerido sobre los gametos, un mecanismo de acción que consiste en un retraso en la velocidad del transporte del espermatozoide en la luz tubaria.

...

TEORIA INMUNOLOGICA:

Se cree que es posible que exista un mecanismo inmunológico para explicar la acción anticonceptiva de los dispositivos intrauterinos y que esto resulta de un aumento en los niveles de inmunoglobulinas G y M. Los autores de esta teoría, sugieren que el desarrollo de una respuesta inflamatoria por parte del dispositivo intrauterino, disminuirá la tolerancia inmunológica responsable de la nidación.

Recientemente se ha encontrado que el efecto anticonceptivo del dispositivo intrauterino en parte pudiera ser la capacidad para producir anticuerpos anti-blastocisto. Al aumentar los niveles de inmunoglobulina G especialmente en las 8 semanas después de la inserción.

HIPOTESIS SOBRE LIBERACION DE PROSTAGLANDINAS

En esta hipótesis de Horton, refiere que las prostaglandinas F2 Alfa, se liberan en el lumen del útero debido a la inserción de un dispositivo intrauterino con lo que se presenta una liberación continua de estas prostaglandinas que pueden aumentar las contracciones de las trompas de falopio, acelerando el pasaje del óvulo y de ésta forma evitar la concepción.

DISPOSITIVOS MEDICADOS:

Dispositivo Intrauterino de Cobre.- Tradicionalmente se le conoce al cobre como un tóxico celular, en dosis elevadas. Se ha supuesto que al entrar las sales de cobre en contacto con células endometriales, se pueden liberar enzimas citolíticas, que actuarían directamente sobre el blastocisto antes de su implantación, se sabe también que la adición de cobre a un dispositivo aumenta su acción espermaticida o espermato-depresora, efectos que se producen probablemente por toxicidad directa.

Una reacción química que acompaña con el mecanismo de acción del dispositivo intrauterino de cobre fué planteada originalmente por Oster y Oster quien propone que en la superficie del cobre metálico puro se forma una capa de óxido cuproso, la que al entrar en contacto con una solución acuosa de cloruro de sodio, forma complejos solubles de cloro y cobre que se difunden rápidamente fuera del metal. El oxígeno disuelto en el medio acuoso, rápidamente oxida los complejos

...

de cobre produciendo cobre y radicales libres. Estos a su vez indican la oxidación de ácidos grasos no saturados localizados principalmente en la membrana celular, dando como resultado la labilización de ciertas bioestructuras de membrana, con lisis de los organelos celulares, pérdida de función y eventualmente muerte celular.

El daño lisosomal que sigue a la liberación de enzimas lisosomales ha sido bien establecido como un mecanismo común de la inflamación tisular.

En muchos casos el deterioro peroxidativo de las grasas constituyentes de la membrana se ha relacionado con labilización ribosomal.

También se ha implicado la formación de enlaces disulfuro y cobre con proteínas de membrana.

T de Progesterona.-Su mecanismo de acción ha demostrado ser local básicamente y sin efectos sistémicos detectables.- El mecanismo aparente, es el mantenimiento de un endometrio progestacional y decidual, el que resulta incompatible con la implantación del blastocisto.

En el endometrio, frecuentemente se observa también infiltración inflamatoria y reacción decidual difusa.

Los estudios que Rosado, Aznar y Martínez Manatou efectuaron, sugieren también la importancia de los cambios bioquímicos endometriales en el mecanismo de acción anticonceptivo

Otra hipótesis que se ha planteado, con respecto al mecanismo de acción de los dispositivos intrauterinos, de progesterona es la que refiere la presencia de una inhibición de la capacitación espermática, lo que está reforzado por la demostración directa de la inhibición de la capacitación in vitro del espermatozoide de conejo con el producto de lavados endometriales en pacientes que tienen insertado la T de Progesterona.

VII.-INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES DEL
DISPOSITIVO INTRAUTERINO
POS PARTO

1.- INDICACIONES:

- A).-En toda paciente de puerperio inmediato
- B).-En pacientes que sean difíciles de controlar después del parto.
- C).-En pacientes que tienen menos de 4 hijos
- D).-En pacientes pos aborto no séptico y pos cesárea sin ruptura prematura de membranas.

2.-CONTRAINDICACIONES:

- A).-Ruptura prematura de membranas
- B).-Sangrado pos alumbramiento importante
- C).-Incontinencia istmico cervical
- D).-Anormalidades uterinas congénitas o patológicas
- E).-Pacientes con historia de metrorragia importante
- F).-Pacientes con dismenorrea severa.
- G).-Anemia
- H).-Cervicitis severa
- I).-Salpingitis
- J).-Endometritis
- K).-Miomas submucosos.

