



Boletín Médico de IPPF

Editor : R. L. Kleinman M.B., Ch.B., D.(Obst.)R.C.O.G.
International Planned Parenthood Federation

Volumen 1 : Número 4 : Junio 1967
18-20 Lower Regent St London SW1 Inglaterra

La Octava Conferencia Internacional de la IPPF se celebró en Santiago de Chile del 9 al 15 de abril de 1967. Asistieron más de 1.500 delegados de 87 países, y la Conferencia debe tener consecuencias de largo alcance.

Este número del *Boletín* resume algunos de los trabajos médicos presentados. Las ponencias médicas, científicas y sociológicas completas serán publicadas en las *Actas de la Conferencia* dentro de algunos meses. Se publicarán más detalles en un número posterior del *Boletín*.

Tendencias actuales y futuras

Anticoncepción intrauterina

Se han realizado estudios comparativos entre asas, espirales y otros DIUs desde la Séptima Conferencia Internacional de Planificación de la Familia en 1963. De las asas de Lippes el tamaño D (30 mm. de grosor) parece ser preferido ya que tiene tasas de expulsión mas bajas y menos efectos secundarios. Se mostraron muchos tipos de DIUs y se informó de prometedores resultados con el anillo de nylon de Zipper.

Se discutió la inserción de los DIUs poco despues de un aborto o parto, y la teoría de que las infecciones podian ser problemáticas no fue sostenido. Una esterilización más elaborada anterior a la inserción no fue considerada justificable ya que el dispositivo es necesariamente introducido a través de un canal cervical contaminado. Un informe sugirió que el endometrio generalmente es infectado por la inserción pero que pronto se hace estéril. Una endometritis estéril crónica ha sido encontrada en alguna estudios histológicos.

Anticoncepción oral

Los adelantos más recientes incluyen anticonceptivos orales de dosis mínimas y progestágenos inyectables de largo alcance.

Se dijo que los efectos a largo plazo de los anticonceptivos orales podrían ser posible amenorrea prolongada y una prolongación del momento de retorno de la ovulación, así como un aplazamiento de la menopausia. No parece haber evidencia de que el carcinoma uterino o de la mama pueda ser un efecto a largo plazo.

La anticoncepción post coital (la llamada anticoncepción de la mañana posterior) puede ser lograda, administrandose el producto entre la fertilización y la implantación y evitandose la nidación de este modo.

Sesiones científicas

En las sesiones científicas se tuvo la sensación de que no se estaba prestando suficiente atención a la anticoncepción masculina y que se necesitaba hacer mucho más en este terreno. El control de la espermatogénesis puede ser logrado

mediante el uso de esteroides para reducir la actividad gonadotrófica de la hipófisis. La disminución de FSH conduce a un efecto reductor de los tubos espermáticos, pero un descenso de la LH reduce la acción androgénica de los tejidos intersticiales, con una declinación consecuente en la producción de hormonas masculinas; esto excluye a este método por el momento. Es necesaria alguna substancia que reduzca la FSH solamente, o un buen andrógeno oralmente activo para remplazar al andrógeno perdido ; y aun no se dispone de ellos. Es posible reducir la espermatogénesis en varias etapas y se están haciendo investigaciones en este terreno. También se están realizando estudios sobre técnicas inmunológicas en el varón, pero no existe ninguna probabilidad inmediata de que tal método pueda ser aplicado a los seres humanos. La anticoncepción masculina podría ser un importante adelanto en el futuro, de ese modo las parejas podrían tomar « turnos anuales » en la responsabilidad anticonceptiva. Esto como coincidencia reduciría cualquier riesgo de posibles efectos secundarios permanentes en ambos conyuges.

El resumen de los adelantos recientes de las sesiones científicas concluyó con una nota ligera. Los participantes de la Conferencia no recibieron ninguna promesa inmediata de algun « perfume anticonceptivo » que actuara a través del conducto olfatorio, pero se mencionó a la hipnosis colectiva como un método ; y esto quizá tenga una base mas racional de lo que pudiera parecer a primera vista!

