

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

"EMPLEO DE LOS ANOVULATORIOS POR LA VIA ORAL"



tesis

Presentada a la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala

por

CESAR SALAZAR MENDEZ

En el Acto de su Investidura de

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, noviembre de 1968

## PLAN DE TESIS

### INTRODUCCION

#### PRIMERA PARTE

##### ANTECEDENTES

- Historia: a) Descripción de la evolución de los anovulato-  
rios por la vía oral.
- b) Descripción de la experiencia llevada de los  
usos de los anovulatorios orales en la clínica  
de la Asociación Pro-Bientar de la Familia de  
Guatemala.

##### OBJETIVOS

- a) Divulgar y la aplicación de los progestágenos en  
Planificación Familiar.
- b) Dar a conocer sus: Indicaciones  
Contraindicaciones  
Complicaciones.

#### SEGUNDA PARTE

##### MATERIAL Y METODO

- a) Revisión de literatura sobre progestágenos.
- b) Revisión de casuística de la Clínica de la Aso-  
ciación Pro-Bientar de la Familia de Guatemala.

## DISCUSION Y RESULTADOS

- a) Establecer comparaciones entre los casos clínicos estudiados en nuestro medio, y los reportes de literatura revisada.

## SUMARIO

## CONCLUSIONES

Exponer la teliología de los anovulatorios por la vía oral.

## BIBLIOGRAFIA

HISTORIA:

Beard por primera vez en 1897, hace mención del efecto inhibidor sobre la ovulación de las combinaciones de progestina y estrógenos y pensó que del cuerpo amarillo dependía la supresión de la ovulación durante el embarazo. Después esta teoría fue apoyada por las observaciones de Zschokke, al comprobar que se reanudaba pronto el estro después de extraer el cuerpo amarillo en la vaca. Pearl y Surface seguidos de múltiples experiencias observaron que en la gallina a la que se inyectaba extracto de cuerpo amarillo de mamífero, disminuía la producción de huevos. Informes posteriores de Haberland indicaron que el trasplante de ovarios de roedores grávidos a animales de la misma especie iba seguido de esterilidad pasajera.

A finales del tercer decenio del Siglo XX, Smith observó que los extractos del cuerpo amarillo impedían la ovulación en conejas, y al mismo tiempo Parker encontró dificultad para producir la ovulación en animales que presentaban cuerpo amarillo activo.

En el año 1934 se aisló la progesterona, Makepeace, Weinstein

y Friedman efectuaron la inhibición de la ovulación en la coneja con el esteroide puro; posteriormente lo hicieron Astwood y Fevold en la rata. Unos años después Pincus y Chang, y Schlecta y colaboradores comprobaron estas observaciones. Los investigadores que más importancia le dieron al estudio del efecto de muchos esteroides en la inhibición de la ovulación en varias especies son: El Fisiólogo Gregory Pincus, de la Fundación Worcerter de Biología Experimental y colaboradores, y el Ginecologo John Rock de la Universidad de Harvard, quienes colaboraron en la búsqueda de un medio de facilitar la ovulación, y por consiguiente, la concepción en mujeres poco fecundas; para esto tenían que regularizar el ciclo menstrual, para lo cual hallaron una progestina sintética químicamente a fin a la progesterona. La progestina tomada durante veinte días entre períodos menstruales, suprimía la ovulación simulando la preñez. Cuando se les surprimía las mujeres experimentaban un ciclo más normal y una ovulación más segura. En los primeros años de la presente década, Rock y colaboradores utilizaron progesterona y dietilestilbestrol para suprimir

la ovulación manteniendo a la mujer amenorreica durante tiempo variable, hasta dieciseis semanas.

Sin embargo en 1954 se aplicó el efecto de la progesterona administrada cíclicamente a la mujer, observándose efecto inconstante en cuanto a inhibir la ovulación y la catamenia.

Razón por la cual se utilizaron los 19-noresteroides progestacionales más activos, a los que después se agregaron estrógenos, permitiendo imitar mejor el ciclo menstrual humano.

Pronto se advirtió la constancia con que se regulaba el ciclo menstrual y se inhibía la ovulación. Fue en esta forma que los 19-noresteroides estudiados inicialmente tuvieron suerte de demostrar tanta eficacia en este aspecto.

