

11217



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO <sup>2</sup>lej

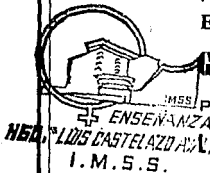
RECUPERACION DE LA FUNCION REPRODUCTIVA  
POSPARTO EN LA ADOLESCENTE

T E S I S

PARA OBTENER EL GRADO DE  
ESPECIALISTA EN

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

PRESENTADO POR:



HGA. ENSEÑANZA  
LUIS CASTELAZO AYALA  
I.M.S.S.

LUIS SERAFIN ALCAZAR ALVAREZ

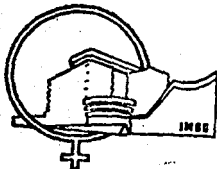
*Carlos F. Moran U.*

TUTOR: M. en C. CARLOS MORAN VILLOTA

SECCION DE GINECOLOGIA ENDOCRINA Y  
UNIDAD DE INVESTIGACION EN ENDOCRINOLOGIA

HOSPITAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA  
"LUIS CASTELAZO AYALA"

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



MEXICO, D. F.

1993

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional  
Autónoma de México

UNAM



## **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.

## INDICE

	Página
INTRODUCCION.....	4
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	7
OBJETIVOS.....	8
HIPOTESIS.....	9
MATERIAL Y METODOS.....	10
RESULTADOS.....	12
DISCUSION.....	14
BIBLIOGRAFIA.....	16
GRAFICAS.....	18

## INTRODUCCION

Trabajos previos indican que el lapso para la ovulación después del parto es variable, presentándose entre las semanas 6 y 18 en las mujeres que no lactan y entre las semanas 9 y 29 en las que lactan por lo menos 3 meses (1-2).

En un amplio estudio utilizando biopsias seriadas del endometrio se observó un tipo secretorio el día 44 y se confirmó que la lactancia retrasaba el restablecimiento de la ovulación (3). Posteriormente, se comprobó que la primera ovulación tuvo lugar en un promedio de 63 días después del parto en las mujeres no lactantes, con poca diferencia en comparación con las mujeres que lactaron durante menos de 28 días (1), pero al aumentar la duración de la lactancia los tiempos promedio de ovulación aumentaron uniformemente, hasta un máximo de 192 días en el grupo que lactó durante 6 meses. También se comprobó que las mujeres que no lactaban tenían su ovulación tempranamente, alrededor del día 27 del parto. En otro trabajo se observaron resultados similares, y además se calculó la posibilidad de ovulación en la madre que lacta continuamente durante las primeras nueve semanas, la cual sería de 1/1250 (4).

En un estudio multicéntrico llevado a cabo en varios países (2) se halló que la primera ovulación posparto en mujeres que no lactaron ocurrió en un promedio de 2 meses en Egipto y Tailandia y de 4 meses en México, mientras que en las que si lactaron fue de 7.8, 8.2 y 8.5 meses para cada país, respectivamente.

Otros autores concluyen que aproximadamente 10 a 15% de las madres que no amantan ovulan a las seis semanas posparto y aproximadamente el 30% ovulan en los 90 días que siguen al parto (5).

El grado en el cual el sangrado inicial se asocia a la ovulación es variable, pero cuanto más tiempo transcurra después del parto para presentarse el sangrado, mayor es la probabilidad de que se asocie a ovulación (4-6). Los sangrados durante las primeras seis semanas raramente se acompañan de ovulación.

Una vez que comienzan los sangrados, el porcentaje que se asocia a ovulación aumenta rápidamente; cuando la ovulación se ha establecido, los ciclos ovulatorios suelen proseguir (3). En mujeres lactantes la ovulación es rara antes de reinstaurarse los ciclos menstruales (7).

Gran parte de la variación para reanudar la menstruación y la ovulación que se observa en mujeres que amantan, puede deberse a diferencias individuales en el estímulo de succión y el destete parcial por complementación con fórmula (8).

Se considera que la medición de progesterona en suero es un indicador confiable de ovulación y que niveles mayores de 5 ng/mL pueden indicar indirectamente que si ocurrió (9-11).

