



11226 114
71

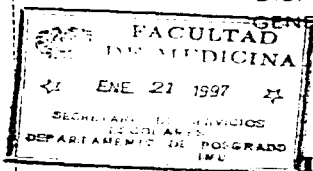
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 3
MAZATLAN, SIN.

CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR

"CAUSAS MAS FRECUENTES DE RETIRO DEL
DISPOSITIVO INTRAUTERINO EN EL HOSPITAL
GENERAL DE ZONA No. 3 DE MAZATLAN, SIN."



TESIS RECEPTACIONAL
PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

DR. JOSE MARIA QUINTERO SAUCEDO



MAZATLAN, SIN.

NOVIEMBRE 1997

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



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.

INVESTIGADOR RESPONSABLE :

DR. JOSE MARIA QUINTERO SAUCEDO
RESIDENTE DE SEGUNDO AÑO DE
MEDICINA FAMILIAR
HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 3
MAZATLAN, SIN.

DR. DIEGO GAMEZ CUADRAS
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION
HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 3
MAZATLAN, SIN.

ASESOR

DR. LEANDRO PRIETO PAZ
TITULAR DE LA RESIDENCIA
DE MEDICINA FAMILIAR
HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 3
MAZATLAN, SIN.

A MI MADRE.

A MIS HERMANOS.

POR SU FE.

POR SU APOYO.

POR SU AMOR.

FUERZA INIGUALABLE EN MI CAMINO.

INDICE

CAPITULO	PAG.
I.- INTRODUCCION.....	1
II.- GENERALIDADES.....	3
III.- MATERIAL Y METODOS.....	10
IV.- RESULTADOS.....	11
V.- DISCUSION Y COMENTARIOS.....	21
VI.- RESUMEN Y CONCLUSIONES.....	22
VII.- BIBLIOGRAFIA.....	23

INTRODUCCION:

Desde la antigüedad una de las preocupaciones del hombre ha sido la regulación de la fertilidad, para lo cual se utilizaron diversos métodos, los cuales han evolucionado con el paso del tiempo.

Actualmente se cuenta con una amplia variedad de métodos anticonceptivos, entre los cuales podemos mencionar el coito interruptus, el ritmo, los métodos locales, los hormonales sistémicos y la esterilización quirúrgica además del dispositivo intrauterino, el cual ha demostrado una gran efectividad como método anticonceptivo, con tasas bajas de embarazo y pocas complicaciones.

Se coloca un DIU en el útero con el propósito de evitar el embarazo y con la intención de que permanezca en su lugar hasta que la usuaria pida que le sea retirado, pero a veces el dispositivo es expulsado del útero y otras veces hay que retirarlo por diversas razones.

Pocos estudios se han realizado para estudiar en detalle las tasas de embarazo, expulsión y retiro de los DIUS. Algunas investigaciones han demostrado que la acción del DIU puede verse afectada por el origen étnico o religioso.

Si se observa que los retiros varían de acuerdo a factores religiosos, sociales y psicológicos, además de las razones médicas es muy importante que las personas que proporcionan este servicio conozcan estos factores.

JUSTIFICACION:

En el desarrollo del programa de planificación familiar en la unidad, se encuentra frecuentemente la solicitud de retiro del DIU por diversas causas observándose en ocasiones por diferentes razones médicas o por motivos personales incluso por factores religiosos; sin embargo no existen estadísticas o estudios locales sobre la incidencia de estas causas.

HIPOTESIS:

- I.- La causa más frecuente de retiro del DIU son los factores socioculturales.
- II.- Los factores socioculturales no son la causa más frecuente de retiro del DIU.

OBJETIVOS:

Analizar cuales son las causas principales de retiro del DIU en las usuarias de la Clínica Hospital General de Zona de Mazatlán, Sin.

GENERALIDADES:

Ya desde la antigüedad se pueden encontrar referencias sobre la utilización de diversos métodos anticonceptivos (1) en 1909 se menciona la utilización de dispositivos intrauterinos hechos con capullos de gusanos de seda por Richard Richter, sin embargo su artículo pasó desapercibido y su método de anticoncepción no se volvió a considerar seriamente hasta 20 años después, cuando Gräfenberg sostuvo que la única forma de evitar la creciente infección asociada a -- los pesarios de varilla utilizados entonces, era colocar un dispositivo completamente dentro del útero. El trabajo de Gräfenberg con un DIU, primero hecho con hilo de seda natural y con alambre de plata -- más tarde, fue presentado a un amplio auditorio médico, recibiendo -- apoyo inicialmente pero posterior oposición y descrédito.