Es evidente que de manera análoga se han utilizado desde hace mucho estrógenos y andrógenos para suprimir la ovulación durante períodos muy limitados, por ejemplo, en el tratamiento de la dismenorrea funcional y la endometriosis. Debido a la propiedad masculinizante de los segundos y el efecto catamenial imposible de predecir de los primeros, junto con la opinión de algunos autores acerca del carácter cafcinógeno de los es-

trógenos "no antagonizados" en la mujer, no se pudo considerar seriamente su uso para la inhibición prolongada de la ovulación. En estas circunstancias, se eligió para los ensayos de campo la 19-norprogestina, que imita mejor el medio hormonal de la mujer.

Después que lograron por este medio un buen número de casos satisfactorios, concibieron otra idea, la de "suprimir" la ovulación todos los meses, logrando tener buen éxito al principio poco tiempo después, a medida que fueron experimentando, fueron purificando más la droga a tal grado que no contenía ningún estrógeno perceptible, dando como resultado repentinas pérdidas de sangre a la mitad del ciclo. Aún cuando estuviera el estrógeno en cantidades mínimas impedía la pérdida de sangre a mediados del ciclo. En experimentos realizados observaron que la curva que indicaba el nivel del estrógeno del quinto al veinteavo día se mantenía bastante uniforme, excepto por una baja que coincidía con la ovulación. Siendo esta una forma natural, suministraron estrógenos exclusivamente hasta el veinteavo día y luego progestina por lapso de cinco ó seis días.

Desde entonces, se han presentado muchas combinaciones de progestinas y estrógenos, atribuyéndoseles virtudes especiales a cada una, creándose así las píldoras secuenciales y más tarde las mixtas.

Además de los derivados 19-noresteroides, se han empleado también derivados de varios progesterónicos con éxito en diversos ensayos. Se han usado noretinodrel, noretindrona, acetato de medroxiprogesterona, clormadinona, acetato de meggestrol, 3-desoxinoreetindrona, acetato de noretindrona y diacetato de etinodiol solo ó combinado con etinilestradiol o el eter 3 metilo de este último.

Y en junio de 1960 con aprobación oficial de los EE.UU se empezaron a recetar los anovulatorios por la vía oral °(1,2,6,7,9,13).

INDICACIONES:

Por la variedad de indicaciones en la práctica los progestágenos orales o anovulatorios se usan tanto en entidades gineco/obstétricas como en enfermedades sistémicas clasificadas como paramédicas, y en planificación familiar.

El empleo de estos medicamentos se basa en el principio de la asociación y administración simultánea de gestágenos y estrógenos, logrando en un buen número de casos el control y regulación de la ovulación, como algunos autores recomiendan en ciertas entidades ginecológicas.

Las indicaciones son múltiples por lo que al describirlas, cabe clasificarlas en tres grupos:

- 1o. ENTIDADES GINECO-OBSTETRICAS
  - 2o. INDICACIONES PARAMEDICAS DESDE EL PUNTO DE VISTA GINECO-OBSTETRICO.
  - 3o. INDICACIONES EN PLANIFICACION FAMILIAR.
- 1o. ENTIDADES GINECO-OBSTETRICAS
    - a) Inhibiendo temporalmente la ovulación en la dismenorrea

con útero de tamaño normal por vía hormonal desaparece el síntoma, aún produciendo la hemorragia en el término esperado (9,10,13).

b) En la endometriosis es posible llevar a cabo satisfactoriamente tanto un tratamiento cíclico, como un tratamiento continuado; en ambos casos se suprime la ovulación. La duración del tratamiento debe ser de unos seis meses. Los pequeños focos desaparecen antes de ese tiempo; concluido el tratamiento se reanudan los ciclos bifásicos. (4,9,10,13)

c) Infertilidad por insuficiencia luteínica (ciclo acortado). La administración de gestágenos asociados con estrógenos durante el premenstruo produce el aplazamiento de la menstruación y mejora la defectuosa fase secretora del endometrio. De esta manera tiene tiempo el huevo fecundado de anidar en la mucosa endometrial. El efecto secretor de los gestágenos hace que puedan ponerse a disposición del huevo fecundado las sustancias nutritivas necesarias para su desarrollo fisiológico (10,13)

d) Hemorragias juveniles: también en las hemorragias juveniles dan buenos resultados los ovulistáticos, instituyendo trata-

miento por tres semanas. (13).

