



CLINICA HOSPITAL T-I P. G. O.
SAN LUIS POTOSI, S. L. P.

PLANIFICACION FAMILIAR, METODOS Y COMPLICACIONES

TESIS DE POST-GRADO
DE LA ESPECIALIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR

DRA. ANA VICTORIA AGREDANO DE GARCIA
DR. LUIS MANUEL GARCIA CASTELLANOS
DRA. MARTHA RUIZ LIRA



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

CLINICA HOSPITAL T-I. P.y G.O.
SAN LUIS POTOSI S.L.P.

"PLANIFICACION FAMILIAR"
METODOS Y COMPLICACIONES.

TESIS DE POST-GRADO DE LA ESPECIALIDAD.
DE MEDICINA FAMILIAR.

DRA. ANA VICTORIA AGREDANO DE GARCIA.
DR. LUIS MANUEL GARCIA CASTELLANOS.
DRA. MARTHA RUIZ LIRA.

ASESOR: DR. FRANCISCO ZAVALA MONSIVAIS.

C A R I Ñ O S A M E N T E

A NUESTROS PADRES Y HERMANOS..

Con agradecimiento a los Sres Dres:
Francisco Zavala Monsiváis, Ginecobstetra
de la Clínica Hospital T-I. P y G.O. de -
San Luis Potosí, Encargado del Servicio de
Planificación Familiar.

Antonio B. Torres Ruvalcaba, Pediatra en la
misma Clínica, por su valiosa colaboración
para la realización de este trabajo.

" I N D I C E "

	PAGINAS.
INTRODUCCION	1
CAPITULO No I	
a) Historia.	2 - 4
b) Generalidades.	5 - 7
CAPITULO No II	
a) Material y Métodos.	8 - 9
b) Resultados.	10 - 22
CAPITULO No III	
Discusión.	23 - 25
CAPITULO No IV	
Comentario.	26 - 27
CAPITULO No V	
Bibliografía.	28 - 29

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

Con el fin de realizar un trabajo que cumpliera los requisitos para tesis de postgrado, en la Especialidad de Medicina Familiar, y teniendo esta que estar íntimamente e relacionada con los problemas de la familia, nos pareció de interés la revisión de pacientes controladas en el programa de Planificación Familiar, en la Clínica Hospital T-I, P y G.O. en San Luis Potosí, dónde realizamos la residencia.

El Interés por la planificación familiar ha aumentado en los últimos años y es indudablemente un tema de mucha trascendencia en todo el mundo y sobre todo en los países donde las tasas rápidas de crecimiento demográfico, amenazan los logros de las metas económicas sociales, educativa médicas y humanitarias del mundo en desarrollo.

El ímpetu de este programa deriva y reconoce la preocupación de que algunas actividades de planificación familiar en nuestro medio, no han producido resultados significativos, además la convicción de que un servicio de salud como el que caracteriza el Sistema médico Familiar del Instituto mexicano del Seguro Social, es el más conveniente para suministrar información y servicios a nuestra población protegida.

El supremo derecho a la vida y a la salud son inalienables y por eso quizás sean derechos insustituibles, se convierte así en una obligación conservar nuestra propia vida y la de nuestros semejantes.

La madre y sus hijos reunidos en el grupo familiar con la figura paterna y organizados en el contexto social con adecuados ingresos y educación, son obligadamente un grupo social con satisfacciones básicas, para vivir un porvenir promisorio y feliz.

HISTORIA DE LA PLANIFICACION FAMILIAR.

La necesidad de practicar la Planificación Familiar ha existido siempre solo que ha cambiado con los años, métodos e indicaciones y la urgencia de generalizar su uso.

En nuestro tiempo el problema se agudiza, no sólo por el incremento numérico sino porque los avances científicos -- han permitido la sobrevivencia de Recién nacidos e infantes -- y un aumento creciente en la longevidad.

Los cambios que se crean en la climatología del medio -- han creado una necesidad inaplazable de tomar medidas eficaces para que la población encuentre su nivel de crecimiento -- compatible compatible con la realidad actual.

Los métodos anticonceptivos se han utilizado por todos los pueblos antes de Cristo, se reporta que en 1850 A.C. en -- el Papiro de Petri (Egipcios), el uso de estiercol y miel.

1873 en el Papiro de Ebers. Se reporta el uso de Aca-- cia y miel.

Griegos y Romanos utilizaron el aceite de cedro, olivo y ungüentos de plomo.

En el año 23-29 .D.C. Plinio, en su historia natural -- reporta el uso de la araña Palangium.

Soranos de Efesia, gran ginecólogo en Roma describe -- contraceptivos y abortificantes, indicaciones, y con-- traindicaciones.

En la India se describen hierbas, fumigaciones, unguen-- tos con este fin.

En China Sun Ssu-mo 695 D.C. describe contraceptivos y abortificantes.

Avicena en el año 980-1027 D.C. describe el Coitus In-- terruptus y pesarios.

Falopio en 1564 hace la primera descripción del condón hecho de lino.

Los dispositivos intrauterinos se han utilizado durante más de 2000 años y han sido de material diverso, como lana marfil, madera, vidrio, plata etc. Existen referencias del uso de piedras por los camelleros árabes y turcos en sus animales al efectuar sus travesías por el desierto.

Hipócrates describió sobre pesarios intrauterinos en Siglo IX , tanto para corregir desviaciones del útero y como contraceptivo.

En 1909 , Richter médico polaco describió un DIU formado por un nudo de seda.

En 1920 Grafenberg, en Alemania volvió a confeccionar DIUS, pero hasta 1927, mostró experiencias con anillos de seda, que después se sustituyeron con oro y plata.

Oppenheimer en 1959 en Israel, informó sobre la experiencia del anillo de Grafenberg modificado en 1500 casos sin ninguna complicación. Por la misma época, Ishihama publicó sus experiencias con el anillo de Ota en 20 000 casos y fue en Japón donde primero se utilizó el material plástico.

De 1960 a la fecha se han diseñado nuevos DIUS: Margúllles, Asas de Lippez, Dalkon, hasta llegar a los DIUS activos (T de Cobre, o liberador de hormonas).

En cuanto a hormonas en 1880 se sospechaba de sustancias secretadas por el ovario.

En 1934-Corver y Beard aislan la progesterona.

Makepeace en 1937 observó que la progesterona inhibía la ovulación del conejo.

Pincus y Rock, en 1950 confirman los hallazgos de Makepeace.

En 1937 se sintetiza la Etisterona.

1944 se aísla la 19-nor-150 progesterona.

En 1951 se aísla la 19- nor-progesterona y 19- nor-tes_tosterona.

En 1954 se aísla la 17-alfa-hidroxi-progesterona.

En 1957 se sintetiza, 17-alfa-etil-19-nor-testosterona

En 1958 Medroxiprogesterona y 17-alfa- hidroxiproges-
terona.

Sin embargo continúan los estudios, se explora la posi-
bilidad de una píldora en el varón, la posibilidad de ayuda -
con las prostaglandinas, se amplían perspectivas en el campo
de la inmunología y enzimología, aplicados a la anticoncepción
también se especula en otros campos , aún en etapa de desarro-
llo teórico.