Conclusión

Para concluir, los métodos anticonceptivos mas prometedores como mas practicables son los progestágenos de baja dosis administrados solos, tecnicas inyectables y de implantación y DIUs mejorados. Se necesita prestar una atención mayor a los métodos aplicables al varón, y también debe encontrarse un metodo de detectar el momento preciso de la ovulación.

Productos orales de baja dosis

El Dr. J. Martínez Manautou, director de investigaciones del Instituto Mexicano del Seguro Social, informó sobre un estudio de administración continua de 500 mcg. de acetato de clormadinona para regular la fertilidad sin inhibir la ovulación. También se utilizaron dosis menores (400, 300 y 250 mcg.) en un número menor de pacientes y con resultados menos satisfactorios. La dosis de 500 mcg. fue administrada a 1.123 mujeres durante un total de 13.202 ciclos ; 121 de estas mujeres recibieron el tratamiento por 21 ciclos ininter-rumpidos. Todas las mujeres eran menores de 36 años.

De las 1.123 pacientes que tomaban la dosis de 500 mcg., se embarazaron 40 ; seis de estos embarazos se consideraron como fallas del método ya que las mujeres negaron haber suspendido el tratamiento en ninguna etapa y los otros 34

fueron clasificados como errores de pacientes. De este método la eficiencia clínica del método resulto en 3,7 embarazos por 100 mujeres-años.

Se realizaron estudios especiales en algunas de las mujeres que tomaban parte en el estudio para probar su exactitud respecto a la omisión del tratamiento. Casi la mitad de las examinadas omitió una o mas tabletas sin admitirlo ; la presentación de las tabletas no permitía a las mujeres determinar si habían omitido tabletas o no. El Dr. Martínez Manautou consideró que una mejor presentación mantendría a las mujeres informadas del número de tabletas que habían tomado y haría menos probables los errores de los pacientes.

El acetato de clormadinona había sido tomado por 10 mujeres que se habían embarazado, hasta que su amenorrea fue correctamente diagnosticada. Todos estos embarazos fueron normales, naciendo ocho varones y dos mujeres. No se encontraron anomalías congénitas ni señales de virilización.

Con la administración continua de acetato de clormadinona el sangrado menstrual ocurría a intervalos de 21 a 24 días en el 11,8% de los ciclos, a intervalos de 25 a 35 días en el 65,5% de los ciclos y a intervalos de 36 a 59 días en el 20,6%. En ninguno de los casos se suspendió la menstruación. Solo en 19 mujeres se presentaron menorragias de tales proporciones que las tabletas tuvieron que suspenderse.

En un 20,3% ocurrió sangrado intermenstrual durante el primer ciclo de administración ; este porcentaje declinó en los ciclos sucesivos hasta que para el ciclo 21 solo se presentaba en un 2,1%. En la mayoría de los casos era ligero.

Mecanismo de acción

Este no está completamente aclarado aún, pero se llevaron a cabo varias investigaciones para descubrir como actúa el compuesto. De 380 biopsias de endometrio, 37,9% fueron secretoras irregulares, 30,5% secretoras normales, 15% irregulares, 9,5% proliferativas y solo 7,1% inactivas.

Se realizaron estudios culdoscópicos en 50 mujeres ; en 37 había cuerpo luteo presente, en seis el ovario parecía inactivo, en tres había actividad folicular sin cuerpo luteo presente, tres presentaron quistes ováricos y uno tenía un cuerpo luteo que no era de reciente origen. En 18 de los 37 casos en que se encontró cuerpo luteo se efectuó biopsia del ovario. En 12 casos se diagnosticó la presencia de un cuerpo luteo activo.

En 115 mujeres se investigó el moco cervical entre el 120 y 160 días de los tres primeros ciclos de tratamiento continuo. Las características físico-químicas del moco estaban de tal forma modificadas que lo hacían hostil a la entrada de los espermatozoides. Será necesario efectuar pruebas mas precisas sobre el moco cervical antes de llegar a conclusiones definitivas en este aspecto.