Fue en 1959 que Oppenheimer describió sus 20 años de experiencia con varios DIUS y en el mismo año publicó detalles describiendo el -- uso del anillo de Uta en más de 20,000 mujeres en Japón. Estos dos -- trabajos informaban una tasa baja de embarazo y la ausencia de defec-- tos colaterales serios.

En vista de estas experiencias se tornó evidente la necesidad de reevaluar el DIU y como consecuencia en 1962 se celebró la primera -- conferencia internacional sobre DIUS en Nueva York, cambiando los -- puntos de vista sobre el DIU, con la relativa aceptación actual, la cual aún no es total. (?).

En una encuesta realizada en 1977, se reporta que en México, un -- 45 % de mujeres casadas, entre 15 y 49 años de edad, declararon tener conocimiento del DIU como método de anticoncepción, y un 6 % declararon usarlo (3).

Se ha utilizado una amplia variedad de dispositivos intrauteri-- nos; existen los dispositivos del tipo lineal, como el asa de Lippes y la espiral de Margulies, y dispositivos diseñados para dar un am-- plio contacto endometrial, como el Antigón y el escudo de Dalkon, -- también hay dispositivos de diferente composición química, utilizando usualmente metales de varias clases, como la "T" y el "7" de co-- bre y el DIU de cobre de Sconewala, los cuales constan de alambre de cobre enrollado alrededor de un núcleo de polímero.

Se están realizando pruebas clínicas con dispositivos parcialmente de silástico, con el agregado de un agente progestacional. El estu-- roide actúa localmente sobre el endometrio y la tasa de embarazos v-- sangrado aparecen reducidas.

La mayoría de los dispositivos plásticos, contienen sulfato de -- bario que los torna opacos a los rayos X, sin embargo algunos de po-- co peso pueden pasar desapercibidos en una radiografía normal.

El dispositivo se puede aplicar en el periodo menstrual, preferen-- temente durante los últimos días de la menstruación o en los 3 ó 4 -- primeros días después del periodo (?). Se puede aplicar también en -- el postparto inmediato, inmediatamente después del alumbramiento, lo cual ha tenido buena aceptación a nivel tanto nacional como mundial-- (4). En el caso de aborto, cuando este no es séptico, el DIU se pue-- de aplicar al final de la operación. Hay diferentes opiniones res-- pecto a la inserción de un DIU después de un aborto incompleto, pero tal inserción en el momento del raspado, se ha efectuado con buen -- resultado consistentemente en varios países.

Todavía no se conoce exactamente el mecanismo de acción de los -- DIUS, hasta la fecha el DIU no ha demostrado tener ningún efecto so-- bre las hormonas pituitarias u ováricas que regulan el ciclo mens-- trual (?). Una de las teorías es que el dispositivo va a actuar ecolog

rando el trayecto del óvulo además de provocar modificaciones endometriales que van a impedir la nidación y el embarazo (5). Actualmente se piensa que el principal efecto anticonceptivo del DIU ocurre en el útero, ya sea creando un ambiente hostil a los espermatozoides, o interrumpiendo la secuencia de los hechos durante la adhesión del blastocito a la pared uterina o, posiblemente, por medio de una combinación de estos efectos.

Se sabe que en presencia de un DIU ocurren cambios celulares en el endometrio. Se ha superado en estudios recientes que en presencia de DIU aumentan los macrófagos y que estos podrían fecundar a los espermatozoides en su viaje hacia las trompas o al blastocito cuando llega a la cavidad uterina. Se ha demostrado que el cobre y otros metales, en baja concentración pueden ser muy eficaces como agentes anti-fertilidad cuando se incluyen en un DIU.

Las contraindicaciones para el uso del DIU son principalmente: el embarazo, ya que ningún médico responsable insertará a sabiendas un DIU en un útero grávido, existiendo diferentes opiniones sobre las medidas que se deben tomar para evitar hacerlo. La otra contraindicación real es la presencia de una infección pélvica activa, ya sea salpingitis, endometritis o cervicitis, debiéndose posponer la inserción hasta que un tratamiento adecuado la haya combatido. (?)