GENERALIDADES DE LA PLANIFICACION FAMILIAR

La planificación familiar voluntaria, significa una de terminación deliberada y consciente de una pareja que en el -- ejercicio pleno de libertad y derechos, así como atendiendo - a sus propias aspiraciones, decide cuantos hijos quiere tener significa además la promoción general de la familia, la deci- sión de escoger los mejores caminos de educación y salud.

La mayor parte de actividades de la planificación que- llavan a cabo los profesionales, médicos o sanitaristas y los educadores en salud pública se agrupan como sigue :

- 1.- Regulación de la Natalidad.
- 2.- Tratamiento de Infecundidad.
- 3.- Educación Sexual.
- 4.- Preparación para la maternidad y paternidad.
- 5.- Otras actividades. (asesoramiento genético, detec- ción de estados patológicos, relacionados con el - aparato genital etc).

El programa de planificación familiar requiere de --- tres componentes: a) Interés por parte de la población.
b) Tecnología anticonceptiva aceptable.
c) Estructura médica que ponga en contacto los dos primeros elementos.

JUSTIFICACION DEL PROGRAMA DE PLANIFICACION FAMILIAR.

1.- Porque nuestro medio ya reconoce y acepta el prin- cipio de paternidad responsable, la cual es una actitud con- ciente de seres humanos frente al fenómeno de la reprodución, íntimamente relacionada con aspectos jurídicos, económi- cos, psicológicos y médicos.

2.- Por motivos de salud pública: Binomio madre-hijo- la multiparidad, el elevado número de abortos y la desnutri- ción traen graves repercusiones sobre la mujer, la cual con- ciente de que cada embarazo provoca alteraciones orgánicas y consciente de que cada nuevo hijo da origen a implicaciones -

económicas familiares que no pueden solucionarse, prefieren interrumpir el embarazo, o bien llega a procrear hijos no deseados, con trastornos nutricionales que alteran su anatomía y fisiología esto crea un gran desorden de carácter sanitario al lograr abatir esto se disminuirán los índices de morbilidad generales.

3.- Consecuencias sociales: la migración interna en busca de constantes perspectivas y la urbanización veloz, son los dos más importantes cambios sociales, el número cada vez mayor de niños que sobreviven ocasionan nuevas tensiones entre una y otra generación al amparo de lo cuál se crea la farmacodependencia, la delincuencia juvenil, las aberraciones sexuales etc. Por otro lado la pobreza de nuestro país estorba al dinamismo social.

4.- Razones de carácter demográfico: El crecimiento desenfrenado de la población es obstáculo para el progreso de los países, sobretodo aquellos que están en vías de desarrollo.

5.- A medida que la población aumenta, paralelamente la situación económica es menor, la proporción de niños mayor a la de adultos, lo que trae como consecuencia pobreza dominante baja productividad, creciente demanda de alimentos y lenta industrialización.

OBJETIVOS DE LA PLANIFICACION FAMILIAR.

1.- Evitar los riesgos a la salud de los beneficiarios y de la población en general, ocasionados por embarazos no deseados, y facilitar en cambio los nacimientos deseados.

2.- Propiciar una mejor atención maternal y más prolongada al niño durante su primera infancia, reduciendo la frecuencia de embarazos en una misma madre, modificando los intervalos de los nacimientos y tomando en cuenta la edad materna y paterna.

3.- Crear conciencia en la población de las ventajas - de la planificación familiar como factor necesario para su -- propio bienestar.

4.- Inculcar el sentido de la responsabilidad en la co- munidad respecto de la natalidad y sus consecuencias.

Según los países, la prioridad concedida a cada uno - de estos aspectos en los servicios de planificación familiar- varía en función d su desarrollo histórico, las normas y ob- jetivos adoptados en esa materia, factores sociales, cultura- les, nivel de desarrollo técnico, la estructura y el grado de utilización de los servicios de sanidad, educación y asisten- cia social.

MATERIAL Y METODOS

El presente trabajo se realizó con el objeto de conocer inocuidad y efectos secundarios de los métodos utilizados en control de fertilidad en el Servicio de Planificación Familiar en la Clínica Hospital T-I.P. y G. O. del Instituto Mexicano del Seguro Social en San Luis Potosí.

Se revisaron 2683 expedientes de pacientes que han acudido al programa en forma voluntaria, las cuáles previa valoración médica, se les inició el método que se creó más conveniente.

El tiempo del estudio comprende las pacientes que iniciaron método en marzo de 1974 al mes de agosto de 1975, un total de 18 meses. Se tomaron en cuenta los siguientes datos:

- | | | | |
|--------------|---------------|---------------------|-----------|
| a) Edad. | b) Menarquia. | c) Ritmo Menstrual. | |
| d) Gesta. | e) Para | f) Abortos. | |
| h) Cesáreas. | i) FUP | j) PUA | k) PUR. |
| l) Peso. | ll) Talla. | m) T/A | n) Pulso. |
- ñ) Exploración de mama.
o) Exploración de genitales externos e internos.
p) Patología concomitante.
q) Fecha de iniciación del método.
r) Fechas de control.

Se incluyen todos los métodos contraceptivos utilizados en el programa, desde los temporales como dispositivos intrauterinos, (lippes, dalkon), hormonales (combinados, secuenciales, continuos), locales (óvulos, jaleas), métodos permanentes (salpingoclasia). Métodos que se analizan en el cuadro y gráfica No 1, donde encontramos que el mayor porcentaje de pacientes es controlada con dispositivo intrauterino o sea el 81.3% de total, en segundo lugar los hormonales con 13.2 % y en un bajo porcentaje los quirúrgicos y locales.

En lo referente a la variedad de dispositivos nos pareció interesante analizarlos (cuadro y gráfica No 2), más del 50% de los dispositivos usados correspondieron al asa de-

lípides D y el resto se divide en los otros tipos.

Los hormonales utilizados son de tres tipos los combinados son practicamente los que se seleccionaron en primer lugar, como podemos observarlo en nuestro estudio, ya que el -- 82.6 % del total de hormonales usados correspondió a este tipo, los secuenciales ocuparon el 16% , y en un mínimo número de pacientes se utilizó el continuo. (cuadro y gráfica No 3)

La edad de las pacientes varió de 16 a 45 años con una media de 30 años, el grupo mayor o sea 1978 mujeres se encontraban entre 21 y 35 años representando el 73.7% del total como podemos apreciarlo en el cuadro y gráfica No 4.

El número de embarazos previos a la aplicación del método fué variable para cada paciente, mínimo un embarazo, máximo 17. Más del 50% del grupo estudiado correspondió a grandes multíparas de 3 a 9 embarazos, como se especifica en el cuadro y gráfica No 5.

676 pacientes presentaban patología intercurrente al iniciar el método, predominando várices y obesidad en 73.7% del total, sin embargo el resto aunque en menor proporción -- representa patología variada de leve a severa (tabla y gráfica No 6.). En lo que respecta a padecimientos incluidos en -- otros representan el 12.5% (85 casos), encontramos 10 mujeres con epilepsia, 8 con problemas tiroideos (hiper e hipotiroidismo), 4 con Tuberculosis Pulmonar, 4 con hipertensión arterial, 2 Ca In Situ, 2 infecciones de vías urinarias, un quiste de ovario una hernia de hiato y 2 con asma bronquial como las más importantes.