Hubo una baja incidencia de efectos secundarios causados por desequilibrio hormonal tales como nausea, vomitos, agruras y mastalgia. El único efecto secundario mas molesto fue el sangrado intermenstrual.

El Dr. Martínez Manautou concluyó que la anticoncepción por administración continua de 500 mcg. de acetato de clormadinona es efectiva para regular la fertilidad, es practica en su modo de empleo y tiene una baja incidencia de efectos secundarios. Es el primer método anticonceptivo hormonal que no depende de la inhibición de la ovulación.

Los anticonceptivos y la lactancia

Anticoncepción oral

Poco se sabía en el pasado sobre los efectos de los anticonceptivos orales sobre la lactancia, pero la Dra. Siva Chinnatamby, directora médica de la Asociación de Planificación de Familia de Ceilán. ha hecho algunos hallazgos interesantes. Se llevó a cabo un estudio en las clínicas de la Asociación de Planificación de Familia de Ceilán en el que tomaron parte mas de 600 mujeres. Se les había dicho que los efectos de los anticonceptivos orales sobre su lactancia aún eran inciertos pero estaban preparadas para observar los efectos ya que para ellas era mas importante evitar otro embarazo que continuar amamantando. Se han analizado los resultados en 150 de estas mujeres.

Se usaron varios anticonceptivos orales, pero las cantidades de los diferentes grupos eran insuficientes para hacer comparaciones ; como el estudio aún continúa, mas tarde podrá hacerse una comparación cuando se hayan recolectado números suficientes. Casi todas las mujeres en estudio habían lactado por lo menos durante tres meses posteriores a su último parto. Todas las mujeres que tomaron parte fueron seleccionadas dentro de los tres meses posteriores al parto ; la mayoría habían tenido de dos a cuatro embarazos previos pertenecían a un grupo socio económico bajo y pesaban menos de 45 kg. (100 lb.).

Los resultados del estudio mostraron que en un 5,3% de las mujeres la lactancia cesaba en el primer ciclo de administración ; 29,7% lactaban sólo por tres ciclos, 33,3% por cuatro a seis ciclos ; 18,3% por siete a nueve ciclos ; y 17,3% por 10-12 ciclos. Algunas mujeres a quines se les suprimió la lactancia en los primeros ciclos pudieron continuar la alimentación a pecho parcial con alimentación suplementaria por algunos ciclos después. Se encontró que entre mas corta había sido la duración de la lactancia en los embarazos previos, era mas fácil que los anticonceptivos orales suprimieran la lactancia durante el experimento.

De las cifras obtenidas se observó que había una cierta supresión de la lactancia por los anticonceptivos orales, esto parecía depender de la dosis de progesterona en la preparación ; entre mayor era la dosis, más efectiva era la supresión (la dosis de estrógeno en las diferentes preparaciones era más o menos constante. El período de amenorrea post partum fue definitivamente reducido.

No se encontraron efectos tales como sangrado vaginal o agrandamiento mamario en los niños a quienes se estaba alimentando a pecho.

Cuando se preguntó a las mujeres mismas que efectos habían tenido los anticonceptivos sobre su lactancia, el 44% pensaba que no habían tenido efecto supresor, mientras que el 56% pensaban que hubieran lactado por mas tiempo de no haber tomado anticonceptivos orales.

DIUs

En una ponencia sobre los efectos de los DIUs sobre la lactancia, el Dr. Carlos Gómez-Rogers, profesor adjunto de obstetricia y ginecología de la Universidad de Chile, informó haber hallado que el 76% de las mujeres usuarias de DIUs

continuaban lactando por mas de seis meses. Este fue el porcentaje mas alto en un estudio comparativo de mujeres portadoras de DIUs (76%), un grupo control (54%), mujeres a quienes se les estaba inyectando progesterona de efecto prolongado (44%), mujeres tomando anticonceptivos orales combinados (20%), y mujeres bajo terapia secuencial (8%). En este estudio el Dr. Gómez-Rogers encontró que los efectos inhibidores sobre la lactancia de diferentes formas de terapia hormonal parecían variar con la cantidad de estrógenos en la preparación.