Algunos médicos consideran la nuliparidad como una contraindicación relativa, sin embargo se menciona que los DIUs pequeños, como la T o el 7 de cobre, y el DIU en forma de T liberador de progestérgo pueden ser métodos anticonceptivos eficaces para las adolescentes, especialmente si la mantención de la motivación es un problema. Varios estudios de jóvenes adolescentes reportaron una tasa de embarazo más baja con los DIUs que con los orales, debido a la inconsistencia de la toma de la píldora. Al igual que con los anticonceptivos ora-

les, la obtención de un DIU involucra el planeamiento de relaciones sexuales, y puede por consiguiente ser inaceptable por algunas adolescentes solteras. Los dispositivos tales como la T o el 7 de cobre y la T de progesterona han sido usados con éxito en adolescentes que no han estado embarazadas, con bajas tasas de expulsión y de extracción por dolor o sangrado. Se reporta un porcentaje muy variable de aceptantes casadas menores de 20 años, en los años 71-74 en México se reporta un 7.9% (6).

Entre los efectos colaterales el sangrado es el más frecuente, ya que después de la inserción de un DIU casi siempre se presenta, los primeros periodos menstruales después de la inserción pueden ser anormales, en forma de metrorragia, menorragia o embas, en pocas ocasiones se convierte en franca hemorragia, pero si el sangrado es severo probablemente sea necesario retirar el dispositivo (2). En México se realizó un estudio comparativo mostrando los resultados que con DIU — conteniendo progestágenos disminuye el flujo menstrual cuando se le compara a las cifras de control previas a la inserción, volviendo a estos niveles después de retirar el DIU (7). Por otra parte, Berumen-Cortez, en un estudio realizado en México reporta una mayor frecuencia de hemorragia con el uso del escudo de Dalkon en comparación con otros dispositivos (8).

Se puede presentar dolor después de la inserción generalmente en forma de cólicos, el cual raramente perdura durante más de las primeras semanas o meses. Las mujeres reaccionan en forma muy diversa al dolor y con frecuencia los factores psicológicos y culturales afectan esta reacción. Los dolores severos y aún síncope se pueden llegar a presentar, pero esto es raro, y es generalmente en nulíparas o en mujeres que no han tenido hijos por varios años. (?)

Entre los efectos indeseables atribuidos al DIU se encuentra la -

infección gunital, señalándose como posible mecanismo para su producción el acarreo de microorganismos del canal cervical a la cavidad uterina durante la aplicación del DIU o al establecer solución de continuidad entre la cavidad endometrial y la vagina por los hilos del mismo. Lara-Ricarde en un estudio realizado en México con 132 mujeres no encontró asociación entre el uso del DIU, la presencia de gérmenes en la cavidad uterina y la infección endometrial (9). Todavía no se ha aclarado si la inserción del dispositivo, o su presencia en sí pueden causar inflamación pélvica (2). Se argumentaba en mayor riesgo en las mujeres diabéticas con DIU para adquirir enfermedad inflamatoria-pélvica, sin embargo M. Thiery y cols. en un estudio reciente encontraron que el DIU es igualmente efectivo en mujeres diabéticas que en no diabéticas, encontrando solo un caso de enfermedad inflamatoria pélvica en un estudio de 20 mujeres con 73 años-mujer. (10). Por otra parte Burkman ha observado un incremento significativo de enfermedad inflamatoria pélvica con el uso del escudo de Dalkon que con otro tipo de DIUs. (11)

La perforación del útero se reporta en cerca de 1:1000 ocurriendo comúnmente durante la inserción, la incidencia de la perforación varía mucho con la habilidad y experiencia de quien lo inserta, es más probable que ocurra ésta si la inserción es difícil. (2) Richardson menciona la tomografía computarizada como el estudio de elección para diagnosticar una perforación con DIU, con más ventajas sobre la histosalpingografía. (12).

Las tasas de embarazos durante el primer año de uso de los dispositivos varía entre un 1.5% y 5% , algunos de los dispositivos más recientes parecen tener tasas más bajas. La tasa de embarazos en los años posteriores de uso es menor que en el primer año; dos de cada tres de estos embarazos ocurren con el dispositivo en su lugar, el --

resto se asocia a expulsión desapercibida. Cuando ocurre el embarazo con el dispositivo en su lugar, la incidencia de abortos es mas alta que la de embarazos a continuación de la expulsión. (2) Olivas reporta una mayor frecuencia de abortos, partos prematuros y otra patología obstétrica cuando se deja evolucionar el embarazo con el DIU in situ, que cuando este se retira, siempre y cuando sean visibles los filamentos (13) Ningún caso de malformación del producto ha sido atribuido a la permanencia del DIU en el útero durante el embarazo (2).