- e) Hemorragias disfuncionales tales como las hemorragias por persistencia del folículo: (Hiperplasia quístico-glandular) los anovulatorios como profilácticos, tienen indicación cuando en ciclos de curso monofásico se produce hemorragias prematuras, como sucede frecuentemente en el climaterio (13)
- f) Hipermenorrea: Cuando la menstruación es extremadamente profusa o prolongada se hallan indicados para su tratamiento los anovulatorios durante tres ciclos o más.
- g) Menometrorragias graves en hemopatías: las mujeres aquejadas de hemopatías presentan a menudo graves menometrorragias. Las hemorragias genitales constituyen un problema terapéutico difícil; los inhibidores de la ovulación permiten provocar una amenorrea que es siempre reversible.
- h) Dolor intermenstrual: puede tratarse con anovulatorios, el alivio se obtiene con tratamiento por tres ciclos consecutivos, inhibiendo la ovulación.
- i) Polimenorrea: en la menstruación anticipada, con aumento del número total de ciclos menstruales, se obtienen resulta-

dos favorables al indicar anovulatorios por un término de tres ciclos.

j) En el síndrome premenstrual se obtienen mejorías siempre que no exista otra patología agregada.

k) Hipolasia del útero: en esta condición patológica también están indicados los anovulatorios.

l) Aborto habitual: en el aborto habitual, con el empleo de ovulizantes, se han reportado buenos resultados al dejar en descanso el útero por unos seis meses mientras se estudia la etiología y tratamiento definitivo de ser este posible. (9, 11)

## 2o. INDICACIONES PARAMEDICAS DESDE EL PUNTO DE VISTA GINECO-OBSTETRICA

a) El campo de acción de los anovulatorios perorales es aplicable a una serie de entidades nosológicas cuando se relacionan con la concepción; tales como enfermedades cardíacas, pulmonares, renales con hipertensión, algunos casos de Rh negativo, anemias aplásticas, leucemias, y otros estados patológicos y quirúrgicos, (miomectomías, cesarias), incluyendo algunos de tipo mental y nervioso. Se logran con esto espaciar el embara-

zo o planificarlo ya sea para determinar una fecha de acuerdo con la evolución de la enfermedad que se presente, o con la cirugía gineco-obstétrica que se haya practicado evitando complicaciones y que el estado general se agrave y comprometa la vida de la futura madre, al igual que la del feto mismo .

(3,12)

b) Se han reportado resultados favorables en pacientes afectas de acné; por un proceso similar que obra en algunas embarazadas acnéicas sin que se encuentre hasta la fecha una explicación clara de ese modo de acción.

c) En casos en que se desea aplazar la menstruación con ciclos normales, por que se tengan acontecimientos "especiales" tales como: competiciones deportivas, viajes, exámenes, noche nupcial, etc., pueden indicarse los anovulatorios.

### 3o. INDICACIONES EN PLANIFICACION FAMILIAR

A) Donde más auge ha tomado el empleo de los anovulatorios es en la OVULISTASIS, por lo que me permito hacer en síntesis una breve descripción del mecanismo de acción: aunque era conocido desde hacía tiempo que durante la fase luteíni-

ca, es decir que en presencia de progesterona y estrógenos, no se producía casi nunca una concepción, fueron Pincus, Rock y colaboradores los primeros en desarrollar en la quinta década de este siglo el método de la ovulistasia hormonal por vía oral. Se basa este método en el hecho fundamental de que las hormonas sexuales inhiben los centros endócrinos y estimulan los periféricos o eferentes. Así dichos investigadores encontraron una asociación de gestágenos y estrógenos que permitía inhibir la maduración y dehiscencia del folículo y producir, simultáneamente, pseudomenstruaciones regulares.

Análogamente a como sucede en un embarazo temprano, los gestágenos y estrógenos frenan la función del sistema diencéfalo-prehipofisario; lo que tiene como consecuencia que se reduzca la producción de gonadotropinas en el lóbulo anterior de la hipófisis.