VIII.-ASPECTOS PSICOLOGICOS DE LA MUJER QUE SE SOMETE A CONTROL CON DISPOSITIVO INTRAUTERINO

Con la introducción de nuevos métodos anticonceptivos como es el caso de los dispositivos intrauterinos que no tienen que emplearse en el momento del coito, se ha observado, que muchos problemas sexuales que existían y surgían como consecuencia del empleo de otros métodos anticonceptivos fueron eliminados al aislarse la anticoncepción del momento del acto sexual ya que se eliminan tabúes y prejuicios sociales.

Los dispositivos intrauterinos, implican un manejo más profundo de la corporalidad y pueden ser experimentados por la mujer como cuerpos extraños duros que van a ser colocados en sus órganos más íntimos y que tal vez le provoquen alguna enfermedad e incluso cáncer o que pueden perderse dentro del útero al ser fagocitados por éste. Esto provoca una sensación de congoja en nuestras pacientes.

Desde el punto de vista psicológico, las nuevas medidas anticonceptivas fáciles de manejar y eficaces, han provocado cambios notables y muy importantes en la mujer pues ahora ésta tiene la posibilidad de controlar el número de hijos y programar los embarazos cosa que le permite desarrollar todas sus potencialidades y realizarse como tal, siendo así una fuerza económica importante dentro de la sociedad y la familia.

Diversos estudios han reportado una mejoría sexual de la mujer que oscila entre 10 y 53% de los casos después del empleo del dispositivo intrauterino aunque esto parece tener una acción terapéutica favorable, en casos de frigidez.

La reacción de la mujer que controla su fertilidad con dispositivos intrauterinos, a menudo está matizada por los rasgos del carácter, o por la neurosis de la mujer. Así por ejemplo, una histérica, tenderá a atribuir sus molestias e incluso su frigidez a los dispositivos intrauterinos e hasta culpará al médico que lo prescribió o lo instaló.

En mujeres con rasgos obsesivos de carácter, esto puede ser una fuente de angustia que puede movilizar tendencias hipocondríacas.

...

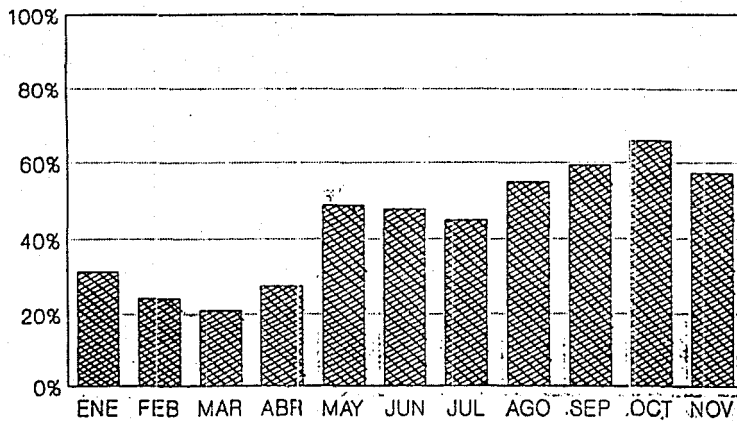
En los casos de neurosis fóbicas se pueden manifestar temores a presentar enfermedades graves incluso cáncer o -- desenmascarar algunas fobias previas que se encontraban escondidas y que retoman al dispositivo intrauterino para dar salida a éstas patologías, incluso a reactivar fobias sexuales.

Es indudable que el ginecobstetra debe tener un mejor conocimiento de los factores psicológicos involucrados con la anticoncepción ya que además de serle de gran ayuda, le -- permitirá profundizar en las motivaciones de la paciente y entender sus reacciones, para poder brindarle las explicaciones necesarias y el apoyo necesarios para poder aclarar sus dudas y disipar sus angustias.

