The seal of the University of San Carlos of Guatemala is a circular emblem. It features a central figure of a man on horseback, likely a saint or historical figure, surrounded by various symbols including a crown, a lion, and architectural elements. The Latin text "UNIVERSITAS SAN CAROLIS CONSPICUA CAROLINA ACQUAVIVA COACTEMALENSIS INTER" is inscribed around the perimeter of the seal.

EVALUACION DE DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS
COMO MEDIO DE ANTICONCEPCION

(Estudio retrospectivo de 1807 casos estudiados
en Clínicas Centrales de APROFAM, Año 1980)

MARIO ROLANDO DE LEON SOLIS

CONTENIDO DE TESIS

I	INTRODUCCION
II	ANTECEDENTES
III	OBJETIVOS
IV	HIPOTESIS
V	MATERIAL Y METODO
VI	DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS
	6.1 Historia
	6.2 Descripción
	6.3 Mecanismo de acción
	6.4 Indicaciones
	6.5 Contraindicaciones
	6.6 Procedimientos
	6.6.1 Inserción
	6.6.2 Efectos colaterales
	6.6.3 Complicaciones
	6.6.4 Precauciones
	6.6.5 Extracción
VII	PRESENTACION DE RESULTADOS
VIII	ANALISIS DE RESULTADOS
IX	CONCLUSIONES
X	RECOMENDACIONES
XI	BIBLIOGRAFIA
XII	ANEXOS

I INTRODUCCION

Al escoger el tema Evaluación de Dispositivos Intrauterinos como medio de anticoncepción como punto de tesis, lo hice inspirado en el deseo de buscar la realidad de los problemas que puede ocasionar el uso del Dispositivo Intrauterino (DIU).

Hay una gran variedad de bibliografía como material de consulta en lo que respecta a anticonceptivos, y el desarrollo de la tesis lleva como fondo principal dar a conocer el tipo de anticonceptivos intrauterinos que más comunmente se utilizan en las Clínicas Centrales de la Asociación Pro-bienestar de la Familia de Guatemala y obtener datos estadísticos propios del dispositivo intrauterino usado durante el período del 1o. de enero al 31 de diciembre de 1980 y que este estudio pueda servir de base y/o orientación a futuras investigaciones de planificación familiar o control de natalidad.

Durante largo tiempo fue un sueño irrealizable tener un hijo cuando se lo desea, en el momento en que el hogar está dispuesto a recibirlo, en que los cuidados que exige, el amor a que tiene derecho y la educación que espera de su familia, podrán ser realizados en las mejores condiciones. ¿Cuántos niños no amados nacieron así por el azar de un encuentro?

Pero hoy en esto posible, gracias a la anticoncepción, que es el conjunto de métodos que le permiten a la pareja no tener hijos mientras no lo desee y, hay varios factores que intervienen en la selección de un método anticonceptivo. Entre ellos la actitud general de la comunidad, ejerce una gran influencia para la aceptación de los métodos anticonceptivos.

Aceptabilidad de un método significa el grado de consistencia o regularidad, con el cual una pareja usa rá un método dado.

El renovado interés por los dispositivos intrau terinos como método eficaz y conveniente para el con trol de la natalidad se debe a factores. El primero es la existencia de plásticos inertes que pueden enderezar se para facilitar su introducción y recuperan su forma original, en la cual son retenidos por el útero. El se gundo es el hecho de que las mujeres de escasos recur sos se benefician en mayor grado cuando se elimina la necesidad de un uso reiterado, como el que se requiere en la mayoría de los métodos anticonceptivos. Los dis positivos intrauterinos ofrecen varias ventajas adicionales que hacen recomendable su uso. Aunque no se ha explicado completamente la forma como actúan en las mujeres, su efecto anticonceptivo no puede atribuirse a ningún efecto sistemático conocido. Los problemas que implica su distribución inicial y las subsecuentes son menores que los correspondientes a los anticonceptivos orales, y el precio de los dispositivos intrauterinos es insignificante. No obstante que el control intrauterino no es tan efectivo como el que proporcionan los mejores compuestos de administración oral, su razón empleo-eficacia es más alentadora que la de métodos anticon ceptivos tradicionales.

Las complicaciones debidas a dispositivos in trauterinos son, por supuesto, diferentes de las que oca sionan los anticonceptivos hormonales, pero son cas i igualmente comunes. Además, el promedio de interrupciones o abandonos parece ser aproximadamente el mismo en ambos métodos de control de la natalidad.

Los datos referentes a empleo-eficacia e inte rrupciones son más precisos en el caso de los dispositi vos, ya que éstos se basan principalmente en progra mas cuidadosamente supervisados en los Estados Uni

dos de América y otros países.

La investigación básica y clínica sobre disposi tivos ha encontrado menos obstáculos que los corres pondientes al estudio de los anticonceptivos hormona les. Ambos métodos son sumamente efectivos y cada uno de ellos ofrece ventajas y tienen indicaciones espe cificas. (7).

II ANTECEDENTES

- El Dr. J. H. Davis informa pública y favorablemente sobre sus resultados y establece el dispositivo como un anticonceptivo aceptado medicamente.

Bibliografía: Davis, H. J., Intrauterine Devices for Contracepcion: the IUD Baltimore, Williams & Wilkins Co., 1971. 210 p.

- El Dr. R. L. Webster informa de "Dolor estomacal inferior y dolor de espalda, similar a la dismenorrea normal de la paciente, fueron experimentado por la mayoría"

Bibliografía: Webster, R. L. Intrauterine Contraceptive Devices in general practice. Practitioner-207: 84-90. 1971.

- El Dr. E. Guttorm. Encontró anemia más común en mujeres que usan DIU que en las que no usan, esto debido a los sangrados menstruales.

Bibliografía: Guttorm, E. Menstrual Bleeding With intrauterine contraceptive devices. Acta Obstreticia et Ginecologica & Scandinavica 50: 9-16. 1971.

ANTECEDENTES POR AUTORES NACIONALES

Es nuestro medio, se ha escrito e investigado poco acerca de las diferentes causas que determinan el por que la mujer guatemalteca utiliza el dispositivo y los efectos de éste.