Falta información en cuanto a la ovulación posparto en las adolescentes. Este concepto tendría la importancia de saber en que medida las mujeres recuperan su capacidad reproductiva y están expuestas a un nuevo embarazo con relación a su edad.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La tasa de embarazo en adolescentes está aumentando en todo el mundo, de tal manera que actualmente es un problema de salud pública en varios países. Un porcentaje importante de mujeres jóvenes (50%) se embarazan nuevamente en menos de 2 años después del primer parto (12), dando lugar a diversos problemas de salud, económicos, psicosociales y de educación. Por estos motivos es importante conocer la recuperación de la función reproductiva posparto en la adolescente. La pregunta que surge es si en la adolescente la recuperación de la función ovárica se presenta al mismo tiempo que en la mujer adulta.

## **OBJETIVO GENERAL**

Determinar el tiempo de la recuperación de la función ovárica posparto en la adolescencia, en comparación con la mujer adulta.

## **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

1. Determinar el tiempo desde el parto hasta el primer sangrado posterior a la amenorrea posparto en diferentes grupos de edad.

2. Determinar el tiempo desde el parto hasta la demostración indirecta de la primera ovulación por la medición de los niveles de progesterona en suero en diferentes grupos de edad.



ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

#### **HIPOTESIS GENERAL**

La recuperación de la función ovárica posparto se presenta en diferente tiempo en la adolescente y en la mujer adulta.

#### **HIPOTESIS ALTERNAS**

1. El lapso entre el parto y el primer sangrado posterior a la amenorrea posparto es diferente en la adolescente y en la mujer adulta.
2. El lapso entre el parto y la primera ovulación es diferente en la adolescente y en la mujer adulta.

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

#### **HIPOTESIS GENERAL**

La recuperación de la función ovárica posparto se presenta en diferente tiempo en la adolescente y en la mujer adulta.

#### **HIPOTESIS ALTERNAS**

1. El lapso entre el parto y el primer sangrado posterior a la amenorrea posparto es diferente en la adolescente y en la mujer adulta.
2. El lapso entre el parto y la primera ovulación es diferente en la adolescente y en la mujer adulta.

## MATERIAL Y METODOS

El estudio se realizó en la Sección de Ginecología Endocrina y la Unidad de Tococirugía del Hospital de Ginecología y Obstetricia Luis Castelazo Ayala del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Se compararon tres grupos de estudio de treinta mujeres cada uno, en los siguientes intervalos de edad:

1. Adolescentes o mujer en edad reproductiva temprana hasta los 19 años.
2. Mujer adulta en edad reproductiva media, mayor de 19 y menor de 32 años.
3. Mujer adulta en edad reproductiva tardía, de 32 años o más.

### Criterios de inclusión:

1. Parto eutócico
2. Que la mujer sea localizable en el postparto
3. Que acepte el dispositivo intrauterino (DIU) posparto.

### Criterios de no inclusión:

1. Enfermedades agregadas
2. Anticoncepción hormonal posparto
3. Antecedentes de trastornos de la fertilidad

Criterios de exclusión:

1. Pérdida del seguimiento
2. Deseo de la paciente de abandonar el estudio

A las pacientes que reunieron los criterios de inclusión para el estudio, se les colocó previo consentimiento informado un DIU posparto. A todas ellas se les tomaron los datos necesarios acerca de sus antecedentes gineco-obstétricos, así como su domicilio y número telefónico para el seguimiento posterior.

Las pacientes se citaron mensualmente para revisión clínica. En cada consulta se hizo un interrogatorio sobre la lactancia y el reinicio de las menstruaciones, así como sobre el uso de medicamentos posparto.

Una vez reiniciadas las menstruaciones se citaron las pacientes para toma de muestras de sangre en un día 21 después del inicio del sangrado, para evaluar la presencia de ovulación. En el momento en que se demostró la presencia de ovulación se dió por terminado el seguimiento para cada paciente.

Los tiempos requeridos para la recuperación de la función ovulatoria se compararon entre los grupos de mujeres en edad reproductiva temprana, media y tardía por medio de la *t* de student. El valor de  $p < 0.05$  se consideró estadísticamente significativo.