Un serio problema asociado al uso del DIU es su expulsión espontánea del útero. Para todos los dispositivos, la proporción de expulsiones es más alta durante el primer mes posterior a la inserción y baja rapidamente durante los siguientes meses. La reinserción del mismo tipo de dispositivo después de la expulsión implica un riesgo mucho más alto de expulsión que la primera inserción (2). El índice de expulsión va en relación inversa a la edad y paridad (14). Se han reportado tasas bajas de expulsión, inclusive en los DIUs insertados tras el alumbramiento (15).

Entre los efectos colaterales, Shelley y col. refiere que los DIUs con cobre pueden provocar una reacción inmediata de hipersensibilidad con un cuadro de urticaria por reacción al cobre (16).

No hay evidencia que el uso del DIU predisponga a contraer cáncer cervical o endometrial. La observación de mujeres durante muchos años ha demostrado que el uso prolongado de DIUs no parece tener efectos perniciosos. También se ha demostrado que el uso del DIU no reduce la fertilidad después de haberlo retirado (2)

En un estudio reciente Lippes y col. han demostrado la eficacia de los DIUs conteniendo cobre como agentes post-coito, utilizándolos hasta 5 días después del coito, sin embargo a este uso se han opuesto -- cuestiones éticas y filosóficas (17).

Los retiros varían de acuerdo a factores religiosos, sociales y psicológicos, además de las razones médicas. Se reporta que la significancia de los factores psicológicos en el momento de la colocación a la luz de estudios recientes es importante y obliga a una adecuada preparación de la paciente. Algunos de estos factores psicológicos entre los que se han identificado el stress y los diversos niveles de molestias están considerados entre los siguientes: grado de preparación, grado de control personal percibido, disponibilidad de métodos para reducir el dolor, y el valor que le es conferido al procedimiento (18). Algunas investigaciones han demostrado que la acción del DIU puede verse afectada por el origen étnico o religioso de la mujer. El umbral de sensibilidad al sangrado o al dolor en relación al DIU puede tener estrecha vinculación con el medio cultural de la aceptante (19).

MATERIAL Y METODOS

Se entrevistaron 100 mujeres a las cuales se les retiró el DIU entre el primero de Julio y el 30 de noviembre del presente año.

Las entrevistas se realizaron únicamente a personas afiliadas al IMSS.

Las entrevistas se realizaron en los consultorios de Planificación familiar y ginecología, de la Clínica Hospital General de Zona No. 3 de Mazatlán, Sin., en el servicio de hospital de ginecoobstetricia de la misma unidad, y mediante visitas domiciliarias.

A todas las pacientes se les realizó el mismo tipo de preguntas, recabándose los siguientes datos:

Edad, estado civil, escolaridad, ocupación, ingresos mensuales por familia, religión, antecedentes ginecoobstétricos (gestas, partos, -- abortos, cesareas, menarca, inicio de vida sexual activa, fecha de el timo parto), uso anterior de otro método anticonceptivo, fecha de inserción del DIU, momento de inserción (intermenstrual, postparto, -- postaborto, post-cesarea), fecha de retiro, tipo de DIU y causa del retiro.

Las preguntas se realizaron en forma directa y concreta, invitando se a las pacientes a que contestaran claramente y con sinceridad.

Los resultados se procesaron por medidas estadísticas descriptivas y cuadros de distribución de frecuencia.

RESULTADOS.

Se entrevistaron un total de 100 mujeres de las cuales 78 se entrevistaron en el consultorio de planificación familiar, 13 en el de ginecoobstetricia y 9 en visitas domiciliarias.

La edad varió desde un mínimo de 18 años a un máximo de 47, con una edad promedio de 27.35, una moda de 24, una mediana de 26.5 y un rango de 24.

El estado civil: 93 declararon ser casadas, 2 solteras, 4 divorciadas y una viuda.

El ingreso familiar mensual varió desde un mínimo de 12,000 pesos a un máximo de 105,000, con un promedio de 29,692, una moda de 30,000 una mediana de 25,000.5 y un rango de 93,000.

La escolaridad predominó la de primaria completa, con un 34%, siguiéndola la secundaria completa con un 25%, el grado mínimo de estudios declarado fué de 7º año de primaria y el máximo fué de 2 carreras profesionales completas en una paciente.