Como resultado de esta inhibición de los centros, se suprimen los estímulos que provocan la maduración y dehiscencia del folículo. El ovario permanece en reposo de modo semejante a lo que sucede durante la gravidez. De la determinación de estrógenos

urinarios se deduce que la función ovárica vegetativa no cesa totalmente durante el tratamiento pues se produce aproximadamente un tercio de la cantidad fisiológica de estrogénos. Unos dos, o tres días después de suprimir el tratamiento se produce la hemorragia por deprivación. El tratamiento debe reanudarse inmediatamente a fin de seguir manteniendo la ovulación. Cuando se interrumpe definitivamente el tratamiento, se producen rápidamente ciclos bifásicos, a veces con fase de maduración folicular algo alargadas. En los meses que siguen al tratamiento se registra una mayor incidencia de embarazos, de forma que se admite que tiene lugar el fenómeno de rebote. Actualmente se recomiendan dos métodos diferentes:

1o. Tratamiento con gestágenos y estrógenos del 5o. al 24 o 25 días del ciclo. Durante el tiempo que dura el tratamiento se administra diariamente una gragea de progestágeno. Su empleo origina una reducción de la excreción de gonadotropina y una transformación prematura del endometrio. Durante los últimos diez días de tratamiento, las glándulas endometriales tienden a la regresión y el estroma a edematizar-

se. Unos 2-3 días después de suprimir el tratamiento se presenta una hemorragia por deprivación, generalmente debil similar a la menstruación.

A raíz del tratamiento con asociaciones gestágeno-estrógeno, se producen inmediatamente cambios físico-químicos del tapón de moco cervical, análogamente a lo que sucede en la fase lútea. El fenómeno de arborización desaparece, con lo que se crea un estado desfavorable para la migración de los espermios a través del conducto cervical. De los resultados de los exámenes endometrial y cervical durante el tratamiento oral con ovulísticos hormonales se desprende que, además de la inhibición de la maduración y dehiscencia del folículo existen otros dos mecanismos de acción que si bien no hacen imposible la concepción, proporcionan una cierta protección.

Se dispone así de un triple mecanismo:

- 1o. Protección absoluta por inhibición de la ovulación.
- 2o. Protección relativa por falta de transformación en la segunda fase.
- 3o. Protección relativa por cambios del tapón de moco cervical

(1,6,7,11,13)

CONTRAINDICACIONES:

Se ha especulado suficiente, en congresos, seminarios, sesiones sobre la existencia de las contraindicaciones de los ovulistáticos, no habiendo nada concluyente hasta la fecha.

Sin embargo esta discusión toma asiento en base a dos aspectos:

- 1o. La experimentación llevada a cabo en animales de laboratorio.
  - 2o. Porque la píldora está formada por dos hormonas que tienen contraindicaciones específicas cada una.
- 1o. Debido a la posibilidad de producir carcinomas en los dos órganos efectores principales, útero y mama, a consecuencia de una terapéutica estrogénica. En numerosos experimentos llevados a cabo en animales de raza pura muy cruzados entre sí, se consiguió producir tumores malignos empleando dosis muy elevadas de estrógenos, no solo en los dos órganos mencionados, sino también en los riñones, epidídimo, esqueleto, ganglios linfáticos, etc. En la mayoría

de los casos no es posible reproducir estos resultados en otra especie, raza o cepa de animales. Estas condiciones experimentales no encuentran equivalencias en la clínica humana. En humanos no es posible producir una verdadera carcinogénesis trastornando el equilibrio endócrino o administrando estrógenos.

Hay que advertir, sin embargo, que el tiempo de latencia entre el comienzo del estímulo y la manifestación del tumor abarca, seguramente varios años.

Otros estudios se ocupan de investigar si el efecto proliferativo de los estrógenos que se manifiesta en casi todas las mucosas, es capaz de desencadenar o de acelerar el crecimiento de un tumor maligno ya existente. Hay que aceptar esta posibilidad ante ciertos tumores genéticamente determinados. Los resultados experimentales correspondientes dan motivo para considerar a los estrógenos como sustancias carcinogénicas condicionadas. Observaciones similares efectuadas en humanos son extremadamente raras.

Se acumulan, en la bibliografía los casos de niñas recién nacidas "cromosómicamente femeninas" con signos de virilización

(clítoris aumentado, anomalías de los labios,) a cuyas madres se les había administrado gestágenos durante los primeros meses de gestación. De la anamnesis pudo deducirse, en la mayoría de los casos, que había sido administrado etiniltosterona, etinil-nor-testosterona o metil-nor-testosterona. (7) (11,13).

Actualmente con la asociación de estrógenos y progesterona a las dosis terapéuticas no se ha reportado anomalía alguna.