## RESULTADOS

Los periodos de lactancia fueron de  $40 \pm 32$  días (M $\pm$ S) en la adolescente,  $47 \pm 42$  días en la mujer en período reproductivo medio y  $44 \pm 37$  días en la mujer en período reproductivo tardío. No hubo diferencias significativas entre estos periodos.

Al analizar el número de días que transcurrieron entre el parto y la presentación del primer sangrado después de la amenorrea posparto, se observó que las mujeres que lactaron tuvieron un tiempo significativamente más prolongado ( $p < 0.05$ ) que las que no lactaron (Figura 1).

La duración de la amenorrea posparto, independientemente de la lactancia, en el grupo de mujeres en período reproductivo medio fue significativamente menor ( $p < 0.05$ ) que en el grupo en edad reproductiva tardía y tendió también a ser menor que en el grupo de adolescentes ( $p < 0.10$ ). Sin embargo, al separar en cada uno de los grupos las mujeres que lactaron y aquellas que no lo hicieron, sólo se encontró que en los grupos que lactaron el período de amenorrea de las mujeres en edad reproductiva media fue significativamente menor ( $p < 0.02$ ) que el de las mujeres en edad reproductiva tardía (Figura 2). Esta diferencia no se presentó entre las mujeres que no lactaron.

Al hacer el análisis del tiempo transcurrido entre el parto y la primera determinación de progesterona compatible con ovulación, también se observó que las mujeres que lactaron tuvieron este tiempo significativamente más prolongado ( $p < 0.05$ ) que las que no lactaron (Figura 3).

El tiempo transcurrido desde el parto hasta la demostración indirecta de la primera ovulación confirmada por los niveles de progesterona, en las mujeres en edad reproductiva media fue significativamente menor ( $p < 0.05$ ) que en el grupo en período reproductivo tardío, sin tener en cuenta la lactancia.

Sin embargo, al separar las mujeres que lactaron de aquellas que no lo hicieron, se encontró que en los grupos que lactaron las mujeres en edad reproductiva media presentaron un tiempo significativamente menor ( $p < 0.05$ ) que las mujeres en período reproductivo tardío (Figura 4), no encontrando diferencias en los grupos que no lactaron.

Al analizar globalmente las mujeres de acuerdo a los niveles de progesterona a partir de su primer sangrado menstrual (Figura 5), se pudo apreciar que en el ciclo que se inició con el primer sangrado 54 mujeres (61%) tenían progesterona compatible con ovulación, en el ciclo después del segundo sangrado 83 mujeres (93%) presentaron progesterona indicativa de ovulación y para el tercer ciclo todas las 89 mujeres (100%) tenían este dato de ovulación.

## DISCUSION

Al hacer la comparación de los tiempos de amenorrea entre las mujeres que lactaron y no lactaron, los resultados de este trabajo coinciden con estudios previos donde se informan lapsos de 6 a 18 semanas en las mujeres que no lactaron y de 9 a 29 semanas entre las que si lactaron por lo menos 3 meses (1-4,13), teniendo que considerar que pueden existir diferencias ocasionadas por la duración de la lactancia y la complementación alimentaria que se haya dado.

Por otra parte, al comparar el tiempo transcurrido entre el parto y la primera determinación de progesterona compatible con ovulación, las pacientes que lactaron tuvieron un tiempo mayor que las que no lo hicieron. Sin embargo, al comparar los tiempos con otros trabajos se pudo apreciar que en este estudio se encontraron tiempos diferentes a otros (1-2,4,13), en algunos casos más prolongados y en otros más cortos, lo cual se puede explicar por las diferencias en la técnica alimentaria.

Como dato interesante de este estudio, se encontró que en los grupos que lactaron, las mujeres en edad reproductiva media tienen un periodo de recuperación de la función ovulatoria más rápido que las mujeres en edad reproductiva tardía, teniendo en cuenta que los periodos de lactancia entre estos grupos no fueron significativamente diferentes.