La ocupación que declararon un 64% fué de amas de casa, 17% obreras 12% empleadas y un 7% profesionistas.

En cuanto a la religión el 97% declararon profesar la católica, y un 3% pertenecer a la secta Testigos de Jehová.

El número de gestas fué variable, encontrándose dos nulíparas, y un máximo de 9 gestas en una paciente, el promedio fué de 2.63, una moda de 2 una mediana de 2.5 y un rango de 9.

El tiempo de uso del dispositivo varió desde un mínimo de 1 mes a un máximo de 120 meses (diez años), con un promedio de 24.70, una moda de 24, una mediana de 24.5 y un rango de 119.

En cuanto al retiro que es el punto principal del estudio, el retiro por razones médicas comprendió el 56% de la población estudiada.

correspondiendo el 44% a causas socioculturales y personales.

De los retiros por razones médicas 18 fueron por hemorragia, 13 - por mala colocación del DIU, 12 por dolor, 8 por embarazo con DIU - 4 por cervicitis, un retiro por esterilidad secundaria de la paciente (este por ooforectomía bilateral).

De los retiros por razones socioculturales y personales 31 fueron por deseo de embarazo, 8 por motivos religiosos, 2 por molestias en la oreja, 2 por falta de pareja sexual y 1 por vasectomía en la pareja.

En los casos de embarazos con DIU los retiros se realizaron hasta la expulsión del producto, el cual en 5 ocasiones fué a término, y - 1 de 32 a 33 semanas de gestación, en todos estos casos el producto nació sin complicaciones, los dos restantes fueron abortos, 1 a las 18 semanas aproximadamente y otro de 9 semanas, los dos fueron abortos incompletos y el retiro se realizó durante el legrado sin complicaciones.

El tipo de DIU encontrado fué en 74 ocasiones la TCU-220 , 25 --- fueron Asa de Lippes y 1 Saf-T - Coil .

El momento de inserción fué: Intermenstrual en 87 pacientes y 13 - postparto. 72 pacientes refirieron haber acudido a revisión por lo - menos en una ocasión, el resto nunca lo hicieron.

76 pacientes declararon haber usado anteriormente métodos anticonceptivos y 24 ninguno. 44 pacientes declararon que posteriormente al retiro del DIU continuarían con algún otro método anticonceptivo, el resto refirieron no haberlo planeado o no necesitarlo.

Todos los resultados se presentan en cuadros y gráficas anexas.

Quadro I.

EDAD.

ANOS	Nº	%
15 - 19	3	3
20 - 24	34	34
25 - 29	32	32
30 - 34	20	20
35 - 39	7	7
40 - 44	4	4
TOTAL	100	100

Promedio 27.35 ; Mo. 24 ; Mediana 20.5 ; Rango 24

Quadro II.

ESTADO CIVIL.

Estado Civil	Nº	%
Solteras	2	2
Casadas	93	93
Divorciadas	4	4
Viudas	1	1
TOTAL	100	100

Fuente: I - II . Encuesta en PPFV, G.O. y visitas domiciliarias.

Cuadro III.

INGRESOS MENSUALES POR FAMILIA .

Miles de Pesos	Nº	%
11 - 20	33	33
21 - 30	36	36
31 - 40	13	13
41 - 50	10	10
51 - 60	5	5
61 - 70	2	2
71 ó más	1	1
Total	100	100

Min. 12,000 ; Max. 105,000 ; Promedio 29,692 ;
Moda 30,000 ; Mediana 25,000.5 ; Rango 93,000 .

Fuente: III y IV .- Encuesta en PPFV, G.O. y visitas domiciliarias.
 Cuadro IV .

OCCUPACION.

Ocupación	Nº	%
Amas de casa	64	64
Obreras	17	17
Empleados	12	12
Profesionista	7	7
Total	100	100

Cuadro V.

ESCOLARIDAD.

Grado de Estudios	Nº	%
Primaria Incompleta	13	13
Primaria Completa	34	34
Secundaria Incompleta	10	10
Secundaria Completa	25	25
Preparatoria Incompleta	2	2
Preparatoria Completa	4	4
Profesional Incompleta	4	4
Profesional Completa	8	8
TOTAL	100	100

Cuadro VI.

NUMERO DE EMBARAZOS.

Gestas	Nº	%
0	2	2
I	24	24
II	35	35
III	15	15
IV	10	10
V ó más	14	14
TOTAL	100	100

Min. 0 ; Max. 1X ; Px. 2.53 ; Mo. 2 ; Rango 9 ; Mediana 2.5.