Sin embargo en principio por lo antes mencionado, se han seguido ciertas normas, en cuadros clínicos evolutivos y entidades que se consideran que contraindican el uso de contraceptivos orales entre los cuales pueden presentarse los siguientes:

a) Varices avanzadas o con problemas vasculares previos, tipo tromboflebitico; en vista que se cree que estos medicamentos y máxime los derivados de la testosterona aumentan la coagulabilidad sanguínea, se ha hablado referente a síndromes pulmonares causados por problemas vasculares no aparentes con el uso de progestágenos, o sean problemas ve-

nosos profundos (3).

- b) Se cree que estos medicamentos, los esteroides, predisponen a la colestasis por metabolismo de los mismos; es mejor abstenerse de usarlos ante una enfermedad hepática o antecedentes de la misma para evitar colestasis, ictericia o cloasma ya que se han presentado casos con este tipo de problemas (3)
- c) En cardiopatías avanzadas debe serse muy prudente a no usarlos, para evitar aumento de líquido por retención y complicación de la cardiopatía. Aunque con los progestágenos actuales de dosis mínimas ya no se ha observado (3,12).
- d) En nefropatías avanzadas asociadas a hipertensión, mejor si no se usan para evitar el problema antes mencionado.
- e) No deben usarse los ovulistáticos si está presente un cáncer de la mama, si se sospecha o si ha sido tratada por esa dolencia una mujer, en vista que en la mama hay tumores hormonodependientes que se activan. Tan es así que en algunos casos se recomienda la coforectomía bilateral. Algunos autores consideran que sucede algo parecido en cáncer del cervix (7).

f) En pacientes afectas de úlcera duodenal o gástrica están contraindicados los anovulatorios.

#### EFFECTOS SECUNDARIOS DE LOS ANOVULATORIOS:

Podemos decir que casi no se presentan efectos secundarios; dependiendo en muchos casos estos supuestos efectos, de alguna patología previa o que aparezca durante el tiempo en que están tomando el medicamento; así mismo, influye bastante en su manifestación el estado psíquico o emocional y ciertos prejuicios que tenga la paciente, ya sea por ignorancia, desconocimiento, mala interpretación o por pláticas o conceptos erróneos vertidos por otras pacientes, las cuales han tenido cierta repercusión. Otro factor que debe tomarse en cuenta, es el que nse presenta cuando la paciente los toma en forma forzada, es decir por presión del esposo o cuando algún motivo religioso los hace pensar que están cometiendo sacrilegio o cuando no puede usarse otro método para la planificación familiar.

Entre los efectos secundarios más frecuentes podemos citar:

a) Intolerancia gástrica, mareos, vómitos ocasionales, meteorismo, cefalea de distinta intensidad. También se ha observado

con cierta frecuencia la disminución de la cantidad menstrual acortamiento del número de días del sangrado, y en algunas pacientes llega a presentarse amenorrea. En ciertos casos de hipermenorrea esto ocasiona molestias; las que se evitan al suprimir el exceso de hemorragia.

- b) Hay pacientes que pueden presentar frigidez y disminución de libido sexual.
- c) Así mismo puede aparecer o agravarse el cloasma.
- d) Otras pacientes presentan aumento de peso por retención hídrica atribuible a un aumento de la aldosterona secretada por las suprarrenales.;
- e) La ginecomastia puede presentarse en los lactantes cuando se inicia el tratamiento al tercer día del post-partum, como ciertos autores acostumbran y en casos esporádicos puede aparecer disminución de la libido sexual y mastalgias durante los primeros meses del puerperio. Así mismo hay cierta tendencia a la disminución de la lactancia al iniciar el tratamiento con anovulatorios.

Estos efectos colaterales se presentan en un 25 a 35% máximo en

los primeros ciclos de tratamiento y disminuye conforme el tiempo transcurre o sea que puede hablarse de los primeros ciclos como períodos de adaptación (3,11,7)

## MATERIAL Y METODO

Para el efecto, se tomó un grupo de pacientes que asisten a consulta a la CLINICA DE LA ASOCIACION PRO-BIENESTAR DE LA FAMILIA DE GUATEMALA. El estudio comprende la revisión de doscientos casos clínicos tomados al azar que oscilen desde nueve años hasta dos meses.