RESULTADOS .

Del grupo estudiado un total de 2683 pacientes, cuyo inicio de método fué marzo de 1974 al mes de agosto de 1975 - podemos observar que el tiempo de exposición al método fué variable siendo el máximo de 18 meses y el mínimo de 3 meses, - lapso en que estuvimos siguiendo la evolución de las pacientes que iniciaron el método más tarde.

EFICACIA: De 2175 dispositivos aplicados, 77 pacientes se embarazaron correspondiendo al 3.5% del total. En el siguiente cuadro analizamos meses uso , pacientes con embarazo y fin de este. De las 77 pacientes embarazadas, 53 o sea el 68.8% lo presentaron en los primeros 6 meses de inserción. En 45 pacientes o sea el 58.4% el embarazo llegó a término , 22 abortaron correspondiendo al 28.6% y 10 con embarazo en evolución 13% .

EMBARAZOS CON DISPOSITIVO INTRAUTERINO

Meses-Usos	No de pacientes	a Término	Abortos	Evolución
1 - 3	30	18	12	0
4 - 6	23	17	6	0
7 - 9	10	10	0	0
10 - 12	8	0	2	6
13 - 18	6	0	2	4
T O T A L.	77	45	22	10
	3.5%	58.4%	28.6%	13%

En cuanto a hormonales se presentaron dos embarazos representando el 0.5% con este método.

En lo que respecta a la variedad de dispositivo y embarazo lo analizamos en el cuadro gráfica No 7. El mayor porcentaje de embarazos se presentó en pacientes que usaron dispositivos D y dalkon sin embargo como se observa en la tabla correspondiente estos fueron los más utilizados.

EXPULSIONES: del total de dispositivos se reportaron 35 expulsiones o sea el 1.3% , en 7 de ellos se volvió a -- reinsertar un nuevo dispositivo, en cuatro se utilizó el mismo tipo (DxD) en tres diferente, en dos casos hubo nueva expulsión en cuyas pacientes se cambió método.

EFFECTOS SECUNDARIOS: En lo que se refiere a dispositivos estos se presentaron en el 7.1% del total, siendo variables; el sangrado representó el 42.3% , en segundo lugar la cervicovaginitis en un 19.8%, el resto se analizan en el cuadro y gráfica No 8.

En lo que se refiere a efectos secundarios provocados por hormonales, representaron el 4.8% del total de estos siendo la cervicovaginitis la que ocupó el primer lugar con 29.4% el resto de sintomatología se presentó en proporciones similares, (cuadro y gráfica No 9).

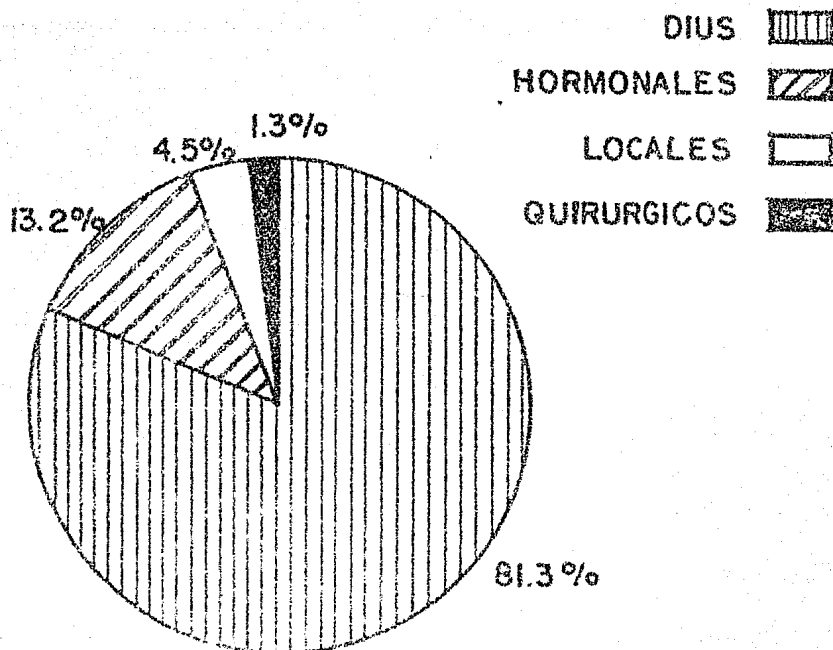
CAUSAS DE EXTRACCION DE DISPOSITIVOS: En 49 pacientes fué retirado el dispositivo, representando el 2.2% del total en el mayor número de casos se retiró por sangrado (14 pacientes) representando el 28.5% , en 10 se retiró por deseo de embarazo 20.4%. El resto en menor proporción como se aprecia en el cuadro y gráfica No 10.

En relación al retiro de hormonales las causas más importantes fueron : cefalea, aumento de peso y vómito, representando el 2.8% del total de estos. (cuadro y gráfica No 11

CUADRO Y GRAFICA No 1.
 CLASIFICACION DEL TIPO DE
 METODO ANTICONCEPTIVO

METODO	No de Casos	%
D I U S	2175	81.3
Hormonales	351	13.2
Locales	121	4.5
Quirúrgicos	36	1.0
T O T A L.	2683	100 %

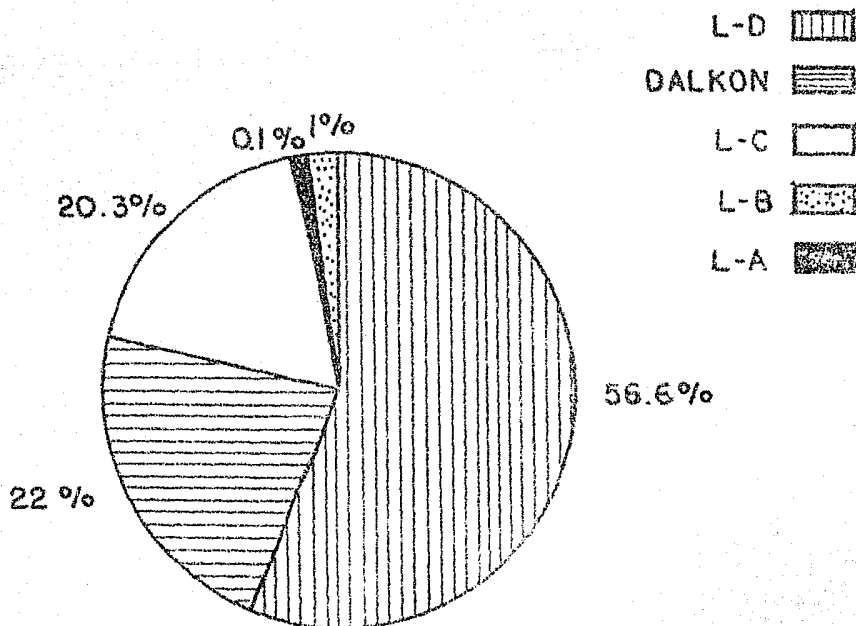
DPTO. PLANIF. FAMILIAR. I.M.S.S. S.L.P.