Resultado de esto, es que en el año 1,971 el Dr. Gui

l'epmo Glauser Pira realizó una investigación sobre el tema de Explosión Demográfica Mundial, el uso de anticonceptivos y en sus conclusiones sí está de acuerdo al uso de dispositivos para la planificación familiar.

En el año de 1977 el Dr. Jorge Mario Baldizón Ozaeta en su investigación "El Dispositivo intrauterino como anticonceptivo, su aversión y efectos psicossomáticos" determina no haber encontrado ningún efecto psicossomático por el uso del DIU.

En el año 1978 el Dr. José Emilio Almaráz Anleu en su investigación "Evaluación del uso de la T de cobre" concluyó que el mayor número de usuarias fueron de la 3a. década de vida, también encontró que las pequeñas multíparas demostraron un mayor interés en su uso, no así las nulíparas.

No encontró relación entre su uso y el cáncer uterino,

En el año de 1980 el Dr. Carlos Ivan Vanegas Pérez en su estudio "Dispositivos intrauterinos" concluyó también en que las mujeres que usan DIU son mujeres jóvenes y pequeñas multíparas.

Recomienda el fomento de nuevas investigaciones sobre dispositivos intrauterinos en general por la tendencia actual a incrementarse el uso del DIU por su bajo costo.

III OBJETIVOS

- 1.- Estudiar el DIU como método anticonceptivo y como medio de beneficio para evitar embarazos no deseados, así mismo las indicaciones, contra indicaciones, efectos colaterales y complicacio nes.
- 2.- Describir los requisitos y condiciones para in sertarlo y para retirarlo, también consideracio nes acerca de como actúa en la mujer.
- 3.- Estudiaremos el tratamiento de las complicacio nes que se presentan por el uso del dispositivo, como ayuda e interés de todos en general.
- 4.- Demostrar la efectividad del uso del dispositivo intrauterino.
- 5.- Contribuir con esta investigación a futuros tra bajos sobre el DIU en nuestro medio.

IV HIPOTESIS

Las usuarias del Dispositivo Intrauterino (DIU) como método anticonceptivo son en su mayoría personas de nivel socio-económico bajo, que buscan el uso del DIU como factor determinante para contro lar la natalidad.

V MATERIAL Y METODO

MATERIAL

- Para la consecuencia de este trabajo de investigación, se contó con la colaboración del Personal Médico de las Clínicas Centrales de la Asociación Probienestar de la Familia de Guatemala.
- Se contó además con la ayuda del Departamento de Archivo de la misma institución que proporcionó los registros médicos correspondientes.
- Revisión bibliográfica de libros de texto y tesis de grado sobre el tema.
- Biblioteca de la Asociación Pro-bienestar de la Familia.
- Biblioteca del Hospital Roosevelt.
- Biblioteca Central de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

METODO

- Se procedió a elaborar un listado de papeletas de las mujeres que escogieron el DIU utilizando como referencia el libro de registro correspondiente.
- Se procedió a la revisión individual de las papeletas, recabando los datos necesarios de cada una de ellas.

- Se agruparon y tabularon los datos, procediendo a la elaboración del informe.
- Análisis e interpretación de los datos contenidos en el informe.
- Se contó con los siguientes recursos:

Humano: Asesor: Dr. Luis F. Galich
Revisor: Dr. César E. Monroy
y el autor del trabajo de investigación.

VI DISPOSITIVO INTRAUTERINO

HISTORIA

En algunas culturas los hombres reafirman su virilidad, engendrando hijos, no importándoles el papel que juega su responsabilidad como padres. Lo mismo sucede con algunas mujeres, su prestigio de mujer está de acuerdo al número de hijos que hayan tenido, para algunas mujeres el embarazo es un medio de autoafirmación.

A través de la historia del hombre, el nacimiento de un hijo ha sido motivo de regocijo y sigue aún siendo así, para aquellas personas que lo desean. La unión de un hombre y una mujer, no solamente se hace por que desean procrear, pero sin previa preparación el resultado de un embarazo no se hace esperar. A menudo un hijo no esperado conlleva serios problemas a la vida familiar, muchos más en aquellos casos de madres o señoras con poca salud.

Desde tiempos históricos se tiene conocimiento del uso de técnicas y métodos anticonceptivos nada recomendables, no solo por su ineficacia como por los peligros que representan su uso; algunos métodos destructivos como el infanticidio y el aborto, métodos sociales, como el celibato y el matrimonio tardío y métodos que varían como el coitus interruptus, la ingestión de brebajes de hierbas o inserción de varios tipos de barreras que son un atentado contra la salud y hasta la vida de la mujer.

Ha sido a través de todas las épocas, una constante preocupación el poder controlar la mujer su propia fecundidad y en el hombre la responsabilidad de em-

barazar a su pareja. Haciendo un poco de historia podríamos llegar por los años 1850 A. C. con un texto médico llamado "Petri" o "Kahun", que data del reino de Amenhat III, en Egipto; otro fue encontrado en Lurox por el año 1873 A.C., conocido como papiro "Ebers" el cual aún se exhibe en la Universidad Carlos Marx en la ciudad de Leipzig, estos dos papiros contenían un buen número de recetas anticonceptivas para la fecundidad, que en un principio se creyó no tenían ningún fundamento, pero que luego se llegó a comprobar que sí tenía una base lógica y cuyos principios son usados a la fecha ya en una forma científica.

La biblia también nos hace referencia de algunas medidas anticonceptivas y de otras que favorecen la fertilidad, usadas en su época, así vemos en la cita Génesis 38: 8-9, en el que hace mención del coitus interruptus, también Génesis 30: 14-16, en donde menciona una planta llamada Mandrágora, la cual tenía propiedades tanto fertilizantes como para propiciar abortos.

En Grecia, Aristóteles hace referencia a la anti concepción en su libro "Historia Animalium" escrita en el siglo IV A.C. y dice así: "Algunos impiden la concepción untando la parte de la matriz en la que cae el semen con aceite de cedro o con unguento de plomo o con incienso mezclado con aceite de olivo", el aceite como se sabe reduce la movilidad de los espermatozoides. También tenían conocimiento de algunos brebajes de plantas y raíces.