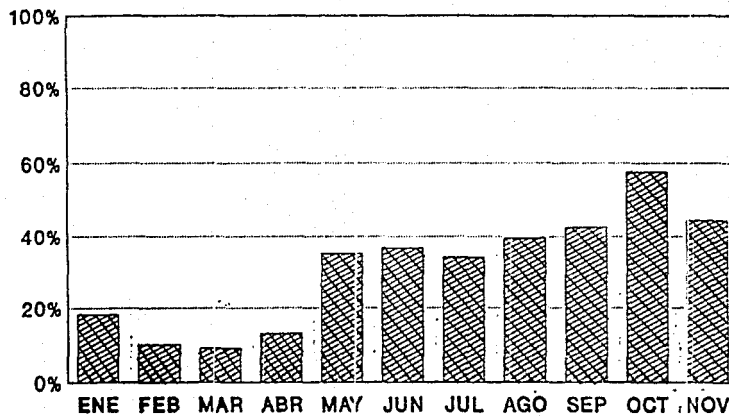
IX. -OBJETIVOS DEL ESTUDIO

Se realizo un estudio retrospectivo en el Hospital de la Mujer para conocer su trayectoria en el periodo comprendido de los años 1981 a 1991, en el desarrollo de los programas de cobertura de anticoncepción para parte con los diferentes métodos de Planificación Familiar a fin de dirigir, las nuevas tendencias acordes con las políticas gubernamentales, y adecuarlas, a las características y necesidades de nuestras pacientes, así como analizar los inconvenientes, dificultades y obstáculos que se presenten, para el buen cumplimiento de los mismos y así poder obtener mejores resultados, en la aplicación de éstos programas, que redunden en bienestar, tanto para las pacientes como para nuestra sociedad.