CUADRO Y GRAFICA No 2.
 CLASIFICACION DE LA VARIEDAD
 DE DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS .

VARIEDAD	No. de Casos	%
Lippes D	1231	56.6
Dalkon S	481	22.0
Lippes C	441	20.3
Lippes B	20	1.0
Lippes A	2	0.1
T O T A L.	2175	100%

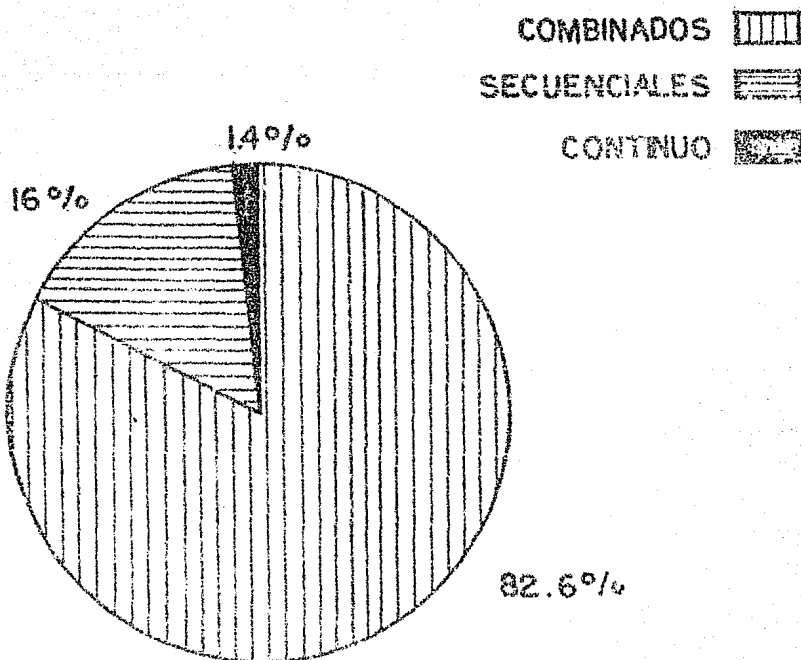
DPTO. PLANIF. FAMILIAR I.M.S.S S.L.P.



CUADRO Y GRAFICA No 3.
 CLASIFICACION DE VARIEDAD DE HORMONALES .

	No. Personas	%	Tasa x 1000
Combinados	290	82.6	111.1
Secuencial	56	16.0	20.0
Contínuo	5	1.4	1.0
T O T A L .	351	100%	132.1
	13.2%		

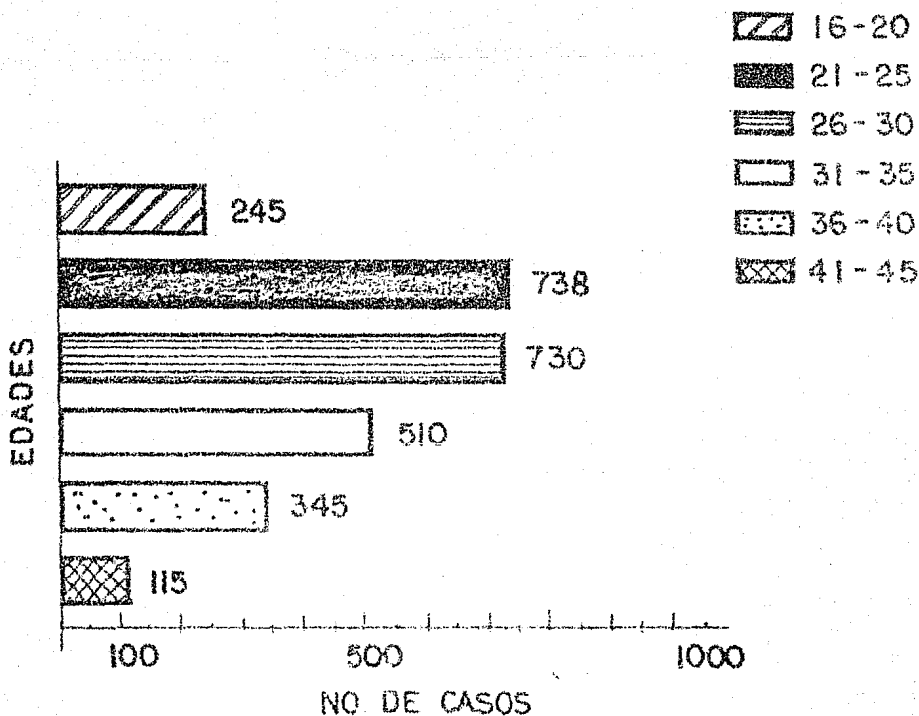
DPTO. PLANIF. FAMILIAR. I.M.S.S. S.I.P.



CUADRO Y GRAFICA No 4 .
DISTRIBUCION POR EDADES EN AÑOS .

EDAD	No de Casos.	%
16 - 20	245	9.1
21 - 25	738	27.5
26 - 30	730	27.2
31 - 35	510	19.0
36 - 40	345	12.8
41 - 45	115	4.3
T O T A L.	2683	100 %

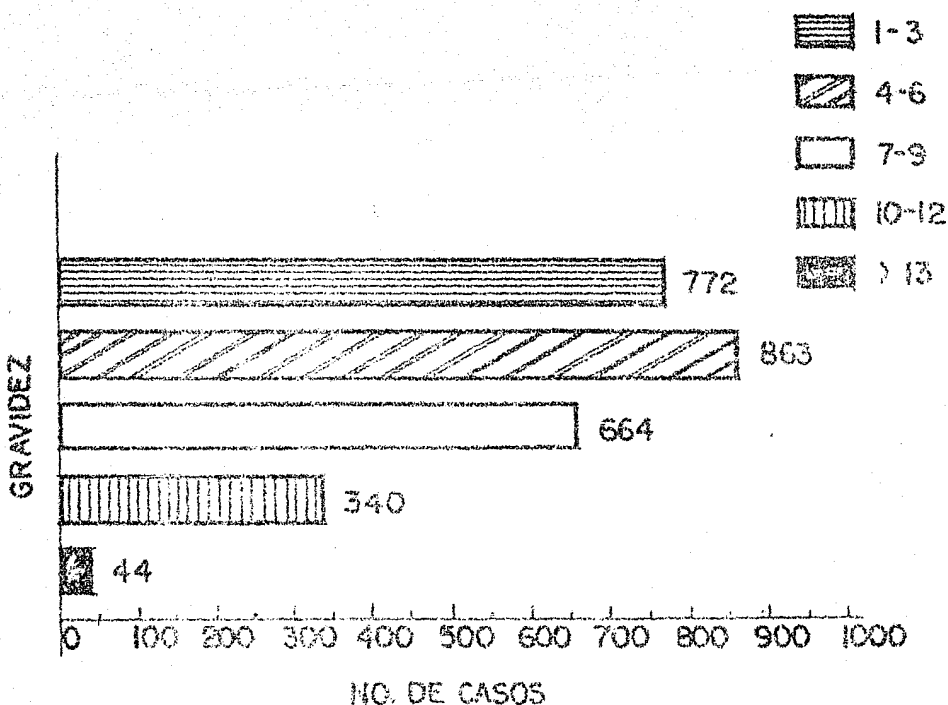
DEPTO. PLANIF. FAMILIAR. I.M.S.S. S.L.F.