C A U S A S D E R E T I R O

Cuadro VII.

CAUSAS GLOBALES DE RETIRO.

Causas	Nº	%
Médicas	56	56
Socioculturales	44	44
TOTAL	100	100

Cuadro VIII.

CAUSAS MEDICAS DE RETIRO

Causa	Nº	%
Hemorragia	18	32,14
Mala Colocación	13	23,21
Dolor	12	21,42
Embarazo con DIU	8	14,28
Cervicitis	4	7,14
Ooforectomía Bilateral	1	1,78
TOTAL	56	99,97

FUENTE: V e VIII .- Encuesta en PPFV, G.O. y Visitas conciliarias.

Cuadro IX.

CAUSAS SOLIIOCULTURALES DE RETIRO

Causa	Nº	%
Deseo de Embarazo	31	70.45
Motivos Religiosos	8	18.18
Molestias en la Pareja	2	4.54
Falta de Pareja Sexual	2	4.54
Cambio de Metodo	1	2.27
TOTAL	44	99.98

Cuadro X.

TIPO DE DIU RETIRADO.

Tipo	Nº	%
Asa de Lippes	25	25
TQu - P20	74	74
Saf - T - Coil	1	1
TOTAL	100	100

FUENTE: IX y X -- Encuesta en PPFV, G.O. y visitas domiciliarias.

Cuadro XI.

TIEMPO DE USO DEL DIU.

Meses	Nº	%
1 - 11	26	26
12 - 23	8	8
24 - 35	45	45
36 - 47	7	7
48 - 59	3	3
60-- 71	5	5
72 - 83	4	4
84 - 95	0	0
96 - 107	1	1
108 - 119	0	0
120 ó más	1	1
TOTAL	100	100

Min. 1 mes ; Max 120 ; Px 24,70 ; Mo. 24 ; Mediana 24; Rango 119.

Cuadro XII.

MOMENTO DE INSERCIÓN.

Momento de inserción	Nº	%
Instermenstrual	87	87
Post-parto	13	13
TOTAL	100	100

Fuente: XI y XII.- Encuesta en PPFV , G/O. y visitas domiciliarias.

Fig. 1.

INGRESOS MENSUALES POR FAMILIA.

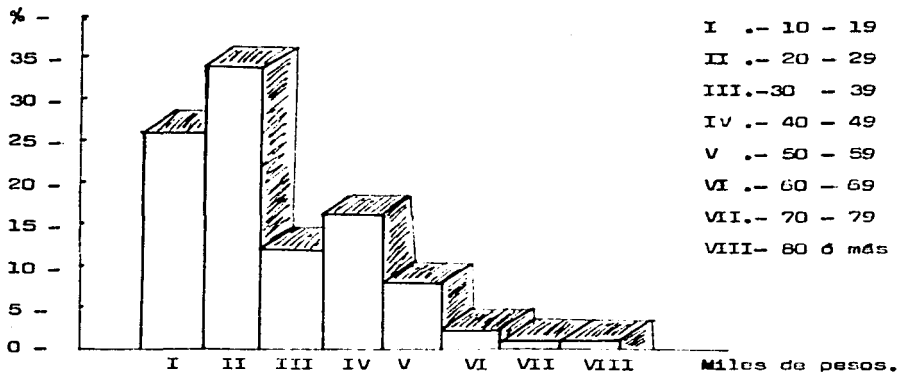
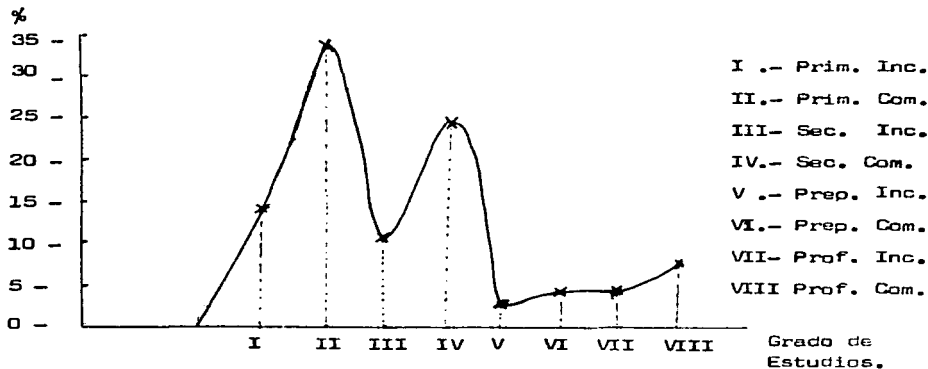


Fig. 2.