COBERTURA DE ANTICONCEPCION POSPARTO HOSPITAL DE LA MUJER 1991



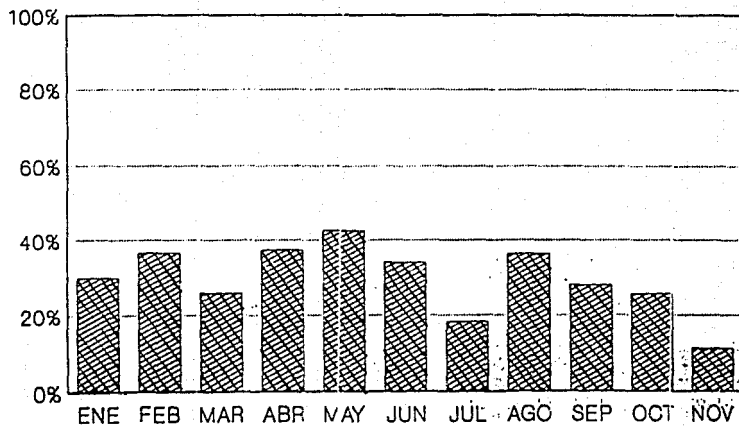
**COBERTURA MENSUAL DEL DIU POSPARTO
HOSPITAL DE LA MUJER
1991**



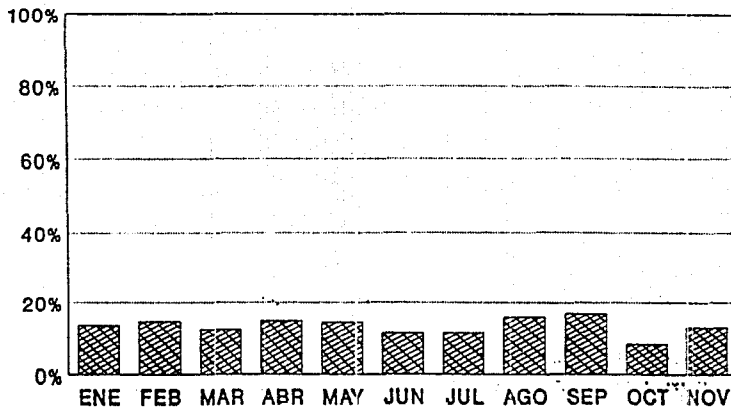
USO DE ANTICONCEPTIVO HORMONAL POSPARTO

HOSPITAL DE LA MUJER

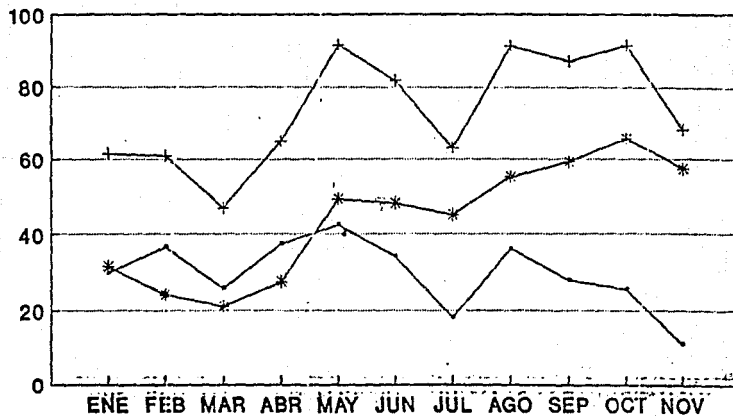
1991



**COBERTURA MENSUAL DE OTB POSPARTO
HOSPITAL DE LA MUJER
1991**

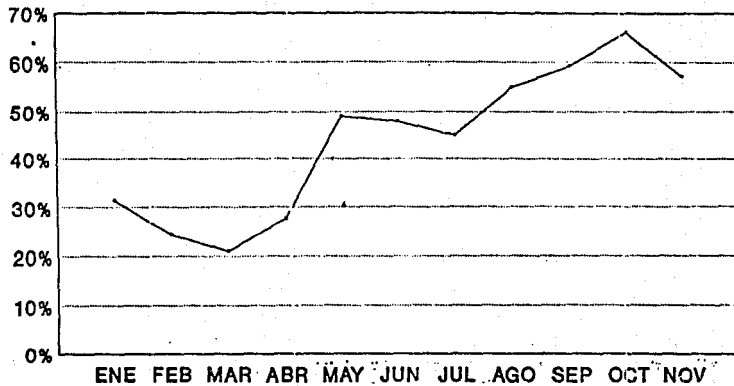


ANTICONCEPCION TOTAL POSPARTO EN EL HOSPITAL DE LA MUJER 1991

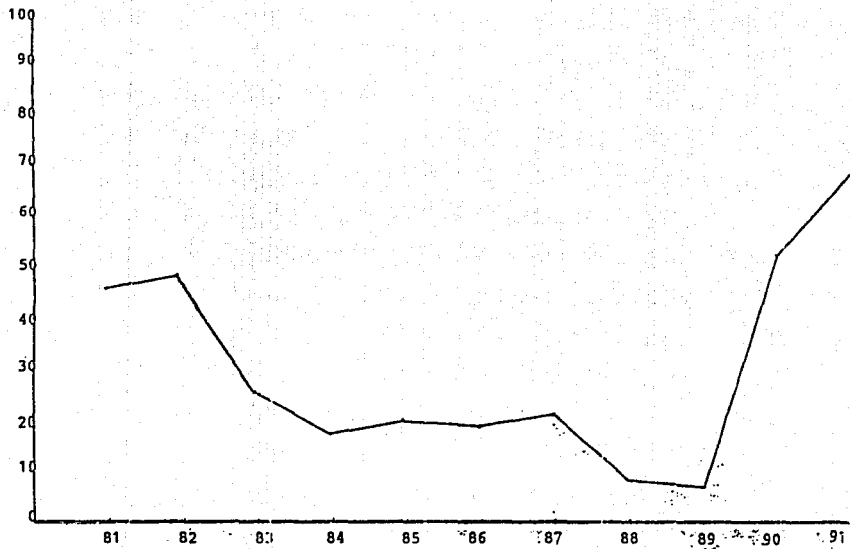


— Cobert. de APP Horm + Cobert. Tot. APP * Tendencia APP

TENDENCIA DE LA COBERTURA DE
ANTICONCEPCION POSPARTO EN EL
HOSPITAL DE LA MUJER
1991.



COBERTURA DE ANTICONCEPCION POST PARTO
HOSPITAL DE LA MUJER
1981-1991



HOSPITAL DE LA MUJER
MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

AÑO	QX	DIU	ORAL	INyec.	PRESER	OTROS
1981	531	1464	708	2650	214	45
1982	160	1658	518	3508	130	7
1983	113	1115	394	1538	104	11
1984	258	1003	372	779	166	11
1985	255	1297	321	815	138	21
1986	298	1227	423	884	262	14
1987	122	1332	454	1097	319	24
1988		421	513	257	121	2
1989		416	10	547	5	
1990	1500	2500	291	4213	134	
1991	1575	3647	55	3489	110	
TOTAL	5096	16213	1098	20077	1733	135

**HOSPITAL DE LA MUJER
COBERTURA DE ANTICONCEPCION POSPARTO
1981--1991**

ANO	EG. OBSTETRICOS	TOT. PAC. CUBIERTAS	% COBERT.
1981	12773	5745	44.9
1982	13187	6181	46.87
1983	13763	3446	25.03
1984	14075	2595	18.43
1985	14437	2860	19.8
1986	16806	3168	18.85
1987	17214	3354	19.48
1988	18551	1345	7.08
1989	15803	1348	8.05
1990	15730	8438	53.6
1991	12841	8876	69.12

X. - ANALISIS

De acuerdo al estudio realizado durante el período de 1981 a 1992 de cobertura pos parto en el Hospital de la Mujer, se pueden obtener los siguientes puntos de análisis:

1.-La cobertura de Planificación Familiar ha visto niveles muy bajos principalmente en los años 1988-1989

2.-Las tendencias actuales en los programas de Planificación Familiar, se dirigen al uso de Dispositivo Intrauterino pos parto inmediato, pos aborto inmediato y Transcervícea así como la Salpingoclasia bilateral.

3.-Se aprecia ostensiblemente la disminución en la tendencia al uso de hormonales, básicamente orales, aunque el de hormonales inyectables aún persiste elevado.

4.-Existe resistencia al uso de dispositivo intrauterino pos aborto y Transcésarea , por motivos aún no bien fundamentados.

5.-La cobertura de Planificación Familiar, ha visto importantes incrementos, sin embargo aun falta mucho por hacer.