CUADRO Y GRAFICA No 5.
GRAVIDEZ EN EL GRUPO ESTUDIADO

	No de Pacientes	%
1 - 3	772	29.0
4 - 6	863	32.0
7 - 9	664	24.7
10 - 12	340	12.7
- 13	44	1.6
T O T A L.	2683	100%

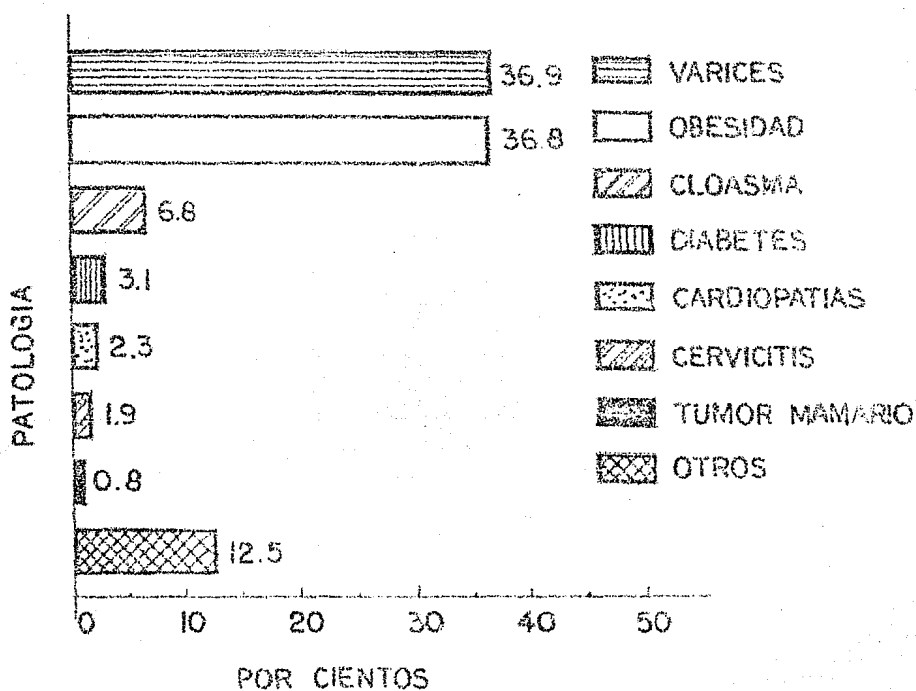
DEPTO. PLANIF. FAMILIAR. I.M.S.S. S.L.P.



CUADRO Y GRAFICA No 6
 ANTECEDENTES PATOLOGICOS.

PATOLOGIA	No de Casos.	%	Tasa x 1000
Várices	250	36.9	93.1
Obesidad	249	36.8	92.8
Cloasma	46	6.8	17.1
Diabetes	21	3.1	7.8
Cardiopatías	16	2.3	5.9
Cervicitis	13	1.9	4.8
Tumor B.Mama	6	0.8	2.2
Otros	85	12.5	17.1
T O T A L .	676	100%	255.3
	25.1%		

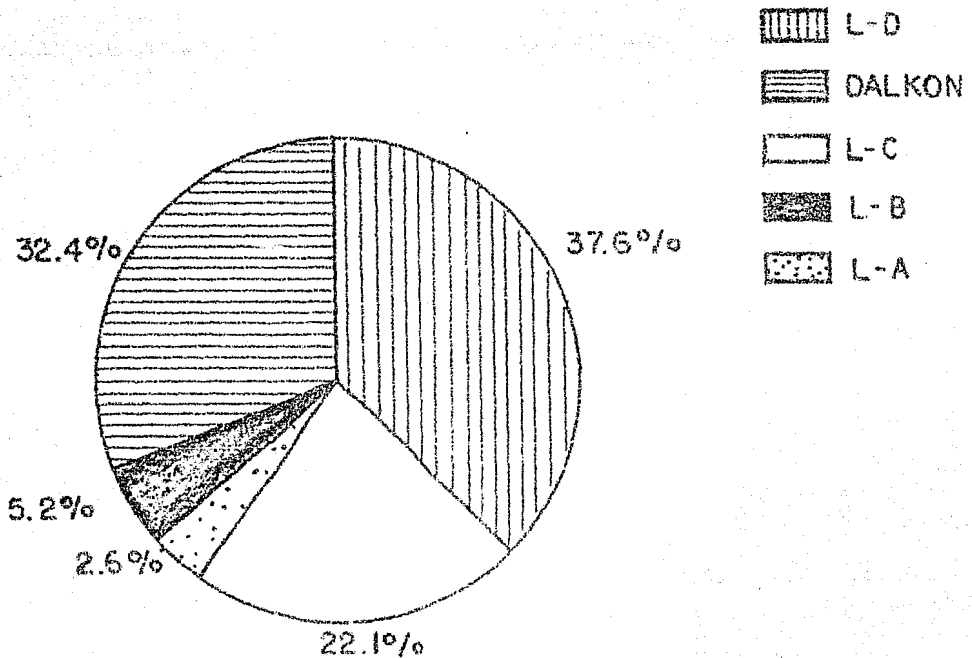
DEPTO. PLANIF. FAMILIAR. I.M.S.S. S.L.P.



CUADRO Y GRAFICA No 7.
EMBARAZOS SEGUN TIPO DE DISPOSITIVO.

	No. de Casos	%	Tasa x 1000
Lippes D	29	37.6	13.3
Dalkon S	25	32.4	11.5
Lippes C	17	22.1	7.8
Lippes B	4	5.2	1.8
Lippes A	2	2.6	0.9
T O T A L	77	100%	35.4
	3.5%		

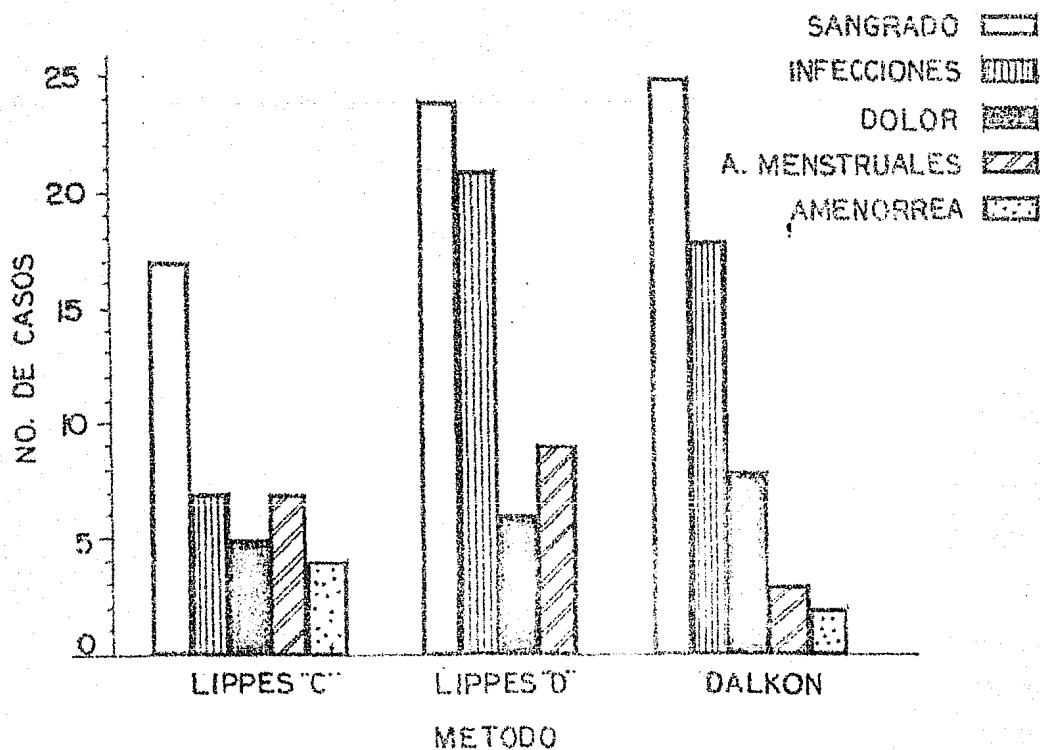
DEPTO. PLANIF. FAMILIAR. I.M.S.S. S.L.P.