Es necesario mencionar que en este trabajo se consideró como tiempo de recuperación ovárica, el tiempo transcurrido desde el parto hasta la demostración de niveles de progesterona en suero compatibles con ovulación; sin embargo, es obvio que la ovulación se presenta alrededor del día catorce del ciclo, o sea siete días antes de cuando se inició la determinación de progesterona. Por lo tanto, la recuperación ovárica sería aún más corta en el período de los dos a los seis meses.

Otro aspecto que debe resaltarse es que después de la primera menstruación el 61% de las mujeres recupera la función reproductiva, posterior al segundo sangrado el 92% y después del tercer sangrado todas las mujeres, lo cual indica que las medidas anticonceptivas para evitar otro embarazo a corto plazo deben establecerse tempranamente en el posparto, aún en las mujeres que están lactando.

Una limitación de este trabajo es que todas las pacientes a quienes se les hizo el seguimiento tenían DIU posparto y quedaría por investigar si los tiempos de recuperación ovárica pueden ser afectados por esta situación. Otra limitación sería que no se tomaron los niveles de progesterona antes de la presentación del primer sangrado posparto lo cual implica que no se pudo conocer las pacientes que ovularon antes del primer sangrado, eventualidad que también se ha podido demostrar previamente(1).



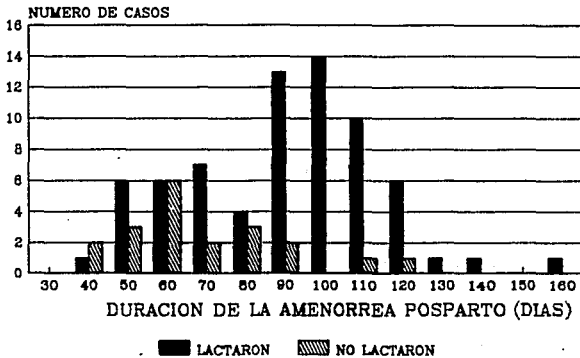
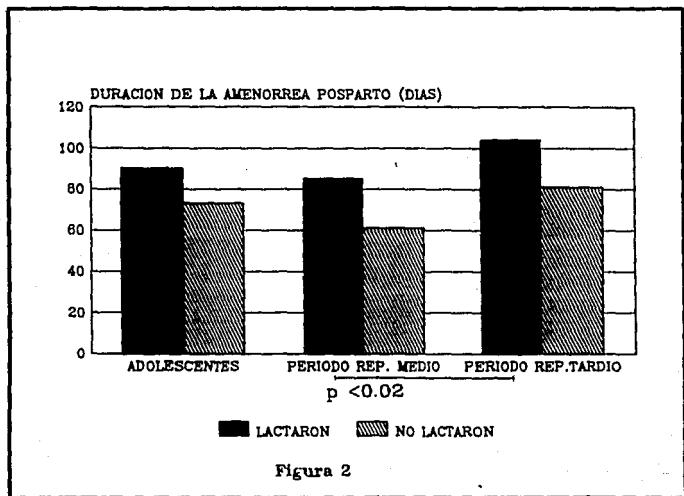
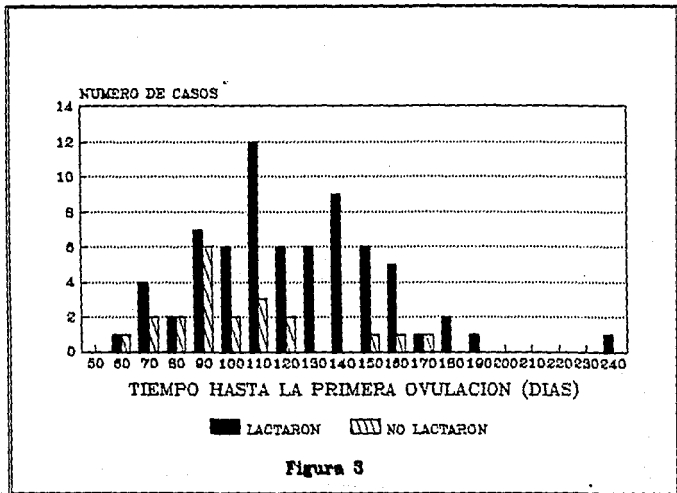
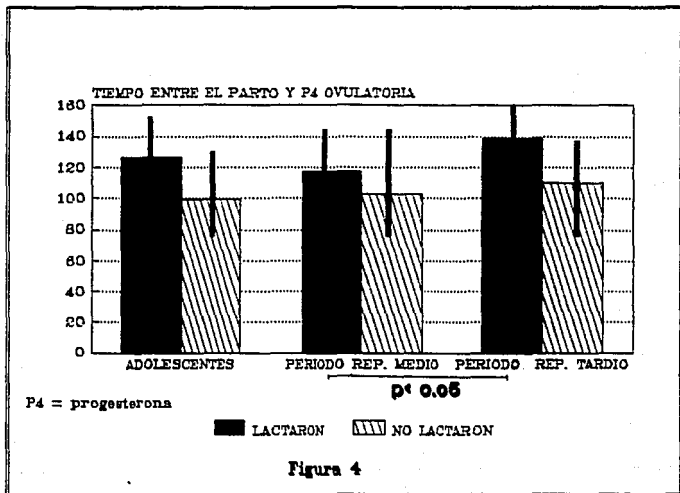
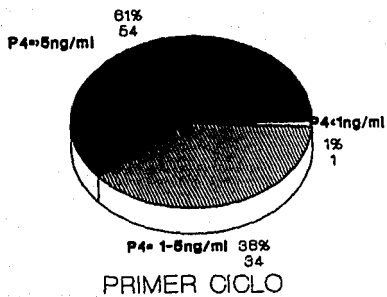