Al revisar los doscientos expedientes se tomó como rutina los siguientes lineamientos de estudio y control efectuados en dicha clínica:

- 1o. HISTORIA CLINICA GENERAL con enfoque principal en antecedentes gineco-obstétricos, edad, paridad, abortos. F.U.P. hijos vivos. F.U.R. antecedentes vasculares y de usos de anovulatorios orales.
- 2o. Exploración física general y ginecológico, con especial atención en mamas y pelvis.
- 3o. Papanicolaou inicial y luego cada seis meses.
- 4o. Control de peso, menstruación, período latente, ciclo efectuados y frecuencia de relaciones sexuales.

EDAD	ENTRE 15 y 20 años	24
	" 20 25 años	59
	" 25 30 años	62
	" 30 35 años	36
	" 35 40 años	15
	" 40 44 años	<u>4</u>
	TOTAL.....	200
PARIDAD:	MENOR	1
	MAYOR	11
	PROMEDIO	3.9
ABORTOS:	MENOR	0
	MAYOR	10
	PROMEDIO	2.7
HIJOS VIVOS:	MENOR	1
	MAYOR	11
	PROMEDIO	3.3
HIJOS CON ANO-		0.5%
MALIAS CONGENITAS	MAYOR	4 años
	MENOR	2 años
FECHA ULTIMO		
PARTO:	MAS TARDIO	9 años
	MAS RECIENTES	9 meses
	PROMEDIO	1 año 6 meses
EXAMEN FISICO GENERAL:		173 normales
		27 anormales
VARICES MIEMBROS INFERIORES		27
EXAMEN MAMAS		200 normales
		0 anormales

EXAMEN PELVIS	191 normales 9 anormales
CERVICITIS	9
PAPANICLAOU	I 127 II 14 III 6 IV 1 52
AUN NO REPORTADOS	
CICLOS TERMINADOS	358 No. de pacientes 200
MENOR NUMERO DE CICLOS	1
MAYOR NUMERO DE CICLOS	37
NO HABIAN TOMADO ANOVULATORIOS ANTES DEL TRATAMIENTO	117
TOMARON ANOVULATORIOS PREVIAMENTE	83
CICLOS MAS CORTOS	23 días
MÁS LARGO	40 días
PROMEDIO	28 días.
MENSTRUACION:	
DURACION LA MAS CORTA	1 día 2 pacient.
LA MAS LARGA	8 días 4 pac.
PROMEDIO	3-4 dias.
CANTIDAD: ESCASA	62
MODERADA	118
PROFUSA	20
PERIODO LATENTE: MENOR	1
MAYOR	8
PROMEDIO	3-4

PESOS:	MINIMO	81 lbs.
	MAXIMO	182 lbs.
	PACIENTE CON AUMENTO DE PESO	22 lbs.
	AUMENTO MAXIMO	5 lbs.
	AUMENTO MINIMO	1 lbs.
	PROMEDIO DE AUMENTO	2 lbs.
PACIENTES	CON DISMINUCION DE PESO	11 lbs.
	DISMINUCION MAXIMA	6 lbs.
	DISMINUCION MINIMA	2 lbs.
	PROMEDIO	3 lbs.

FRECUENCIA DE COITOS:		
	MENOR NUMERO	1 pqr dos semanas
	MAYOR NUMERO	12 por semana
	PROMEDIO	3-4 por semana
AUMENTARON EL NUMERO DE COITOS		28 pacientes

EFFECTOS SECUNDARIOS:		
	MANCHAS HEMORRAGICAS	1 caso
	HEMORRAGIAS INTERMEDIAS	0 casos
	NAUSEAS	5 casos
	MAREOS	3 casos
	CEFALEA	5 casos
	DISMENORREA	5 casos
	CLOASMA	0 casos
	SUEÑO	0 casos
	DOLOR EN VENAS DE MIEMBROS INFERIORES	0 casos
	OMITIERON PILDORAS	6 casos

INGRESO MENSUAL:		
	MENOR	Q0.00
	MAYOR	Q250.00
	PROMEDIO	Q40.00

ESTADO CIVIL

SOLTERAS  
UNIDAS  
CASADOS

6  
84  
110  
(5,8)

### COMENTARIO

El mayor porcentaje de mujeres asistentes oscilan entre los veinte y treinta y cinco años, correspondiendo a la mayor reproductividad.