CUADRO Y GRAFICA No 8.
EFECTOS SECUNDARIOS
CON DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS.

	LC	LD	DALKON	TOTAL	%	TASAx1000
Sangrado	17	24	25	66	42.3	30.0
Infecciones	7	21	18	56	29.4	21.0
Dolor	5	6	8	19	12.1	8.7
Alt. del Ritmo	7	9	3	19	12.1	8.7
Amenorrea	4	0	2	6	3.8	2.7
T O T A L	40	60	56	156	100 %	71.1
					7.1%	

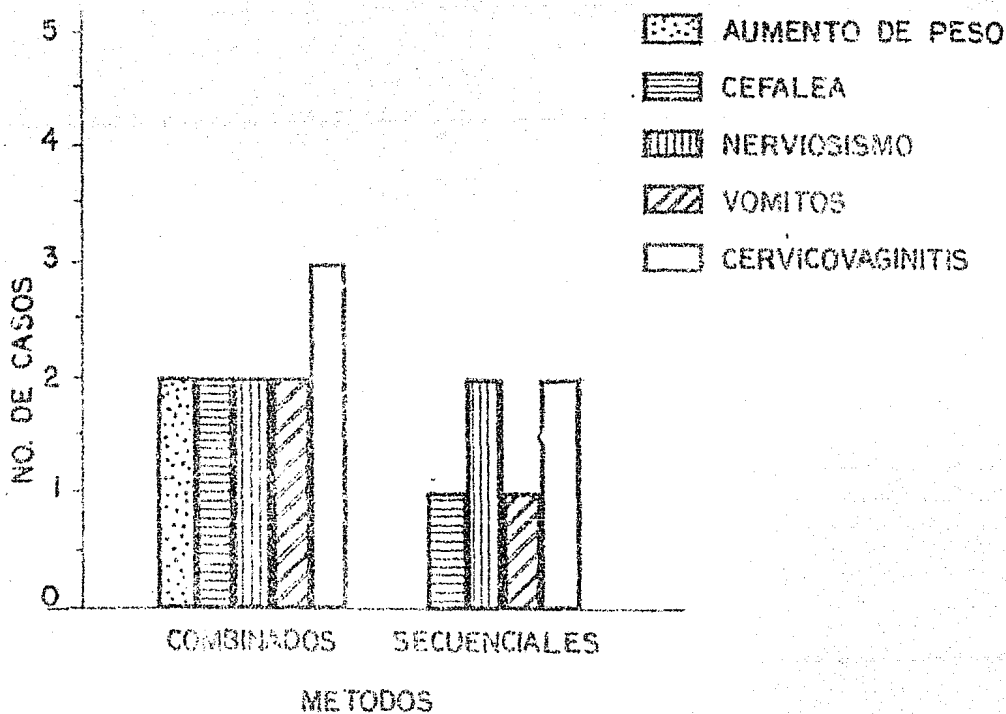
DEPTO. PLANIF. FAMILIAR. I.M.S.S. S.L.P.



CUADRO Y GRAFICA No 9.
EFECTOS SECUNDARIOS CON HORMONALES .

	Comb.	Sec.	Total.	%	Tasa x 1000.
Cervicovaginitis	3	2	5	29.4	14.2
Nerviosismo	2	2	4	23.5	11.4
Vómitos	2	1	3	17.6	8.5
Cefalea	2	1	3	17.6	8.5
Aum.de Peso	2	0	2	11.7	5.7
T O T A L .	11	6	17	100 %	28.3
			4.8 %		

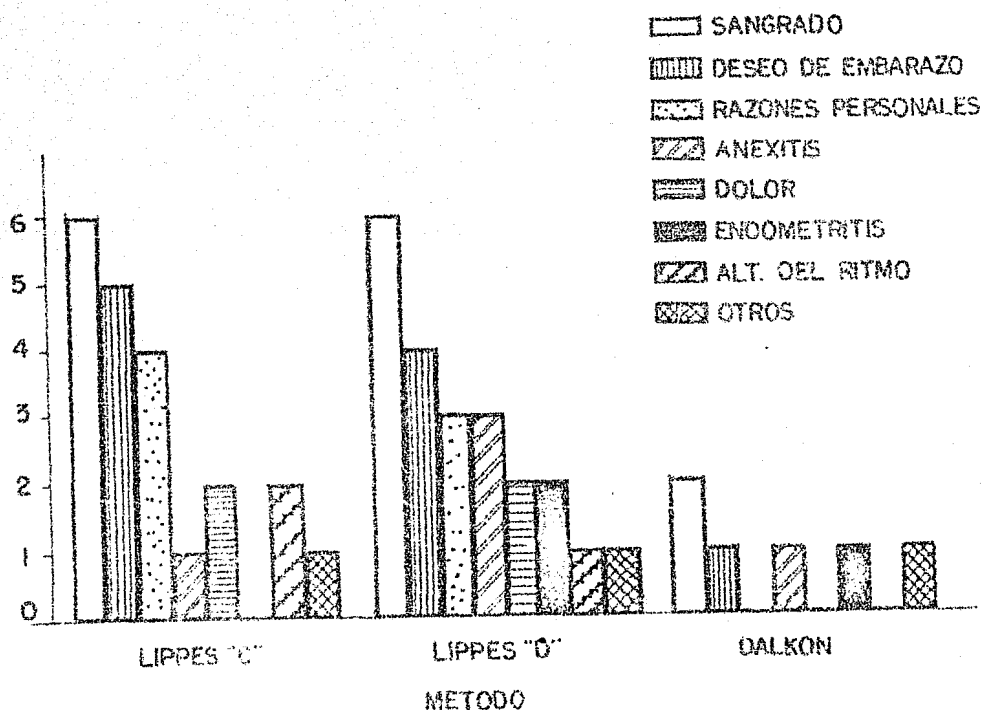
DEPTO.PLANIF. FAMILIAR. I.M.S.S. S.L.P.