Sorano de Efeso, el ginecólogo más importante de la antigüedad, por los años 98 a 138 D.C., practicó la medicina en Roma y escribió técnicas anticonceptivas que pueden conceptuarse como la más original del siglo XIX, entre ellas el Ritmo, y decía así: "La gente se debe abstener del coito en los períodos en que hemos indicado como especialmente peligrosos, es

decir, directamente antes y después de la menstruación". También se tienen conocimientos de algunos que trataron la anticoncepción desde el punto de vista mágico, creían y practicaban algunas formas supersticiosas para no engendrar.

En un texto chino por el año 695 D.C., encontramos la siguiente receta: "Tómese algo de aceite y de mercurio y fríase durante un día sin parar. Tómese una píldora tan grande como una semilla de yayuba con el estómago vacío e impedirá la preñez para siempre y además no causará lesión".

Es así como nos damos cuenta que hasta la fecha se sigue tratando de buscar y perfeccionar medidas anticonceptivas, como una necesidad en la persona misma, que en su angustioso deseo de no engendrar un hijo no deseado, busca las formas menos apropiadas para evitarlo. El embarazo y el hijo no deseado, han sido siempre una pesada carga para la humanidad, generalmente en todo el mundo hay gente que desea tener el número más grande de hijos que pueda crear satisfactoriamente. Pero la mayoría tienen más de los que hubieran deseado, algunos padres dejarían de tener hijos si supieran como hacerlo, porque están concientes de que sus hogares están superpoblados, y de la responsabilidad que cada miembro de la familia representa. (9)

DESCRIPCION

Es un aparato de forma variada que se deja colocado en el útero para evitar la concepción. Es un dispositivo de forma y material variado considerado médicamente aceptable. (8) (Ver anexo 2)

Se describen a continuación varios de ellos, el orden de colocación no indica preferencia alguna, pero en el presente estudio se encontró que los dos primeros son los más utilizados en APROFAM, del tercero al quin

to, rara vez y del sexto en adelante no se efectuó inserción, por lo tanto del 6o. al 15o. no se describen, solamente se presentan en dibujo ya que estos se pueden obtener libremente en el comercio.

Asa de Lippes:

Moldeado en inyección de polietileno alathon-20 con superficie de sulfato de bario para radiopacidad; dos hilos cervicales de nylon; disponible en cuatro tamaños, el más pequeño A y el tamaño más grande D. (10)

T. de Cobre:

Moldeado en inyección de polietileno con sulfato de bario adicional para radiopacidad; lleva 200 mm² de cobre en alambre enroscado alrededor del eje vertical; dos hilos cervicales. (10)

7-Cu (Gravigard):

Moldeado en inyección de polipropileno homopolímero con sulfato de bario para radiopacidad; tiene 200 mm² de alambre de cobre enroscado a lo largo del eje cervical; lleva hilo cervical. (10)

Escudo de Dalkon:

Dispositivo de tipo membrana hecho de acetato-vinil etileno (AVE) con sulfato de bario adicional para radiopacidad; tiene aletillas laterales que buscan el fondo; hilo cervical hecho de multifilamentos cubiertos con un plástico delgado; disponibles en dos tamaños, uno para nulíparas y otro para múltiparas. (10)

Saf-T-Coil:

Moldeado en inyección de acetato vinil etileno (AVE) copolímetro con sulfato de bario para radiopacidad; hilos cervicales de nylon; disponible en tres tamaños, el más pequeño modelo 25S y el más grande modelo 33S. (10)

MECANISMO DE ACCION

Se pensó que el DIU aumentaba la motilidad tubaria causando que el blastocito llegara al útero antes de que el endometrio estuviera preparado para la implantación. Sin embargo, los conocimientos actuales hacen pensar que los dispositivos convencionales e inertes funcionan como cuerpos extraños que producen una respuesta inflamatoria local estéril. Los leucocitos polimorfonucleares pueden producir lisis del espermatozoide o del blastocisto.

El mecanismo de acción de los dispositivos que contienen cobre probablemente se realiza mediante otro proceso además del efecto propio del dispositivo.

Los trabajos de H. Tatum confirman este punto.

Tatum encontró que el DIU en forma de T (T de Tatum) tenía un alto índice de fracaso, como de 18 embarazos por 100 años mujer, hasta que se le incluyó un alambre de cobre. De alguna manera la presencia del cobre aumentó la eficacia del dispositivo. (11). Aunque no se sabe bien el mecanismo de acción de estos dispositivos con cobre, ya se ha estudiado el efecto de pequeñas concentraciones de cobre liberados en la cavidad uterina.

Los resultados se resumen como sigue (12):

Inhibición de la Anhidrasa Carbónica por competencia con el cobre.

Inhibición de la Fosfatasa Alcalina.
Interferencia con el ADN en el endometrio.
Interferencia con el uso de estrógeno por la mucosa uterina.
Inducción de respuesta inflamatoria similar a la producida por DIUs inertes.
Parece ser que la inmovilización del espermatozoide no es un mecanismo.

INDICACIONES

- a) No permitir la fecundación.
- b) En el Síndrome de Ashermans.

CONTRAINDICACIONES

El embarazo y la enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) activa son las dos contraindicaciones absolutas del uso del dispositivo. Entre las contraindicaciones relativas están la distorsión de la cavidad uterina por miomas, malformaciones congénitas, historia reciente de sangrado vaginal no diagnosticado, uso de sustancias anticoagulantes, enfermedad cardíaca, anemia, dismenorrea, menorragia y sangrado intermenstrual. Se ha dicho que los efectos ocitócicos de la lactancia pueden estimular contracciones musculares uterinas que pueden causar perforación.

PROCEDIMIENTOS

Inserción

Se seguirán las siguientes instrucciones para hacer la inserción:

1. -Al cargar e insertar un dispositivo intrauterino deben tomarse todas las precauciones habituales de asepsia.