Inserción inmediata de DIUs

En dos trabajos se discutió la inserción de DIUs en los períodos inmediatamente posteriores al parto y a un aborto.

Inserción después de un aborto

La Dra. Lidija Andolšek de Yugoslavia, directora del Instituto de Planificación de la Familia de la Clínica de Obstetricia y Ginecología de la Universidad de Ljubljana, presentó un informe sobre un estudio llevado a cabo en colaboración con el Population Council sobre la inserción de DIUs inmediatamente después de un aborto.

En Yugoslavia se pueden efectuar abortos legales después que la mujer comparece ante una Comisión Estatal. Se decidió entonces que cuando las mujeres seleccionadas para el estudio llegaran ante la Comisión, una trabajadora social intentaría motivarlas hacia el uso de la anticoncepción en la futura planificación de la familia. En particular hacia la inserción de un DIU inmediatamente después del aborto siempre y cuando no hubiera contraindicaciones médicas. Se consideró que en el momento del aborto la mujer sería mas receptiva a la idea de alguna otra forma de control de la natalidad. Al insertar el DIU inmediatamente después del aborto, muchas mujeres que tienen una alta motivación temporal y que de otro modo no lo hubieran hecho aceptarían la anticoncepción.

Todas las mujeres seleccionadas para el estudio habían tenidos previos embarazos a término y estaban entre la 6a y 12a semana de gravidez. Para llevar a cabo el aborto se usó dilatación y raspado convencional o succión al vacío. Inmediatamente después de la operación se insertaron asas de Lippes, de tamaño C o D y se mantuvo a la paciente hospitalizada por tres días.

Se proyecta incluir a 2.000 mujeres en el estudio, este informe trataba de los resultados en 340 mujeres hasta el 28 de febrero de 1967. Después de 15 meses en estudio aun había un 91% de usuarias activas de DIUs; la proporción de los retiros « por razones personales » era mas alta que en aquellas a quienes se les había insertado el DIU algún tiempo después del aborto. Se piensa que esto sugiere una débil motivación pues algunas mujeres acceden a la inserción para « complacer a la Comisión Estatal ». Las expulsiones no fueron exageradamente altas comparadas con las inserciones en un momento posterior y se encontraron pocas inflamaciones pelvianas. Los embarazos ocurrieron en una proporción de 2,4 por cada 100 años-mujer.

La Dra. Andolšek concluyó diciendo que los resultados eran muy alentadores y que el estudio estaba continuandose.

Inserción postparto

El Dr. T. H. Lean, gineco-obstetra asesor principal del Hospital Kandang Kerbau de Singapur, informó sobre la inserción de DIUs en 8.935 mujeres en su hospital entre los meses de octubre de 1965 y septiembre de 1966. Estas inserciones se dividieron en tres grupos: A—inmediatamente y hasta una semana después del parto (3.267); B—de cuatro a seis semanas después del parto (4.233); y C—ocho semanas después del parto (1.387). Se tuvo la posibilidad de efectuar por lo menos un examen posterior en 93,8% de las mujeres. Siempre se uso el asa D de Lippes (30 mm. de grueso).

Se presentaron 1.162 expulsiones espontáneas (13% del total de inserciones). Dividiendo esta cifra en grupos se mostró que el grupo A había tenido un 22,7% de expulsiones (81,2% fueron reinsertadas), el Grupo B tenía un 8,1% y el Grupo C un 5,3%. La observación en el grupo C se efectuó por un máximo de solo tres meses. En el Grupo A el 93,7% de las expulsiones había ocurrido dentro de los tres meses posteriores a la inserción.