XI. -CONCLUSIONES

1.-El intenso crecimiento de la población que estadísticamente era de 3.5 ha disminuído según notificaciones gubernamentales a 2.5 y aunque es una cifra importante es aún un problema no resuelto por lo cual el apoyo a los programas de Planificación Familiar requieren un apoyo definitivo.

2.-Es necesario hacer más énfasis en la educación a la población para aumentar la aceptación de métodos anticonceptivos y abatir el rechazo de los mismos.

3.-Se requieran estudios prospectivos que fundamenten los beneficios y complicaciones de la aplicación de dispositivos posaborto y transecara para la concientización del personal médico y así incrementar su aplicación.

4.-Es un proyecto alcanzable que de acuerdo con la curva de protección con anticonceptivos posparto persista el uso que alcance niveles óptimos.

5.-De acuerdo a las tablas presentadas con un promedio, de 14000 pacientes atendidas por año en el hospital de la mujer, teniendo como máximo de porcentaje de cobertura en 1982 de 45.67% y tan bajos en 1989 de 3.05% actualmente hemos alcanzado niveles de 59.12% porcentaje nunca antes visto en los 11 años revisados en el Hospital de la Mujer.

6.-Son las pretensiones del Hospital de la Mujer que acordadas con las políticas gubernamentales el porcentaje de pacientes que salgan cubiertas del hospital con algún método anticonceptivo sea del 100% , o lo más cercano a él.

7.-El Hospital de la Mujer seguirá apoyando los programas gubernamentales de Planificación Familiar y consecuentemente con ellos la tendencia será aumentar la cobertura con dispositivo intrauterino posparto, posaborto, transcesáreas y Salpingoclasia bilateral como método definitivo.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

XII.-RESUMEN

A nivel mundial, los problemas de población están bien establecidos, por lo que el control del número de nacimientos es una de las bases para su mejoramiento. Así pues los servicios de Planificación Familiar deben tener dentro de sus metas éste programa de control, en el puerperio inmediato.

Las fallas encontradas, deberán ser intensamente vigiladas y revaloradas para poder corregirse y lograr mejores avances, que eviten entorpecer el funcionamiento adecuado de este tipo de programas.

No obstante las fallas, el momento psicológico de las pacientes en el puerperio inmediato, es el más adecuado para la aceptación del mismo, tomando en cuenta la disminución en la utilización de recursos para la aplicación del dispositivo en la Unidad Tocoquirúrgica, específicamente en la sala de expulsión se debe insistir en su aplicación en éste sitio.

Aunque el número de pacientes que se pudieron controlar no fué el óptimo, sí podemos apreciar una gran elevación en la curva de cobertura para las pacientes con métodos anticonceptivos principalmente en apoyo al uso del Dispositivo intrauterino más que cualquier otro método en los dos últimos años lo cual habla de una insistente actividad en este aspecto.

La tendencia al uso de Dispositivo Intrauterino en el tanto posaborto como transcesarea deben ser estudiados y fundamentados en cuanto a su beneficio y complicaciones eliminando por supuesto, las contraindicaciones para aumentar su aplicación y disminuir la renuencia.

B I B L I O G R A F I A

- 1.-Angeles Castillo C., Ortiz Cardenas A. Metodología anti-conceptiva. Reunión de presentación del programa de Planificación Familiar del ISSSTE para directores de unidades médicas del área metropolitana y región VII. 20 y 21. Octubre 1977. pp.115.
- 2.-Apelo, R., Ramos R. y Thomas, M. The lem device in an immediate postpartum contraception program. Fertil and Steril 27: 517 1976
- 3.-Arias Huerta J., Torres Ramirez A., García Usanga, Pérez -- Fernández Z.I. Valoración de un nuevo DIU. Ginec. Obstet. Méx. V. 33 NQ 198 Abril 1973
- 4.-Aznar Ramos R. y Martínez Manatou J. Anticoncepción con sis temas de liberación intrauterina de progesterona. Ginec. Obs-- tet. Méx: 38:69. 1975.
- 5.-Bakker C.B. y Dightman C.R. Psychological factors in ferti-- lity control. Fertil Steril 15:559. 1964
- 6.-Daveja K. y Samant V. Immediate postpartum lippes leap in-- sersion. A short term trial. J. Obstet. Gynaecol. India. 24:165 1974.
- 7.-Benson C. Ralph Manual de Ginecología y Obstetricia. 3ª E-- dición. Editorial El Manual Moderno. México D.F: 1973.
- 8.-Belognese Ronald J. Fiver Steven. Feasibility of postpartum um insertion of IUD. Jama. Vol. 197, NQ 8 p.665 Aug. 1966
- 9.-Boris M.C. y Gorden M. Complications from intrauterine de-- vices: Postpartum and postabortal insertion. J. Rep. Med 14:251, 1975.
- 10.-Botella Llusá J. Tratado de Endocrinología Ginecológica. Editorial Científica Médica. Barcelona España.
- 11.-Botella Llusia J. Tratado de Ginecología y Obstetricia - 193 Edición Editorial Científica Médica Barcelona España 1974
- 12.-Bryant Greenwood G.D., Greenwood F.C., Hale R.N. y Morris - hige W.K. Hormonal Evaluation of the intrauterine progest - erone contraceptive system. J. Clin. Endocrinal. Metab. 44:721. - 1977