- 2.- Colocar sobre una superficie estéril adyacente a la paciente, histerómetro estéril, tenáculo estéril y el insertador cargado. (Siempre que sea posible se efectuará la carga de un dispositivo de plástico inmediatamente antes de la inserción. Si se mantiene cargado el insertador más de cinco minutos es posible que el plástico no recupere su forma original).
- 3.- Realizar exploración bimanual para determinar posición, tamaño, forma, superficie, consistencia, movilidad, relaciones del útero.
- 4.- Fijar el cuello uterino con el tenáculo y hacer tracción suave para disminuir el ángulo existente entre el cuello y cuerpo uterinos.
- 5.- Determinar la profundidad del útero, si la profundidad es menor de 7.5 mm es mayor la frecuencia con que se expulsa.
- 6.- Comprobar visualmente la posición del DIU dentro del insertador antes de introducirlos al útero.
- 7.- Empujar con lentitud y suavidad al trocar hasta que se encuentre completamente dentro del insertador.
- 8.- Extraer por completo el trocar para evitar que arrastre o encorve el dispositivo; una vez realizado esto, retirar el insertador. (5)
- 9.- Se aconseja tomar la muestra para Papanicolau.

El DIU puede insertarse en cualquier momento del ciclo menstrual, pero muchos médicos prefieren hacerlo durante la menstruación misma o inmediatamente después; procediendo así es casi seguro que no habrá ya un embarazo y es más fácil manipular la cérvix

en esos momentos.

Además, la pequeña pérdida de sangre que se produce al insertar el dispositivo no es tan evidente para la mujer. Otro aspecto es que si se pide a la mujer que vuelva cuando tenga la próxima menstruación se corre el riesgo de que quede embarazada durante ese tiempo. Otro aspecto para el que hay que tener tacto y comprensión es que para algunas mujeres es embarazoso ir a la clínica para que se les coloque el DIU cuando están menstruando.

Efectos colaterales:

Dismenorrea y menorragia: Quizá durante los primeros tres meses de la inserción, el flujo menstrual puede ser doloroso y algo más abundante. También puede haber sangre mínimo en cualquier otro día del ciclo. Algunas clínicas recomiendan el uso simultáneo de hierro por vía bucal durante varios meses después de la inserción del DIU y durante varios meses cada año.

Enfermedad pélvica inflamatoria (EPI): Suele suceder que el uso de dispositivos y técnicas no estériles haya causado infecciones pélvicas que aparecen 12 horas después de la inserción. También puede haber infección importante después de la inserción de un DIU estéril. En la mayor parte de los casos la cavidad uterina se hace estéril en 30 días después de la inserción del DIU ya que antes pueden reavivarse procesos crónicos.

Expulsión: Se debe recomendar a la paciente vigilar si el DIU permanece en su lugar después de cada menstruación y tocar si hay presencia de material plástico en el orificio cervical. Si la paciente siente dicho material, esto indica una expulsión parcial y debe ir a la clínica de inmediato.

Complicaciones:

Perforación uterina: La colocación de una pinza tipo tenáculo en el labio anterior del cuello y medir el interior de la cavidad uterina en cada inserción, disminuirá la posibilidad de perforación uterina.

Si ocurre perforación a menudo se puede retirar el DIU de la cavidad abdominal mediante laparoscopia. Las adherencias que envuelven al DIU de cobre son fuertes y la sección mediante laparoscopia puede ser difícil.

Inserción: La inserción del DIU puede producir suficiente dolor y estímulo vasovagal como para causar síncope, arritmia cardíaca, convulsiones y hasta paro cardíaco. Afortunadamente, todo esto es raro. - Ocasionalmente se ha empleado Atropina antes de la inserción del DIU.

Precauciones: A toda usuaria que seleccione el DIU debe explicársele claramente en qué consiste y cómo puede cambiarle el patrón menstrual.

Insistir en que la técnica de inserción debe ser estrictamente estéril.

El seguimiento es muy importante y se hará cada 3-6 meses durante el primer año y después cada año.

Leer las instrucciones para la inserción de cada clase de DIU ya que las técnicas son sino iguales, diferentes en cada clase.

Extracción: Podría ser necesario retirar el DIU en cualquier momento después de la inserción, debido a sangrado o dolor excesivo, por otras razones - médicas o por razones personales, por ejemplo: embarazo planeado, divorcio o viudez.

Los DIUs que tienen cola se extraen tirando suavemente de ella con un instrumento adecuado.

Hay ganchos especiales para retirar un DIU si la cola ha desaparecido. Solo se dilata el canal cervical si el retiro es difícil. (13)

CUADRO No. 1

USUARIAS DE DIU DURANTE 1980

Meses	Cantidad	Porcentaje
Enero	174	9.63
Febrero	108	5.98
Marzo	105	5.81 (-)
Abril	144	7.97
Mayo	124	6.86
Junio	141	7.80
Julio	172	9.52
Agosto	134	7.42
Septiembre	163	9.02
Octubre	184	10.18 (+)
Noviembre	183	10.13
Diciembre	175	9.68
Totales	<u>1807</u>	<u>100.00</u>

VII PRESENTACION DE RESULTADOS

CUADRO No. 2

DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS MAS USADOS EN APROFAM

Dispositivo	Usuarías	Porcentaje
Asa de Lippes	1264	69.95
T. de Cobre	487	26.95
7-Cu (Gravigard)	25	1.83
Escudo de Dalkon	18	0.99
Saf-T-Coil	13	0.72
Totales	<u>1807</u>	<u>99.99</u>

CUADRO No. 3 (ver anexo 1)

EDADES DE LAS USUARIAS

Marca de clases	Cantidad	Porcentaje
15 a 19	82	4.54
20 a 24	291	16.10
25 a 29	673	37.24
30 a 34	390	21.58
35 a 39	302	16.71
40 a 44	51	2.82
45 a más	18	0.99
Totales	<u>1807</u>	<u>99.99</u>