CUADRO Y GRAFICA No 10.
CAUSAS DE RETIRO DE DISPOSITIVOS .

	LC	LD	DALKON	TOTAL	%	Tasa x 1000
Sangrado	6	6	2	14	28.5	6.4
Deseo de Embarazo	5	4	1	10	20.4	4.6
Razones personales	4	3	0	7	14.2	3.2
Anexitis	1	3	1	5	10.2	2.3
Dolor	2	2	0	4	8.1	1.8
Endometritis	0	2	1	3	6.1	1.3
Alt. del Ritmo M.	2	1	0	3	6.1	1.3
Otros	1	1	1	3	6.1	1.3
T O T A L.	21	22	6	49	100 %	22.2

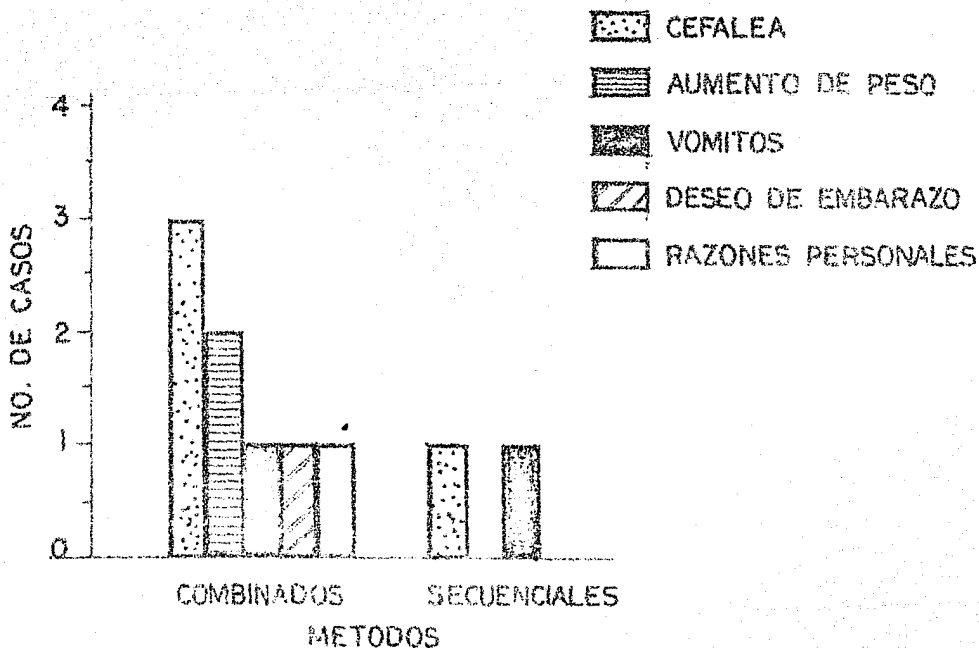
DEPTO. PLANIF. FAMILIAR. I.M.S.S. S.L.P.



CUADRO Y GRAFICA No 11.
CAUSAS DE RETIRO DE HORMONALES .

	Comb.	Sec.	Total	%	Tasa x 1000
Cefalea	3	1	4	40	11.4
Aum. de Peso	2	0	2	20	5.7
Vómitos	1	1	2	20	5.7
Deseo de Embarazo	1	0	1	10	2.8
Razones Personales	1	0	1	10	2.8
T O T A L .	7	2	10	100 %	28.5
				2.8 %	

DEPTO. PLANIF. FAMILIAR. I.M.S.S. S.L.P.



DISCUSION.

Algunas son importantes, después de examinar la información obtenida de 2683 pacientes en las que se aplicó un método contraceptivo y cuyo tiempo de exposición fué variable - en la mayor de 18 meses y en la menor de 3 meses.

En nuestro estudio el mayor porcentaje de mujeres se encontraba entre 21 y 35 años sin embargo existe un número importante de mujeres menores de 20 años y mayores de 36, esto se explica porque la edad mínima para el matrimonio en nuestro medio es muy baja y la descendencia es mucho mayor, debido a causas socioculturales, no obstante hay un deseo de tener menos hijos sólo que la información y educación al respecto no ha llegado en forma adecuada a todas las localidades -- del país.

El método más utilizado en nuestra serie fué el dispositivo intrauterino en un 81.3% comprobando al igual que en otros estudios que es un método eficaz con bajo porcentaje de efectos secundarios, bajo costo y de gran importancia en nuestro medio debido a que las condiciones económicas y culturales de nuestras mujeres son deficientes, por lo tanto implicaría mal manejo de otro método. (7, 3, 18).

Se presentaron 77 embarazos correspondiendo al 3.5% -- del total de dispositivos insertados y de estos el 68.8% ocurrieron en los primeros 6 meses de inserción, notando disminución importante después de los 10 meses de uso, estas cifras similares a las reportadas por el Dr. Boris Rubio (21). Es importante mencionar que con el empleo de asas de lippes pequeñas A y B el porcentaje de embarazos asciende, solo que en nuestra serie fueron aplicados en un número reducido de pacientes.

En lo referente al aborto con DIU se ha concluido que no es más frecuente en estas pacientes en relación a las que se embarazan después de expulsión del mismo. Sin embargo parece ser que en las pacientes que usan o han usado DIU el parto

En lo referente a hormonales la falla fué muy baja sobre los dos pacientes se embarazaron una con hormonales combinados y otra con secuenciales, pero ambas tomaron en forma incorrecta el medicamento .

El porcentaje de expulsiones fué mínimo, se reportaron 35 correspondiendo al 1.3% . En algunos casos se volvió al reinsertar el mismo tipo de dispositivo por no contar en ese momento con otro más adecuado, sin embargo sólo en dos casos -- ocurrió una segunda expulsión en cuyas pacientes se cambió mé todo .

Las molestias que presentaron nuestras pacientes con el dispositivo fueron similares a las reportadas por Tatum y otros investigadores (6, 7, 24), ocupando el primer lugar el sangrado (21, 18), sin embargo en pocos casos fué de magnitud considerable, obligando a retirar el método. Accidentes severos como perforaciones e incrustamiento de DIUS no fueron observados (19).

En lo referente a hormonales, los efectos secundarios representaron el 4.8% del total de pacientes que lo usaron. La cervicovaginitis ocupó el lugar más importante, aumento de peso y cefalea en menor proporción, pero solo en el 2.8% fueron retirados por intorelancia persistente. *

El efecto carcinogénico con los contraceptivos tanto-- hormonales como dispositivos intrauterinos es uno de los principales Tabúes de nuestra población, sin embargo ha sido materia de estudios en nuestro país y en el extranjero y no ha sido demostrado tal efecto (9,21,12). Según la O.M.S. no es posible concluir que los hormonales favorezcan el Ca de cérvix ni el de mama, en Estados Unidos y Reino Unido , no se ha elig vado desde que se popularizó el uso de hormonales.

En nuestro estudio encontramos dos pacientes con Ca In Situ, en una de ellas la Citología era persistente clase III-- posterior a inserción de DIU se comprobó malignidad practican dose Histerectomía total.

En el segundo caso se encontró después de inserción de DIU sin embargo esta paciente no tenía control citológico previo, esto representa una cifra baja en relación al porcentaje de citología positiva para malignidad en la población general (9).