La inflamación pelviana fue poco común en todas las series, la condición del útero posterior al parto parecía proporcionar una barrera suficiente contra las posibles infecciones pelvianas ascendentes. Hubo 1.658 retiros (18,5%) y 337 casos de menometrorragia clínicamente significativos. Ni los retiros ni la menometrorragia mostraron preponderancia significativa en ninguno de los tres grupos.

En 182 casos ocurrieron embarazos no proyectados (3,3 por 100 años-mujer). La tasa mas alta ocurrió en los casos del Grupo C, la menor en el Grupo A.

Se encontró que en 61 mujeres el DIU había migrado fuera del útero. El Dr. Lean no consideró que este fuera el resultado de una perforación en el momento de la inserción del DIU, sino una migración del asa a través de la pared uterina iniciada por movimientos involutivos del útero. Cree que el útero asiático es mas pequeño que el europeo, y que el asa de Lippes, tamaño D, era demasiado gruesa y rígida para los úteros asiáticos. Piensa que la cabeza del dispositivo encuentra un punto de menor resistencia, generalmente en el segmento uterino inferior, y el músculo del utero involutivo lo propulsa a través de la pared. Los 61 casos del Dr. Lean fueron asintomáticos; el asa migratoria fue descubierta por un Beo-Locator (aparato especial para localizar DIUs) o una radiografía simple de la pelvis. La incidencia mas alta ocurrió en el grupo B (inserción de cuatro a ocho semanas después del parto, época en que el segmento inferior puede ser demasiado pequeño para el asa) y la menor entre los casos del grupo A (inserción inmediatamente después del parto).

Anticoncepción post coital

Uno de los mas recientes adelantos en el campo de la anticoncepción es la « pildora de la mañana posterior » o anticoncepción oral post coital. El Prof. J. McLean Morris y la Dra. Gertrude van Wagenen del Departamento de Obstetricia y Ginecología de la Escuela de Medicina de la Universidad de Yale, E.U., informaron sobre sus trabajos clínicos en este campo.

Ciertos estudios que se están realizando sugieren que cualquier substancia estrogénica en dosis suficientes probablemente impediría la implantación del ovulo fertilizado, pero

los estrógenos que hasta ahora han sido efectivos en los humanos son el estilboestrol y etinil estradiol orales y la estrona parenteral. El ORF-3858 ha sido efectivo en animales pero aún no se dispone de él para uso clínico.

El único período durante el que son efectivos estos compuestos es entre la fertilización y la implantación, se administra generalmente de cuatro a seis días después de la inseminación, o cada tercer día con tres dosis. Tal parece que de 2 a 5 mg. de etinil estradiol o 25 a 50 mg. de estilboestrol son dosis seguras y efectivas en los humanos.

No ocurrieron embarazos en mas de 100 mujeres que habían tenido coito a la mitad de su ciclo y a quienes después se les había administrado estilboestrol o etinilestradiol por cuatro o más días. El significado estadístico de un experimento semejante no es fácil de valorar, aunque se hicieron todos los esfuerzos de asegurar que estuvieran ovulando en la época del coito.

El fracaso en la anticoncepción post coital puede deberse ya sea a dosificación inadecuada o a que la dosis no se administró en el momento adecuado. Aun no se conoce con precisión el tiempo que superviven los espermatozoides en el tracto genital de la mujer ; en el estudio del que hablamos se consideró tres días como un período aceptable, aunque se han recuperado espermatozoides viables pasado tanto tiempo como una semana o mas despues del coito. No siempre es facil determinar el momento de la ovulación ; la temperatura corporea basal es uno de los mejores indicativos de la ovulación, aunque su exactitud está sujeta a la influencia de muchos factores.

El efecto más consistente de la administración de estrógenos en este estudio fue el descenso de la temperatura basal corpórea generalmente dentro de 12-24 horas. Las biopsias endometriales mostraron un «endometrio retardado». Los efectos secundarios fueron los correspondientes a la medicación con estrógenos ; en el 40% de las mujeres se presentó nausea, y dolor en los pechos en el 12%. La nausea podía disminuirse significativamente tomando el estrógeno con las comidas en conjunción con drogas antieméticas.