CUADRO No. 4

ESTADO CIVIL DE LAS USUARIAS

Estado civil	Cantidad	Porcentaje
Solteras	403	22.30
Casadas	511	28.28
Unidas	759	42.00
Otros	134	7.42
Totales	<u>1807</u>	<u>100.00</u>

CUADRO No. 5

ALFABETISMO DE LAS USUARIAS

	Cantidad	Porcentaje
Saben leer	1351	74.76
No saben leer	<u>456</u>	<u>25.24</u>
Totales	<u>1807</u>	<u>100.00</u>

CUADRO No. 6

ESCOLARIDAD DE LAS USUARIAS

Escolaridad	Cantidad	Porcentaje
Nunca asistió	456	25.23
De 1o. a 3er. año	701	38.79
De 4o. a 6o. año	427	23.63
Secundaria incompleta	163	9.02
Secundaria completa	42	2.32
Universidad incompleta	18	1.00
Universidad completa	0	0.00
Totales	<u>1807</u>	<u>100.00</u>

CUADRO No. 7

GRUPO ETNICO PREDOMINANTE

	Cantidad	Porcentaje
No indígena	1603	88.71
Si indígena	<u>204</u>	<u>11.29</u>
Totales	<u>1807</u>	<u>100.00</u>

CUADRO No. 9

FUENTE DE REFERENCIA PARA USAR
ANTICONCEPTIVOS ACTUALMENTE

Referencia	Cantidad	Porcentaje
Médico	56	3.09
Enfermera	31	1.72
Auxiliar de enfermería	20	1.11
Promotor	0	-
Otra usuaria	854	47.26
Radio	537	29.72
Televisión	0	-
Charla	0	-
Panfleto	103	5.70
Trabajadora Social	206	11.40
Otro	0	-
Totales	<u>1807</u>	<u>100.00</u>

CUADRO No. 10

RAZON PARA USAR ANTICONCEPTIVOS
ACTUALMENTE

Razones	Cantidad	Porcentaje
No tener más hijos	619	34.26
Espaciar hijos	928	51.35
Otro	<u>260</u>	<u>14.39</u>
Totales	<u>1807</u>	<u>100.00</u>

CUADRO No. 8

EMBARAZOS, ABORTOS E HIJOS VIVOS DE LAS USUARIAS

Numero	Embarazos No. de porcentaje	Abortos No. de porcentaje	Hijos vivos No. de porcentaje
0	0	1650	307
1	99	65	283
2	351	61	327
3	673	22	289
4	498	8	403
5	86	1	51
6	34	-	23
7	21	-	11
8	19	-	6
9	16	-	5
+	10	-	2
Totales 1807	100.00	1807	1807
		100.00	100.00

CUADRO No. 11

RAZONES PARA TERMINAR EL USO DEL
DISPOSITIVO INTRAUTERINO

Razón	Cantidad	Porcentaje
Embarazo involuntario	3	4.41
Desea quedar embarazada	26	38.24
Esposo se opone	14	20.59
Considera método dañino	-	-
Se transfirió a clínica privada	-	-
Usuaría fallecida	-	-
Salió del país	-	-
Esterilización	4	5.88
Prefiere anticonceptivos masculinos	21	30.88
Terminación por médico	-	-
Perdió interés	-	-
Menopausia	-	-
Falta de localización	-	-
Otro	-	-
Totales	68	100.00

CUADRO No. 12

Podamos ver que durante el período de 1980 a 1981, las usuarias que abandonaron el uso del DIU, notando que el mayor número de ellas lo hizo en el primer mes de uso, con un total de 184 mujeres, lo que representa el 27.8% del total de usuarias. El mayor número de mujeres que abandonaron el uso del DIU en el primer mes fue el de marzo con un total de 10 mujeres, lo que corresponde al 5.61% del total de usuarias.

Las razones que motivaron el abandono del DIU en el primer mes de uso, se refieren a una variedad de factores, los cuales son los siguientes:

CUADRO No. 13

En este cuadro podemos ver que el 41.5% de las usuarias que abandonaron el uso del DIU durante el año de 1980 fue en el primer mes de uso, lo que representa el 27.8% del total de usuarias.

VIII ANALISIS DE RESULTADOS

De los datos que se obtuvieron en el estudio se puede observar que el 41.5% de las usuarias que abandonaron el uso del DIU durante el año de 1980 fue en el primer mes de uso, lo que representa el 27.8% del total de usuarias.

A pesar de que el uso del DIU en el primer mes de uso es el más alto, esto no quiere decir que el uso del DIU sea inseguro, ya que el mayor número de usuarias que abandonaron el uso del DIU en el primer mes de uso, lo hicieron por razones que no necesariamente están relacionadas con la seguridad del método.

CUADRO No. 14

En este cuadro se puede observar que el 41.5% de las usuarias que abandonaron el uso del DIU durante el año de 1980 fue en el primer mes de uso, lo que representa el 27.8% del total de usuarias.

CUADRO No. 1

Podemos ver que durante 1980 un total de 1807 pacientes acudieron a las Clínicas para inserción del DIU, notando que el mes de Octubre fue el mayor, con un total de 184 mujeres los que corresponde al 10.18 % del total de usuarias. Se puede ver también que el mes de Marzo fue el menor con un total de 105 mujeres lo que corresponde al 5.81 % del total de usuarias.

Nos damos cuenta que no hay predilección por ningún mes ya que si hacemos una comparación de cada mes, se establece una similitud de usuarias que utilizan el procedimiento.

CUADRO No. 2

En este cuadro podemos ver que el dispositivo más usado en APROFAM durante el año de 1980 fue el Asa de Lippes (Anexo 2) con 1264 casos (69.95 %). Lo siguió la T de Cobre, dispositivo introducido en 487 casos (26.95 %).

De los DIUs T. de Cobre, 7-Cu-(Gravigard), Escudo de Dalkon y Saf-T-Coil son llevados a menudo por las usuarias para su inserción.

A pesar que el uso del Escudo de Dalkon está prohibido por recomendación de numerosos expertos por el daño que ocasiona, media vez las usuarias lo llevan, se les inserta.