- 13.-Burnhill M.S. and Birnberg C.H. Contraceptive wite an in trauterine Bow.inserted immediately postpartum:fertility and Sterility 1159-1165 Amsterdam: Excerpta medica international congress Series N2 133.1967.
- 14.-Burnhill M.S. and Birnberg C.H. Contraception with and - intrauterine bowm placed immediately postpartum. Obstet.Gynec. 23-329 1966.
- 15.-Calderone S.M. Técnicas anticoncepcionales.Editorial -- Interamericana S.A. Suplemento 1967
- 16.-Corona.Diccionario Everest.Editorial Everest.2ª edicion-Leon España.1965
- 17.-Correu S y Keller A.Tasa y razones de deserción de pa -- cientes que acuden a clínicas de Planificación Familiar Ginec.Obstet. Méx. 36: 353 1974
- 18.-Correu A.S. Lopez Lizana S.,Velazco M.V.,Cervantes B.A. Mecanismo de Acción de los dispositivos Ginec.Obstet. Méx. 271 pp 419-429 Mayo 1979
- 19.-Charles H. Birnberg M.S. Burnhill.Whither IUD The pre -- sent and Future of intrauterine contraceptives Obstetrics and Gynecology 31:6,Jun 1968
- 20.-Chaudhuri S.Intrauterine device possible role of prosta- glandins.The Lancet March 1971
- 21.-Choun Huri P.K.loop in pospartum and postaborto period J. Indian Med. Assoc. 49:32.34 July 1967.
- 22.-Christian C.D. Maternal deaths associated with intraute- rine device Am.J.Obstet.Gynecol. Jun 1974.
- 23.-Dharmapani T. Immediate postpartum IUD insertions at -- Vejira Hospital Bangkok in Zatuchini G.I. Editor Postpartum- Family planning,New York 1970
- 24.-Efnawi F Hosni M.,Sheikha Z Serour G.I. and Haseeb F. - perforation of the uterine wuall by lippes loop in postpar- tum womwn in proceedings of the 3rd. internacional conference on intrauterine contraception.El Cairo Egyo. 12-14 December 1974 Amsterdam North-Holland 1975 p.469-476
- 25.-Goldsmith y Goldberg R.,Eyzaguirre H y Lizana L Inmedia- te postabortal intrauterine contraceptive device insertion; a double blind study Am.J.Obstet.Gynecol.112:957-961 1972.
- 26.-Guyton Arthur W. Fisiologia Humana Quinta Edición Intera- mericana México 1969.

27.-Haghard C.A., Inge Manson and B.Sorbe. Early Postpartum - insertion of cooper IUD Rev. Contraception Vol.17:5 1978.

28.-Helmut Wörhner, Contraception after abortion an postpartum Am. J. Obstet. Gynecol 117:7 December 1973.

29.-Hicks J.J., Aznar R., Leroy P. y Rosado A. Efecto comparativo de diferentes concentraciones de progesterona (DIU) en la composición bioquímica del endometrio humano, presentado en la asociación mexicana de Nutrición y Endocrinología 1974.

30.-Hingorani V. and Uma Bai G.R. Haemoglobin level in women with postpartum IUD insertions, J. of Reproduction and Fertility 11:27:119-120 October 1971

31.-Hofling Charles K. Tratado de Psiquiatria, Primera edición Editorial Interamericana México D.F. Reimpresión de 1967.

32.-Holub W.R., Reyner E.C. y Forman G.H. Increased levels of serum immunoglobulins G and M in women using intrauterine device Am. J. Obstet. Gynecol. 110: 362. 1971

33.-Houssay Bernardo A. Fisiología Humana. Quinta edición tercera reimpresión. Editorial el Ateneo. Buenos Aires Argentina 1969.

34.-Hurt W.G. Septic Pregnancy associated with dalcón Shield intrauterine device. Obstetric and Gynecology 44 (4) 491-495 October 1974.

35. Informes Médicos I.P.P.F. Dispositivos Intrauterinos - Los dispositivos intrauterinos revaluados, una década de experiencia. Serie B Nº 2 p. 25-48.

36.-Internacional Planned Parenthood Foundation; Historia de los Anticonceptivos. Londres 1967.