ESCOLARIDAD /



CAUSAS DE RETIRO DEL DIU.

Fig. 3 .

SOCIOCULTURALES.

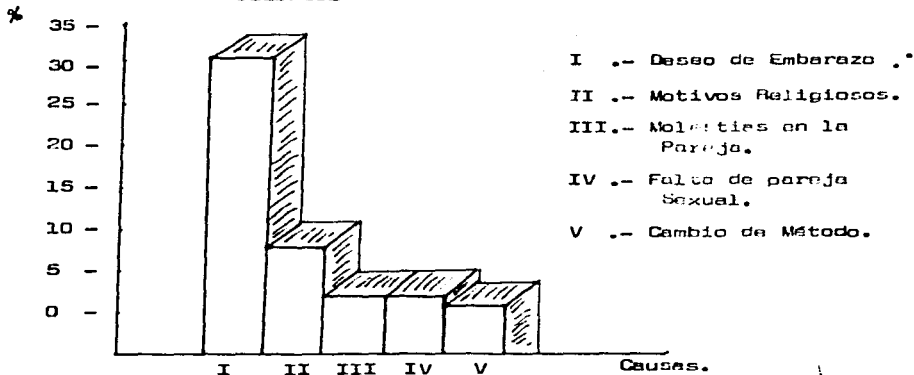
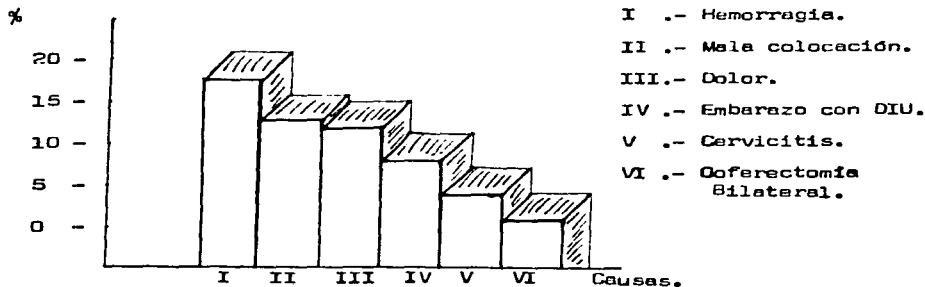


Fig. 4.

CAUSAS MEDICAS.



Fuente: Fig. 1 a 4 .- Encuesta en PPFV, G/O y visitas domiciliarias.

DISCUSION Y COMENTARIOS.

Podemos decir que la mayor parte de la población estudiada, pertenece a un nivel socioeconómico medio-bajo, ya que un 83% solo habían estudiado secundaria o menos, de los cuales una gran mayoría tenían estudios máximos de primaria; además el ingreso familiar mensual fue en promedio menor de 30,000 pesos, siendo en un porcentaje considerable de 20,000 pesos o menos.

En conjunto el mayor porcentaje de retiros fue por razones médicas ya que ocupó más del 50% en nuestro estudio, lo cual se encuentra de acuerdo a nuestra hipótesis II, ya que los factores socioculturales no fueron la causa más frecuente de retiro. Sin embargo, podemos considerar que estos factores tuvieron gran influencia en los retiros, siendo dignos de observar el considerable porcentaje de retiros por dolor y el rechazo a la reinserción en los casos de retiro por estar mal colocado el DIU, arguyéndose las molestias físicas que esto había provocado, y se ha demostrado que todo esto puede tener vinculación con el grado de preparación y el medio cultural de la paciente. (2,18).

Por otro lado debemos tener en cuenta el considerable porcentaje de embarazos con DIU, lo cual, junto con los casos en que estaba mal colocado el DIU, puede ser debido a la técnica seguida durante la inserción, por lo que podemos inferir que es necesaria una mayor preparación y motivación entre los encargados del programa de planificación familiar en la unidad, tanto para intentar una mejor inserción y menos fallas, como para buscar una mayor motivación en las usuarias, y con esto buscar mejorar la eficacia de este método.

RESUMEN Y CONCLUSIONES.

Se realizó un estudio con el fin de analizar cuales son las causas principales de retiro del DIU en las usuarias de la Clínica Hospital General de Zona de Mazatlán, Sinaloa.