CUADRO No. 3

En este cuadro podemos darnos cuenta que la marca de clase de 25 a 29 años de edad, fue la que más buscó el dispositivo y la marca de clase de 45 a más años fue la que menos lo utilizó. Si vemos a las usuarias de la 3a. década de vida vemos que ésta ocupa lugar

preponderante en el uso del DIU ya que fueron 964 usuarias correspondiéndoles un 53.34 %.

Creo que este elevado mayoritario se deba a que durante este período, la vida sexual es más activa.

CUADRO No. 4

En este cuadro vemos que el número más alto lo constituyen las mujeres unidas, con 759 casos (42 %). El número de casadas fue de 511 casos (28.28 %). El número de solteras fue de 403 casos (22.30 %) y el número de otros fue de 134 casos (7.42 %).

Podemos darnos cuenta que el estado civil de la mayoría de las usuarias no es el de casadas, ya que únicamente contó con el 28.28 % en relación a las demás.

En otros podemos tomar, aunque no hay parámetro para establecerlo, que se trate de mujeres divorciadas y viudas.

CUADRO No. 5

En este cuadro vemos que hay 1451 leyentes lo que hace un 74.76 % de las usuarias que asistieron a las clínicas para inserción del DIU.

De las leyentes posiblemente se deba (veremos en otro cuadro) a que la mayoría de ellas ha asistido o asiste a centros de enseñanza, y la minoría o sean 456 (25.24 %) nunca asistieron a la escuela.

CUADRO No. 6

En los resultados de este cuadro se refleja la mala condición que se observa en nuestro país respecto a la enseñanza o aprendizaje en el aspecto educativo.

Del total de casos, 456 (25.23 %) nunca asistieron a la escuela. 701 (38.79 %) únicamente asistieron de 1o. a 3er. grado. 427 (23.63) asistieron de 4o. a 6o. grados, sin saber si aprobaron su primaria completa. - 163 (9.02 %) asistieron a secundaria pero no la completaron. 42 (2.32 %) si completaron su secundaria. 18 (1 %) ingresaron a la Universidad pero no la completaron. Ninguna de las usuarias de este dispositivo que acudieron a las clínicas, se graduó con grado universitario.

CUADRO No. 7

Este cuadro nos indica la alta preferencia a usar dispositivos por el grupo no indígena, creo que en parte se deba a que el total de no indígenas 1603 casos (88.71 %) es que están más cerca de las informaciones de prensa o de cualquier otro medio de información.

El grupo de usuarias sí indígenas 204 (11.29 %) - creo se deba no a que estemos investigando el uso del dispositivo en ellas, solicitado en clínicas urbanas, si no a que estas mujeres aun guardan tradiciones muy arraigadas de sus antepasados, en los cuales no permiten ninguna interferencia médica o social en sus relaciones sexuales, por lo tanto no buscan la asistencia debida a sus problemas y necesidades.

CUADRO No. 8

En este cuadro podemos ver que nos muestra que la incidencia de embarazos aumenta en forma progresiva desde las pacientes con un embarazo hasta las que habían tenido cuatro embarazos, luego empieza a declinar ligeramente en las mujeres con cinco embarazos ó más.

El número de abortos, decrece conforme aumenta

el número de mujeres que lo han presentado. El mayor porcentaje, no presentaron abortos 1650 casos (91.31 %). En el número de hijos vivos se puede ver la alta mortalidad infantil en nuestro medio ya que 307 mujeres (16.99 %) presentaron cero hijos vivos, Mujeres con cuatro hijos vivos fueron 403 (22.30 %) que es el mayor porcentaje encontrado.

En las usuarias a quienes se les insertó el DIU ninguna presentó cero embarazos, es indicación en APROFAM a no aplicarles el método anticonceptivo a nulíparas, a pesar de que en otros países y aun en Guatemala en clínicas privadas si se les inserta.

CUADRO No. 9

En este cuadro demuestra que otras usuarias - 854 (47.26 %) son las que más influyen para el acercamiento de las señoras a las clínicas por lo que los medios de comunicación excepto la radio han influido poco en este acercamiento.

CUADRO No. 10

Este cuadro corresponde al porcentaje de mujeres que buscaron el uso del dispositivo por diferentes razones y donde nos podemos dar cuenta que la mayoría lo usa para espaciar los hijos 928 casos (51.35 %) y el menor fue por otras causas 260 casos (14.39 %).

En el primer caso expuesto era de esperarse - que la mayoría de mujeres quisieran espaciar el número de sus hijos.

En el segundo caso se encontraron 260 casos (14.39 %) que adujeron otras causas, podría deberse a mujeres solteras con vida sexual activa que no desean ni más hijos ni espaciar el número que tengan, lo usan posiblemente a que es deseo en ellas de evitar el embarazo.

CUADRO No. 11

En relación a la cantidad de usuarias que decidieron dar por terminado el método, podemos ver que la mayoría de ellas 26 casos (38.24 %) mayoría relativa, lo hicieron por desear quedar embarazadas y la minoria relativa 3 casos (4.41 %) por embarazo involuntario, este 4.41 % corresponde al total de las mujeres que dieron por terminado el método, en relación al número de usuarias le corresponde el 0.16 % (3 casos de 1807 usuarias).

IX CONCLUSIONES

- 1.- La hipótesis formulada SE ACEPTA pues el 87.67 % (1584 casos) presentó baja escolaridad, lo que puede tomarse como índice de un estado socio-económico bajo, motivo por el cual las usuarias del DIU acudieron a las Clínicas de APROFAM en donde el método se les aplica a muy bajo costo.
- 2.- El número de usuarias del DIU en el presente estudio, se encontró en mujeres comprendidas entre las edades de 20 a 29 años con 964 casos. (53.34 %) por lo que este estudio confirma investigaciones anteriores (1).
- 3.- A la mayoría de usuarias se les insertó Asa de Lippes, con un número de 1264 casos (69.95 %) de inserciones.
- 4.- No se presentó ningún caso de perforación uterina por lo que se puede tomar como un índice alto de técnicas de inserción.
- 5.- El dispositivo intrauterino no se le aplicó a ninguna nulípara.