El promedio de paridad en las mujeres cuyas historias clínicas se revisaron sus records fué de 3.9 con mínimo de 1 y máximo de 11.

El número de abortos fluctuó entre 0 y 10 con un promedio de 2.7 que en relación al promedio de paridad representa el 19.2% de incidencia, cifra que continúa siendo alta en nuestro medio, según literatura revisada de otros países ha disminuido esta incidencia.

El tiempo transcurrido entre el último parto y la búsqueda del empleo del método oral para el control de planificación familiar ha sido variable en este grupo de pacientes en su inicio muy prolongado, pero actualmente, desde hace tres años, es de un año de promedio.

Los datos encontrados con respecto a la menarquia, caracteres del ciclo y menstruación coinciden con reportes de otros autores, La incidencia de dismenorrea, tensión premenstrual y

cefalea están ligeramente por debajo a otras estadísticas publicadas.

Es de primordial importancia que antes de prescribir ovulitáticos orales, se realice un examen físico general para detectar anomalías sobre todo en mamas y pelvis que al identificarse tardíamente dieran lugar a interpretación errónea. En el grupo estudiado se encontraron 32 casos de tricomoniasis y 4 de moniliasis asintomáticas determinadas por examen citológico. Esto nos hace pensar que el grupo de mujeres estudiadas en este aspecto la incidencia de tales infestaciones es menor comparado con otros estudios.

Además llama la atención que al informar el resultado del examen los reportes de papnicolaou determinaron 6 casos de G.III o sea sospechosos, de los cuales durante el examen seriado 4 resultaron negativos y 2 permanecieron idénticos; hubo un caso de G IV o sea positivo, correspondiendo al caso de Ca. insitu uterino encontrado en nuestro grupo. 52 casos no habían sido recibidos los informes al momento de la encuesta, por ser pacientes nuevas y en otros casos no se le efectuó por ser pa -

cientes nuevas que se presentaron con menstruación al examen unas, y otras en puerperio reciente.

Es importante hacer notar que a la clínica asistieron mujeres de distinto nivel cultural, predominando en el grupo revisado pacientes con educación primaria incompleta.

## SUMARIO

Se efectuó el presente trabajo tomando al azar 200 casos clínicos como material de estudio de la Clínica de la Asociación Pro-Bienestar de la Familia de Guatemala.

En la primera parte se hace una breve descripción del apareamiento de los anovulatorios por la vía oral, de las indicaciones, contraindicaciones y efectos secundarios.

En la segunda parte tomando en cuenta los datos obtenidos de los archivos médicos de la Asociación Pro-Bienestar de la Familia de Guatemala, se analizan los 200 casos que asistieron a la clínica tomando en cuenta los siguientes aspectos:

- 1o. Historia clínica general con enfoque principal sobre antecedentes gineco-obstétricos, edad, paridad, abortos, fecha último parto, hijos vivos fecha última regla, antecedentes de padecimientos vasculares y antecedentes de uso de contraceptivos orales.
- 2o. Examen físico general y ginecológico.
- 3o. Papanicolaou . 4o. Control de peso, características de

la menstruación, efectos colaterales. En tercer lugar se hace un comentario de los hallazgos encontrados y finalmente se establecen conclusiones.

### CONCLUSIONES

10. Cuando se indique un ovulístico oralmente, la paciente debe estar bajo control médico, hacerle examen físico general con enfoque en mamas y órganos pelvianos, evaluación endocrinológica, examen citológico previo al inicio del tratamiento y luego cada 6 meses si el primer ha sido reportado negativo.
20. Todos los progestágenos orales tienen sus indicaciones, contraindicaciones, complicaciones y efectos colaterales, por lo que por norma deben usarse los de menor dosis que dan el mismo efecto reduciéndose así los efectos colaterales.
30. Al indicar los anovulatorios en el post-parto debe tenerse presente la posibilidad de que disminuye la lactancia cuando se indica en el puerperio mediato, motivo por el que se recomienda indicarlos en el puerperio tardío o sea 40 días más o menos y de preferencia los de baja dosificación como son de medio a un miligramo ya que la lactancia materna en nuestro medio es de vital importancia para el desarrollo del recién nacido.