37.-Ishihama A. y Kagabu T Cytological studies after insertion of intrauterine contraceptive devices A.M. J. Obstet. - Gynec. 91 575 1965.

38.-King A.B. Selection of patient for the intrauterine contraceptive device/Obst. Gynec. 29: 139. 1967

39.-Kleinman R.L. Anticoncepción Intrauterina. Federación Internacional de Planificación de la Familia (Internacional - Planned Parenthood Federation) 3ª Edición pp 1-40. 1972

40.-Laes E., Lehtovirta P., Weintraub D., Fernald T. y Lukkainen T. Early puerperal insertions of copper T-200 Contraception 11 289-295.1975

...

41.-Larsson B., Hamberger L. y Rybe G. Influence of copper intrauterine contraceptive devices (Cu T IUD) on first menstrual blood loss. Acta Obstet. Gynec. Scand. 34:315. 1975.

42.-Laufe E., Leonard, Wheeler G.R., Friel S.P. Modification of intrauterine devices for postpartum insertion. The Lancet, pp. 853-854. April 1979.

43.-Lises G.A. Early puerperal insertion of intrauterine contraceptive devices. Am. J. Obstet. Gynec. 34:1062. 1966.

44.-Marchan López D. y cols. Perforación uterina por el uso de anticonceptivos intrauterinos. Rev. de Obstetricia y Ginecología México 1967.

45.-Martínez Manatou, Corrieu-Azcona S., Aznar Ramos R. Experiencia en México con el sistema anticonceptivo hormonal intrauterino. Ginecol. Obstet. de México. Vol. 40. Julio 1975.

46.-Mateos C.M., Bueno L.R. y Chavez M.L. Actitud y anticoncepción. México Estudios Reproducción A.C. 53-51 1966.

47.-Middleton J.C. y Kennedy M. The biological actions of an intrauterine copper. Contraception. 12:209. 1975.

48.-Mishell. Historical considerations in the development of the modern IUDS. Patient and device selection and the importance of insertion techniques. J. Reprod. Med. 20:20. 1975.

49.-Morales Lepe, Alpizar Espejel S., Cordero James M.A., Ferrer Sierra P., Scarpita H. Dispositivo Intrauterino Postaborto. Ginecol. Obstet. Mex. vol. 43 AÑO XXXIII Nº 260 Junio - 1978.

50.-Moyer L.D. y Mishell. Reactions of Human endometrium of the intrauterine foreign body. II Longterm effects on the endometrial histology and cytology. Am. J. Obstet. Gynecol. 110:66 1971.

51.-Mishell D. The intrauterine device a bacteriologic study of the endometrial cavity. Am. J. Obstet. Gynecol. 96:119. 1956

...

52.-Palomares Frias J.M.Mora G.T. cambios psicosexuales con la anticoncepcion. Ginec. Obstet.Mex.Vol. 38 año XXX N2 229 Noviembre 1975

53.-Pnatak L. and Chandorkar.R. Experience with immediate post partum and postabortal IUD insertions and disappearance of -- IUD threads, in Zatuchini G.I. Ed. postpartum family planning a report on the internacional program. New York pp. 293-300 1970.

54.-Papa G. y Fielding V Hypophysiportal vassels and their colloid accompaniment. J. Anat. London 67: 227 1933

55.-Population Reports, Dispositivos intrauterinos Actualización sobre Inocuidad, efectividad e investigaciones Serie B - N2 3 pp. 1-54 Enero 1980.

56.-Rodriguez Maguel L. Ramos Martinez E. Garcia Alonso H. Actinomicosis genital asociada al uso del dispositivo intrauterino. Infore de dos casos. Gineco. Obstet. Mexico Vol. 46 año -- XXXIV N2 275. pp. 207-216. Septiembre de 1979.

57.-Rosado A., Hicks, J.J., Annar Ramos R. y Mercado E. Intrauterine contraception with the progesterone T device Contraception 10:39. 1974.

58.-Rosales S.A. Salpingoclasia posparto. Tests profesional, para obtener el Titulo de Ginecologia y Obstetricia. UNAM Mex D.F. 1978.

59.-Rosenfield A.G. y Castodot R.G. Early postpartum and immediate postabortion intrauterine contraceptive device insertion Am. J. Obstet. Gynecol. 118: 1104-1114 1974.

60.-Ruiz Moreno J.A., Mateos Candano M., Meira Michell H., Gomez Huitron. Experiencia en el uso del dispositivo de Lippes. -- Ginec. Obstet. Mex. Vol 32 Año XXVII N2 191 Sept. 1972.