X RECOMENDACIONES

- 1.- Hacer del conocimiento de toda mujer que no desee quedar embarazada que la selección del método anticonceptivo corresponde a ella, pero que el uso del Dispositivo intrauterino no causa ningún daño y que es muy efectivo.
- 2.- Que las pacientes acudan a controles periódicos para dar información de como han tolerado el dispositivo intrauterino, para que estos datos sirvan en la revisión de literatura y bibliografía a futuras investigaciones, debido a la gran demanda creciente de anticonceptivos.
- 3.- A toda paciente que se sospeche mal procedimiento o perforación uterina, deberá efectuarse un estudio minucioso desde el punto de vista clínico y radiológico para que la técnica de inserción se mantenga inalterable.
- 4.- Elaborar cursillos para las usuarias ya que éstas son el medio de información más efectivo, - (casi 50 %) para la divulgación de los programas de la Asociación Pro-bienestar de la Familia de Guatemala, siempre programas relacionados al DIU.
- 5.- Tomar en cuenta que la prevención voluntaria del embarazo puede estar indicada o es deseable por razones Socio-económicas, médicas, eugénicas y personales, y corresponde al médico dar la orientación adecuada de qué método anticonceptivo es ideal, ya que éste ha de ser simple, aceptable, efectivo, económico y seguro.

XI BIBLIOGRAFIA

- 1.- ALMARAZ ANLEU, JOSE EMILIO., Evaluación del uso de la T. de Cobre. Tesis de grado. Facultad de Ciencias Médicas. USAC 1978.
- 2.- BALDIZON OZAETA, JORGE MARIO. El Dispositivo Intrauterino como anticonceptivo, su aversión y efectos psicosomáticos. Tesis de Grado. Facultad de Ciencias Médicas. USAC 1977.
- 3.- VANEGAS PEREZ, CARLOS IVAN., Dispositivos Intrauterinos. Tesis de Grado. Facultad de Ciencias Médicas. USAC 1980.
- 4.- GLAUSER PIRA, GUILLERMO., Planificación Familiar. Tesis de Grado. Facultad de Ciencias Médicas. USAC 1971.
- 5.- WILLIAMS OBSTETRICIA. México Salvat Editores, S.A. 1978. pp. 955-958.
- 6.- SALVAT EDITORES. Diccionario Médico. Reimpresión revisada 1976.
- 7.- COMISION CONSULTIVA EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA. Informe sobre Dispositivos Anticonceptivos Intrauterinos. Publicación Artística Litográfica. México. 1970 - pp. 1.
- 8.- DAVIS, H. J., Intrauterine Devices for Contraception: The IUD Baltimore, Williams & Wilkins Co., 1971. pp. 210. *

- 9.- BERYL SUITERS & ESTHER CORONA V. International Planned Parenthood Federation. - Historia de los anticonceptivos.
- 10.- "DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS" Informes Médicos. George Washington University. Serie B, No. 2 Octubre 1976 pp. B-49 y B-50
- 11.- LIPPES, J., ZIELEZNY, M., FERRO, P.A. and SULTZ, H. The effect of increasing copper on loop A and comparisons with the copper T-200 and loop D-plain. Trabajo presentado en el XI Congreso Anual de la Asociación Americana de Médicos de Planificación Familiar, en Houston, Texas, - USA. Abril 11-13. 1973 pp 12.
- 12.- GALLY, ESTHER., Sexualidad humana y Planificación familiar. Editorial Pax-México - 1976.
- 13.- KLEIMAN, R. L. Anticoncepción uterina. Federación Internacional de Planificación de la familia. Londres 1977. 4a. edición. pp. - 15-16.
- 14.- WEBSTER, R. L. IUD in general practice. Practitioner 207: 1971. pp. 84-90. *
- 15.- GUTTORM, E. Menstrual Bleeding with IUD. Acta Obstetrica et Gynecologica & Scandinavica. 1971. 50: pp. 9-16 *

* Traducciones al español por: R. de León.

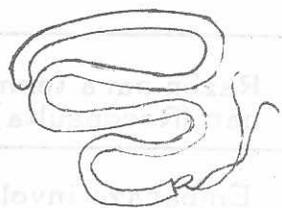
XII ANEXOS

INSTRUMENTO DE TRABAJO

No.	Nombre	Edad	Estado Civil	Alfabetismo	Ultimo año de escuela cursado	Grupo Etnico	No. de embarazos	No. de abortos	No. de hijos vivos
			Soltera Casada Unida	Sabe leer No sabe	Nunca asistió 1o. a 3er año 4o. a 6o. año Sec. completa Sec. incompleta U. Completa U. incompleta	No indigena Indígena			

Fuente de referencia	Razón para usar anticonceptivos	Razón para terminar (Reconsulta)
Médico Enfermera Auxiliar Promotor Otra usuaria Radio Televisión Charla Panfleto Tra, social	No tener más <u>hi</u> <u>jos</u> Espaciar los <u>hi</u> <u>jos</u> Otro	Embarazo involun- tario Desea quedar em- barazada Esposo se opone Considera método dañino Se transfirió a <u>clí</u> <u>nica</u> privada Usuaria fallecida Salió del país Esterelización Prefiere anticon- ceptivos masculi- nos Terminación por médico Perdió interés Menopausia Falta de localiza- ción Otro

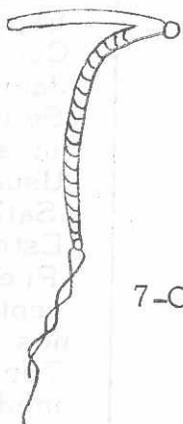
ANEXO 2



Asa de Lippes



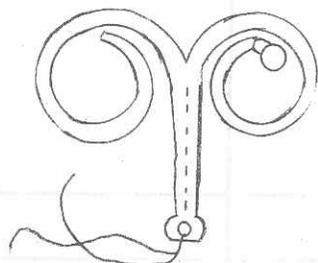
T. de Cobre



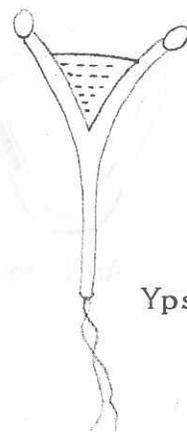
7-Cu (Gravigard)