Figura 1

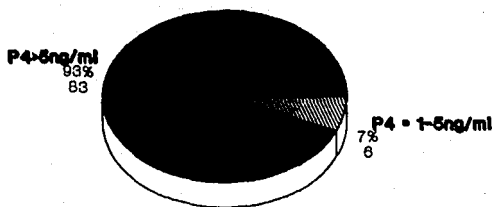








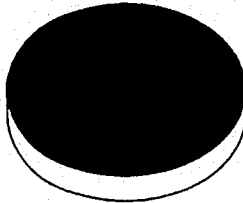
**Figura 5a**



SEGUNDO CICLO

Figura 6b

PROGESTERONA >5ng  
89 ml  
100%



TERCER CICLO

Figura 5c

#### BIBLIOGRAFIA.

1. Cronin TJ: Influence of lactation upon ovulation. Lancet 2:422, 1968.
2. Kennedy IK: Lactation and contraception. Ginecol Obstet Mex 58:25, 1990.
3. Sharman A: Ovulation after pregnancy. Fertil Steril 2:371, 1951.
4. Pérez A, Vela P, Masnick GS, Potten RS: First ovulation after childbirth: The effect of breast-feeding. Am J Obstet Gynecol 114:1041, 1972.
5. Hellman ML, Pritchard AJ: Williams Obstetricia (2a ed), México, Salvat, 1983 p 379.
6. Said S, Johanson EDB, Gemzell C: Return of ovulation during post partum period. Acta Obstet Gynecol Scand 53:63, 1974.
7. Lyon RA, Stamm MJ: The onset of ovulation during the puerperium. Calif Med 65:94, 1946.
8. Pernoll LM. Diagnóstico y tratamiento gineco-obstétricos. (5a ed), México, El Manual Moderno, 1989, p 227.
9. Spirtus MN, Spirtus WT, Inovye C, Mishell RD: Resumption of ovulation after ectopic pregnancy. Obstet Gynecol 69:933, 1987.
10. Shepar MK, Senturia YD: Comparison of serum progesterone and endometrial biopsy for confirmation of ovulation and evaluation of luteal function. Fertil Steril 28:541, 1977.



11. Abdulla U, Diver JM, Hipkin JL, Davis CJ: Plasma progesterone levels as an index of ovulation. Br J Obstet Gynaecol 90:543, 1983.
12. Klein L: Early teenage pregnancy, contraception and repeat pregnancy. Am Obstet Gynecol 120:249, 1974.
13. Shaaban MM: The recovery of fertility during breast - feeding in Assiut, Egypt. J Biosoc Sci 22:19, 1990.