No se conoce con precisión el mecanismo de acción de los estrógenos post coitales ; los hechos conocidos apoyan varias hipótesis. Entre estas se cuentan transporte ovular acelerado, cambio en la « pegajosidad » del blastocisto y un « retraso » del endometrio, con cambios que afectan adversamente el sitio de implantación. El resultado neto es que se evita la implantación.

La hepatitis anictérica y los anticonceptivos orales

El Dr. Ricardo Katz, profesor asociado de medicina de la Universidad de Chile, discutió la posible asociación de la hepatitis con los progestágenos orales. Señaló que en Chile al igual que en algunos países escandinavos la ictericia colestática no era rara en relación con la ingestión de gestágenos orales. Se había informado allí de varios cientos de casos de hepatitis ictericia, pero la evidencia de hepatitis anictérica asociada a la anticoncepción oral se estaba acumulando.

El Dr. Katz citó cifras de un estudio sobre la prevención con gamma globulina de las hepatitis post-transfusionales.

El estudio se efectuó en 2.343 pacientes, 173 de la cuales estaban tomando anticonceptivos orales en ese momento. Entre las que no estaban tomando gestágenos orales sólo siete desarrollaron hepatitis anictérica, mientras que de 173 que estaban tomando gestágenos orales, 27 pacientes si la presentaron. La condición fue diagnosticada mediante biopsia hepática, que mostró evidencia histológica de grave daño hepático.

Por lo tanto, un 15% de las mujeres de este estudio que estaban tomando anticonceptivos orales y habían recibido una transfusión mostraron grave daño hepático sin ictericia. El Dr. Katz dijo que en tanto esta situación puede ser exclusion de Chile, tenía sin embargo gran importancia y debía ser conocida por los médicos de otros países.

Progestágenos inyectables de largo alcance

El Professor Edward T. Tyler, director médico de la Clínica de Planificación de Familia de Los Angeles presentó un informe provisional sobre un estudio del uso de progestágenos inyectables como un método de anticoncepción de largo alcance.

Una inyección intramuscular de acetato de medroxyprogesterona es administrada cada 3 meses sin estrógenos suplementarios. Durante los últimos dos años cerca de 150 mujeres iniciaron esta forma de anticoncepción en un estudio que aun continúa. No se han presentado embarazos en la serie. El sangrado ha sido el efecto secundario mas común. Se hizo un intento para determinar que tan pronto cesan los efectos anticonceptivos despues de que el tratamiento es suspendido. Con este objeto se suspendieron las inyecciones en 36 mujeres a quienes se les proporcionaron varios tipos de anticonceptivos mecánicos incluyendo DIUs. Se realizaron pruebas para el restablecimiento de la ovulación incluyendo estudios de temperatura basal, frecuentes exámenes pélvicos, frotis vaginales y cervicales, biopsias endometriales, determinaciones de gonadotrofinas y pregnadiol. Tal parece que el retorno mas temprano a la ovulación ocurre poco menos de seis meses despues de la última inyección.

Los primeros resultados de este estudio, aqui presentados, sugieren que los progestágenos inyectables de larga acción son un forma de anticoncepción extremadamente efectiva. Mientras que el retraso de algunos meses al retorno a la fertilidad puede ocasionar problemas en algunas areas, este método podría ser de importancia en el control general de la población.

Este *Boletín* persigue dos fines : extender el interés de los médicos de todo el mundo en el control de la fertilidad y ofrecerles nuevos y útiles conocimientos. Se mantendrá informados a los lectores con los adelantos en la planificación de la familia y el control de la población ; y esperamos que nos envíen sus ideas, información y preguntas que deseen presentar ante sus colegas en otras partes del mundo.

El *Boletín* es enviado gratuitamente a médicos y bibliotecas seleccionados ; y nos complacería recibir solicitudes de otros médicos. Se publica en inglés, francés y español.

La dirección del Editor es : 18-20 Lower Regent Street, London, S.W.1, Inglaterra.