Escudo de Dalkon



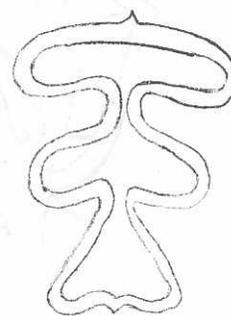
Saf-T-Coil



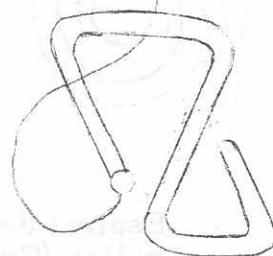
Ypsilon



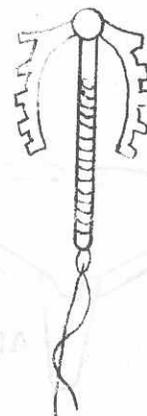
Anillo de Ota



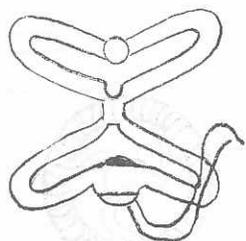
Dana



DIU de Soonawala



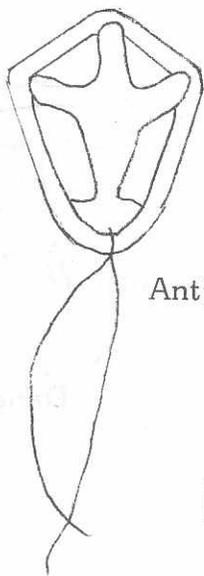
Multiload



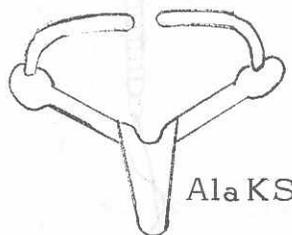
Moño de Brinberg



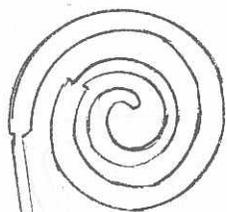
Antigon



Antigon Alado



Ala KS



Espiral de Mar-
gulies (Gynecoil)

2 cms.

XIII GLOSARIO

A

A. D. N. DNA. Acido desoxirribonucleico.
 ANHIDRASA CARBONICA. f. Enzima que interviene y cataliza la descomposición del ácido carbónico en bióxido de carbono y agua.

ANTICONCEPCION. adj. Que impide la fecundación

B

BLASTOCISTO. m. Ovulo fertilizado.

C

CELIBATO. m. Estado de soltero.

CERVIX. f. Cuello del útero.

COITO. m. Ayuntamiento carnal del hombre y la mujer.

COITUS INTERRUPTUS. m. Onanismo verdadero.

D

DISMENORREA. f. Irregularidad de la función menstrual, especialmente menstruación difícil y dolorosa.

D. I. U. UID. Dispositivo intrauterino.

E

ENDOMETRIO. m. Mucosa que tapiza la cavidad uterina.

ESTROGENO. adj. y s. Término general para las sustancias que producen el estro. (hormonas femeninas)

F

FOSFATASA ALCALINA. f. Enzima que interviene en la síntesis de proteínas hísticas.

L

LAPAROSCOPIA. f. Examen endoscópico de la cavidad uterina.

LEUCOCITOS. m. Glóbulos blancos de la sangre.

LISIS. f. Disolución o destrucción de células o bacterias por lisinas (anticuerpos).

M

MANDRAGORA. Género de plantas solanáceas de varias especies

MENORRAGIA. f. Menstruación anormalmente profusa.

MENSTRUACION. f. Fenómeno fisiológico de la vida sexual femenina, por el cual se elimina periódicamente la caduca uterina con flujo sanguíneo.

METODO. m. Manera de practicar un acto u operación sujeta a ciertos principios.

MIOMAS. m. Tumor formado por elementos musculares.

MOTILIDAD. f. Movilidad.

N

NULIPARA. adj. y s. Que no ha parido nunca.

O

OCITOCINA. OXITOCINA. f. Hormona del lóbulo posterior de la hipófisis que estimula las contracciones uterinas.

P

POLIMORFONUCLEARES. adj. Que tiene muchos núcleos de muchas formas, dícese especialmente de los leucocitos.

R

RITMO. m. Repetición a intervalos regulares.

S

SINCOPE. m. Desfallecimiento, desmayo.

SINDROME. m. Cuadro o conjunto sintomático; serie de síntomas y signos que existen a un tiempo y definen clínicamente un estado morboso determinado. / ----- Ashermans. Deformaciones de la cavidad y obliteración por sinequia uterina.

SINEQUIA. f. Adherencia de partes próximas.

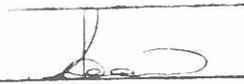
T

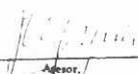
TENACULO. m. Instrumento en forma de gancho para levantar o sostener una parte u órgano.

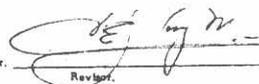
TROCAR. m. Instrumento de cirugía que consiste en un punzón introducido en una vaina o cánula de la que se puede retirar una vez perforada con el instrumento la pared de una cavidad del cuerpo.

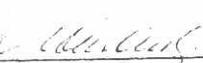
V

VASOVAGAL. adj. Relativa a los vasos y al vago o neumogástrico (nervio).

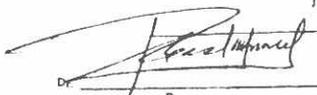
Dr. 
Mario Rolando de León Solís

Dr. 
Asesor,
Jesús V. Galich

Dr. 
Revisor,
César E. Moroy

Dr. 
Director de Fase III
Carlos Valderrama

Dr. 
Secretario
Raúl A. Castillo

Vo. Bo. 
Dr. Decano,
Rolando Castillo Montalvo