61.-Ruiz Velazco V., Garcia Jión, L.F., Mejía J., y Arzate M. - Madroxiprogesterona en el posparto aplicación Unica Gineco.- Obstet. Mex 45:199 1979

62.-Ruiz Velazco V., Meza Vargas M. y Goldsmith A. Aplicación pos alumbramiento del dispositivo intrauterino ML Cu250 Reporte preliminar. Gineco-Obstet. Mexico Vol. 45 Año XXXIV N2 27 pp. 359-369 Mayo de 1979.

63.-Sesiroglu N. Sesiroglu Emel. Biologic. mode of acción of the Lippes loop in intrauterine contraception. Am. J. Obstet. - Gynec. pp 516-515 Febrero 19 1970.

64.-Sentamaria Martínez J.Aspectos Psicológicos de la anti-
concepción Ginec.Obstet.México Vol.42 AAQ XXXII No 250 pp --
97-108 Agosto 1977.

65.-Shulman J.J. Contraceptive provision in the immediate --
postpartum period. Obstet.Gynecol. 40: 403.1972

66.-Shulman Jerry J.and Merril L. postpartum contraception --
subsequent pregnancy, delivery and abortion rates. Fertility
and Sterility Vol. 27 No 1 pp 97-103 January 1975.

67.-Sivin I Contraception and Fertility change in the inter-
national postpartum program New York Population Council p.93-
1974.

68.-Souchet S.Ypsilon a new silicone-covered stainless steel
intrauterine contraceptive device
Am.J.Obst.Gynecol.Vol.114 No 7 pp. 938-941 December 1 1972.

69.-Spellacy W.N,Buhl W.C. y Eck R.N. The effects of a Pro-
gesterone T intrauterine device on carbohydrate and lipid --
metabolism in normal women.A three month study contraception
15:65. 1977.

70.-Tacla Ximena Mitra M. and Baheza R.Posabortion insertion
the pleated membrane.Int. J.Gynecol.Obstet.15 : 275-278.1977

71.-Tietze Ch.History and Statistical evaluation of intra-
uterine contraceptive devices.J.Chon Dis 18: 1147.1965.

72.-Thiery M.,Van der pas H.,Van Os W. y Van Kets.H Clinical
experience with two newer copper-loaded IUDs (T Cu 200 C and
ML Cu 250), simultaneous use on an IUD and spermicide-pos-
sidential insertions of the ML Cu 250 Esser. IUD York
Shops.1976.

73.-Vorherr H.,Contraception after abortion and postpartum Am
J.Obstet.Gynec.117: 1002 1972

74.-Wathen H.C. Sapire K.E.,Daver D.A. Postpartum insertion -
of the combined Multiload copper intrauterine device(ML Cu
250) S.Afr.Med. J. 54, 473-476.- Sept. 1976.

75.-Wiknosastro H.,Doodh A.,Rechman I.A., AgussJoried A. Har-
cap H.Mitram y Thomas M.Pospartum use of the Lipper Loop and
Dulcor. Shield Singapore Asian Federation of obstet.and Gynec-
ol 2:321. 1975

76.-Williams Obstetricia Primera Edición Editorial Salvat SA
Reimpresión de 1975 México E.F.

77.-Williams L.L. Intrauterine contraception in the postpartum patients of a large maternity hospital. Preliminary report in intrauterine contraception. Excerpta Med. Internacional Congr. Series 85: 84-1964.

78.-Wolfers S.D. y Rathman S.S. Follow-up study of inserted women in postpartum intrauterine contraception in Singapore. Excerpt. Med. Amsterdam p.105. 1970

79.-Wright N.H. Immediate postpartum IUD insertion experience in postpartum program. The population council unpublished Report 1970, 1971, 1972.

80.-Zarate A. y Cols. Endocrinología y Ginecología del embarazo. La Prensa Médica Mexicana México D.F. 1973.

81.-Zarate A., Canales E.S., Soria J. Aplicación diagnóstica y terapéutica de las hormonas hipotalámicas hipofisiotróficas. en Ginecología Ginec.Obstet.Méx. Vol.22. Año XXVII N° 191 -- Sept. 1973.

82.-Zatuchini G.I. International postpartum Family Program J. Obstet.Gynecol. 100: 1028. 1968.

83.-Zatuchini G.I. Overview of program. Two year experience in Zatuchini G.I. ed. postpartum family planning: A report on the international program. New York 30-88 1970

84.-Zipper A.J., Medel N., Segura R. y Torres L. Biological action of copper development of a new type of intrauterine -- contraception Cu-7 Clinical proceedings IPPF, South-East Asia and Oceania congress p.193. 1973.

85.-Zipper A.J., Tatum J.H., Pastene L., Medel M., Rivera M. Metallic copper as intrauterine contraceptive adjunct to the T device Am. J. Obst. and Gynecol. Vol.105 N° 8 pp. 1274.