Se entrevistaron 100 pacientes en total, tanto en los consultorios de planificación familiar y ginecología, como en el servicio de hospital de Ginecoobstetricia y por visitas domiciliarias. A todas las pacientes se les retiró el DIU entre el 1o. de Julio y el 30 de Noviembre de 1983.

A todas las pacientes se les realizaron el mismo tipo de preguntas en forma directa y concreta recibándose el mismo tipo de datos.

En base a los resultados podemos concluir:

- La edad más frecuente en que ocurrieron los retiros fue entre 10s 20 y 24 años.
- El grado de escolaridad más frecuente fue el de primaria completa.
- El mayor porcentaje de retiros correspondió al grupo de causas médicas.
- De los retiros por razones médicas la causa más frecuente fue la hemorragia, ocupando el segundo lugar el retiro por mala colocación del DIU.
- De los retiros por causas socioculturales la principal fue el deseo de embarazo, ocupando el segundo lugar los motivos religiosos.
- Se considera necesaria una mayor preparación y motivación del personal encargado del programa de planificación familiar debido al considerable porcentaje de retiros por mala colocación del DIU y por embarazo con DIU.

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

- 1.- Gallagher.- Breve Historia de la Anticoncepción.
Ed. Mundo Médico, V. II; N° 20; 1975, P 58-63.
- 2.- I.P.P.F.- Anticoncepción Intrauterina.
Manual de Planificación Familiar para Médicos.
Primera Edición, 1974; Cap. 6; P.75-90.
- 3.- Population Reports.- Las Encuestas de Prevalencia del uso de Anticonceptivos.
Popul. Rep. Serie M N° 5; Oct. 1981; P. 8-38
- 4.- Mata P.- Morbilidad y Eventos relacionados con la aplicación - del DIU después del parto.
Rev. Med. IMSS, V. 20; N° 6; Nov-Dic. 1962; P. 693.
- 5.- Novak-Jones.- Tratado de Ginecología.
Ed. Interamericana, 9a. Edición; P. 710-711.
- 6.- Population Reports.- Fecundidad Adolescentes. Riesgos y Consecuencias.
Popul. Rep. Serie J, N° 10; Ag. 76; P. 14-15.
- 7.- Pedrón.- Estudios Comparativos de la Pérdida Sanguínea menstrual con DIUs liberadores de Progestágenas.
Rev. Ginec. y Obstet.; V. 48; En.-81; P. 1-9.
- 8.- Berumen-Cortez.- Use of statistical procedure to evaluate intrauterine contraception.
Arch. Invest. Med. (Mex) 1982; 13 (3); 195-211.
- 9.- Lara Ricalde.- DIU e infección endometrial.
Ginec. Obstet. Mex. Vol. 49; May-81; N° 295; Pag. - 297-309
- 10.- M. Thiery.- Intrauterine contraceptive devices for diabetic women.

- The Lancet. Oct-16-82; P. 883.
- 11.- Medical News.- Pelvic Inflammatory Disease Among Dalkon Shield - Users.
JAMA; May 27-83 ; Vol. 249; N° 20; P. 2757
- 12.- Richardson.- Uterine Perforation by intrauterine Devices.
JAMA; Oct. 8-82; Vol. 248; N° 14; P. 1710.
- 13.- Olivas Mendoza.- Análisis de 52 Embarazos con DIU.
Ginec. Obstet. Mex. vol 49; abril-81; P.255-61.
- 14.- Mishell D.- Current Status of Contraceptive Steroides and the - Intrauterine Device.
Clinical Obstetric and Gynecology.
Vol. 17; March, 1974; P. 35.
- 15.- Castelazo G.- DIU tras el alumbramiento. Frecuencias de expulsión y de morbilidad puerperal.
Rev. Méd. IMSS. V. 20; N° 6; Nov.-Di.1982; P.691
- 16.- Shelley.- Cholinergic Urticaria: Acetylcholine-Receptor-De-
pendent immediate-type-hypersensitivity reaction -
to copper.
The Lancet; Abril 16-83; Vol. 1; N° 8329; P.843-846
- 17.- The Lancet.- Postcoital Contraception.
The Lancet; abril 16; 1983; vol. 1; N° 8329; P. -
855-856.
- 18.- Boletín de Planificación Familiar.- Factores Sicológicos en el - uso del DIU.
Boletín de Planificación Familiar; N° 1; Enero 1979
Pag. 2.