Tanto el dispositivo intrauterino como los hormonales son métodos reversibles, su uso no implica esterilidad permanente en la mujer, en la mayoría de los casos sucede el embarazo en los primeros meses de su retiro.

En la actualidad no disponemos de un método contraceptivo perfecto que cubra las necesidades de toda mujer y reúna los requisitos de todo programa de planificación familiar. Sin embargo por el momento debemos conocer los métodos existentes ya que su eficacia es aceptable, producen pocos efectos secundarios y solo debemos individualizar cada caso en particular.

COMENTARIO.

El problema demográfico, es indudablemente uno de los más importantes que tiene la humanidad, entre las posibles soluciones destaca la planificación familiar, acción que agrega a la de los problemas económico y social ayudará a lograr el bienestar de los pueblos. Según experiencias de otros países que han llevado a cabo este programa, sabemos que puede tener éxito o fracasar en ocasiones, algunas de las causas de este fracaso se conocen y deben evitarse, pero otras aún deben investigarse.

Sabemos que el mejor anticonceptivo puede fracasar o que el menos recomendable tenga éxito si hay motivación suficiente de la comunidad, lograr esta motivación es, quizás lo más difícil sobre todo en países como el nuestro, donde solo un porcentaje muy bajo de la población general en edad de reproducirse está conciente de su problema y acude a los servicios de Planificación Familiar, sin embargo, la mayor proporción de mujeres son de difícil acceso a estos programas.

El Médico Familiar como consejero de la familia y encargado de satisfacer sus necesidades médicas, sanitarias, de toda la sociedad, es un elemento imprescindible en este programa, cuya función es la de informador y educador en forma individual como en trabajo de grupo, actuando en forma conjunta con un equipo de salud integrado por Ginecólogo, Psicólogo, Médico de Medicina Preventiva, Trabajo Social y personal de Enfermería.

El médico familiar debe estar capacitado para atender específicamente a las bases biológicas y sociales del hombre y la familia, debe adoptar una actitud nueva que le permita con sentido epidemiológico, planear la salud, y con sentido humanista atender la enfermedad de su población.

La Planificación Familiar como derecho humano básico es preponderante en su acción de proyección a la comunidad, por lo tanto:

- a)- La población Médica y Paramédica deben estar altamente motivados y convencidos con objeto de obtener los mejores resultados de información.
- b)- La Planificación Familiar debe extenderse en forma integral a la población general.
- c)- Utilizando medios directos y masivos de comunicación (conferencias, revistas, radio, etc).
- d)- Que haya disponibilidad de centros de Planificación familiar, así como personal capacitado suficiente.
- e)- Capacitación a empíricas y enfermeras, para que colaboren tanto en la difusión como en la aplicación de los métodos contraceptivos.
- f)- Investigar diferentes técnicas de educación e información, para educar a los esposos y así evitar oposición a la Planificación Familiar Voluntaria.

Todo esto, unido a una mejor tecnología anticonceptiva que asegure mejor continuidad podrá abatir las tasas de deserción tan importantes.

Es posible afirmar que los resultados de un esfuerzo como el presente, obligadamente, beneficiarán a la población tanto en su salud como en su bienestar.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Ayodiñ C. de G. Dr. Lisker. Estudios sobre el efecto de anticonceptivos orales en el material cromosómico- Rev. de Planif. Familiar. Temas Selectos. Pág. 159-161.
- 2.- Alvarez Bravo Alfonso. Planif. Familiar en México. Gaceta Médica de México. 107:7-11, Enero 1974. No.1.
- 3.- Aquiles, J. Sobrero Dr. Godsmith: DIUS en la práctica clínica. Anuario de Act. en Medicina. Fasc.15. Planif. Familiar, 2a parte. 15-33, 1973.
- 4.- Aznar Ramos: Métodos de Regulación de Fecundidad en la mujer, Eficacia Clínica. Ginecol. y Obstet. de México. Vol 36: 89-100, Agosto 1974.
- 5.- Bolio Raúl y Col: Anticonceptivos Intrauterinos. Ginecol. y Obstet. de México. 34:123-127, 1973.
- 6.- Boris Rubio L: Individualización del empleo de métodos anticonceptivos. Rev. de Planif. Familiar. Temas Selectos, pág. 145.
- 7.- Boris Rubio, Ruiz A. Dres: Resultados obtenidos con Asa de Lippes Simple, como anticonceptivo intrauterino. Ginecol y Obstet. de México. 35:601-608, 1974.
- 8.- Beasley W. B: Coping with family planning a rural area.- Obstet Gynecol. 14:155-9, Jun 1973.
- 9.- Cesarman Jaime Dr: Cambios citológicos vaginales con el uso de contraceptivos orales y DIUS. Rev. de Planificación Familiar, temas selectos. Pág. 197-200.
- 10.- Davis, HJ. Intrauterine contraceptive devices presents- status ante future prospect, Am. J. Obstet and Gynecol- 114:134, 1972.
- 11.- Fragoso D. Dr: Programa de Planif. Familiar. Anuario de act. en Medicina. Fasc. 14 1era parte: 21-28, 1973.

- 12.- Feinleib, M and Garrison R, J: Interpretation of the -- vital statistics of breast cancer; cácer, 24:1109, 1969
- 13.- Lippes, J And Felman, J, G: A five year comparison of -- the continuation rates between women using loop D and oral contraceptives. Contraception, 3:313-352, 1971.
- 14.- Makie D. et, al: Family heath versus family planning -- and the national service. Lancet. 1:992-5 May 1973.
- 15.- Massone Flavia Dra: Terapia anticonceptiva a dosis m_i nima. Anuario de Act. en Medicina, Fasc. 14. Planif. Fa- miliar, pág. 101-108.
- 16.- N. De Larios Nassira y Col. Cambios citologicos con el empleo de DIUS. Ginecol y Obst. de Méx. 35:301-6, 1974.
- 17.- Pic Jr, et, al: Family Planning education . Clin. Obstet Gynecol. 14:409-19, Jun 1971.
- 18.- Rodrigues Argüelles y Col. Experiencias con DIUS. --- Anuario de Act. en Méd. Fasc. 15, 2a Parte: 713, 1973.
- 19.- Romero S. Gerardo y Col. Efectos de los DIUS, Lippes - y Dalkon en la contractilidad de útero humano no grá- vido. Anuario de Act. en Med. Fasc. 15, 2a parte: 45-54, 1973.
- 20.- Ramos Pedro: Aspectos sociomédicos de la Planif. Fami- liar. Gaceta Médica de México: 107:12-27 No 1, 1974.
- 21.- Ruiz Antonio, Boris Rubic Dres: Embarazo coincidente - con DIUS. Ginec. y Obst. de Méx. 35:165-171 feb, 1974.
- 22.- Sartwell Arthur F, G; Lewison E: The pill estrogen and breast. Cancer 28:1391, 1971.
- 23.- Tatum HJ: Intrauterine contraception . Am. J. Obstet - Gynecol; 112:1000, 1972.
- 24.- Tatum, HJ. Intrauterine Devices cooper bearing clin.- Obstet and Gynecol. 17:93-119, 1974.