40. A pesar de que en nuestro medio los ovulistáticos ya eran conocidos por el gremio médico, es hasta hace tres escasos años que principiaron a tomar auge, y muchas pacientes se automedican por lo que es necesario hacer conciencia entre los médicos generales de las complicaciones, para que por medio de él haga a su vez una divulgación científica dirigida a sus pacientes, o clientela privada evitando así consecuencias no deseadas.
50. De acuerdo con el número de casos revisados se comprende que el menor número de abortos fue de 0 y el mayor de 10 con un promedio de 2.7 abortos, cifra considerable que indica la conveniencia del mayor uso de progestágenos orales para evitar ese porcentaje elevado de mujeres que abortan, ya que provocan morbilidad y mortalidad materna.
60. Los efectos secundarios de una terapéutica con gestágenos orales pueden evitarse con el empleo exclusivo de esteroides progestacionales que carezcan de el efecto andrógeno como se demuestra en la experimentación con animales y que no producen en los humanos virilización

intrauterina.

70. La efectividad del tratamiento con ovulistáticos no depende en buen porcentaje solo de la enferma, sino que también de la forma como el médico o visitadora social le presente el método en su primera visita. En ciertos casos me permito recomendar que se disponga de un psicólogo o psiquiatra, como consultor en aquellas circunstancias que por la actitud de la paciente, se crea indicado un estudio de la personalidad.

BIBLIOGRAFIA

- 1o. CLADERONE, MARY S. Técnicas Anticonceptivas México Editorial Interamericana S.A 1966 pp. 198-219
- 2o. CURTIS, ARTHUR HALE Y HUFFMAN, JOHN WILLIAM. Ginecología 3a. Ed. Barcelona, Salvat Editores S.A. 1953 pp 120-128.
- 3o. GARCIA, CELSO RAMON Y PINCUS, GREGORY. Consideraciones clínicas sobre la primera Regulación de la Fecundidad Humana con Hormonas de uso bucal Clínicas Obstétricas y Ginecológicas de Norte América. Sep. 1964 pp. 44-854.
- 4o. GRAY, LAMAN. Tratamiento de Endometriosis que afecta el intestino Clínicas Obstétricas y Ginecológicas de Norte América. Jun. 1966. p. 324.
- 5o. GUATEMALA: Asociación Pro-Bienestar de la Familia de Guatemala. Archivos de la Asociación 1969-1968.
- 6o. HAVEMAN, ERNEST. La Píldora. Life Científica 1:41-51 sep. 1967.
- 7o. MATEOS CANDAMO, MANUEL Y RUSTRIAN AZAMAR, ALFREDO. Metodología de investigación en la tercera etapa de estudios de anticonceptivos orales. Reunión Nacional de Ginecología y Obstetricia. 14ava., León Gto. 19-22 oct. 1966 México, Hospital A.B.C., Depto de Inv. med. 1966. 15 p.
- 8o. MEARS, ELEONOR. Manual Médico Anticonceptivo Oral. México, Editorial Pax México, 1967, pp 17-18, 39-48, 53-96.

- 9o. NOVAK, EDMUND R. y JONES, GEORGEANNA SEEGAR. Tratado de ginecología 7a. Ed. México, Editorial Interamericana S.A. 1966 pp. 18-19, 513-654.
- 10o. NOVAK, JOSEF. Terapeutica Ginecologica Buenos Aires, editorial Médica Panamericana 1964. pp. 132-138.
- 11o. PINCUS, GREGORY. El Control de la Fecundidad 2a. Ed. México, editorial Pax México 1968. pp. 206-291.
- 12o. ROVINSKY, JOSEPH J. y GUTTMACHER, ALAN F. Complicaciones Médico Quirúrgicas y Ginecologicas en el Embarazo. 2a. Ed. México, editorial interamericana S.A. 1967 pp 3-47.
- 13o. UFER, JOACHIM, Hormonoterapia en Gineco-Obstetricia 2a. Ed. Madrid, editorial Alhambra S.A. pp. 1-54-135.

Vo.Bo.

  
Ruth R. de Amaya  
Bibliotecaria

BR. CESAR SALAZAR MENDEZ

DR. LUIS FERNANDO GALICH L.  
Asesor

DR. CESAR ENRIQUE MONROY  
Revisor

DR. AQUILES JIMENEZ PINTO  
Director  
Departamento de Ginecología  
y Obstetricia.

Dr. FRANCISCO VILLAGRAN M.  
Secretario General

Vo.Bo.

DR. JULIO DE LEON M.  
Decano