

11226
29/81



Instituto Mexicano del Seguro Social

DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA
E INVESTIGACION

*APLICACION TRANSCESAREA DEL
DISPOSITIVO INTRAUTERINO
DIU TCU 200-B*

TESIS QUE PARA OBTENER LA
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA:

DRA. PATRICIA GARCIA PEGO



Mexicali, B. C.

Febrero 1986.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

INTRODUCCION	I
ANTECEDENTES	II
MATERIAL Y METODOS	III
RESULTADOS	IV
COMENTARIO	V
CONCLUSIONES	VI
RESUMEN	VII
BIBLIOGRAFIA	VIII

INTRODUCCION

En los tres últimos decenios podría decirse que la fecundidad llega a ser más precoz, indiferente a las condiciones económicas, sociales ó religiosas, lo que no le impide llegar a ser más programada, organizada, gracias en parte a la difusión de los nuevos contraceptivos, como para permitir a las mujeres el adquirir más cómodamente su independencia, notablemente por entradas, salidas, retornos más frecuentes que antes en la población activa y de acuerdo con el desarrollo de la familia. Es sobre todo la condición de la mujer en una nueva sociedad la que parece ser el centro de esta evolución. (10)

Después de dos décadas de uso, el Dispositivo Intrauterino (DIU) continúa siendo un método efectivo, útil y seguro de planificación familiar. Los estudios al respecto señalan menos de 6 embarazos por 100 años-mujer de uso y menos de 10 muertes por un millón de años-mujer de uso mundial. El número de mujeres que usan DIU aumenta; existen de 50 a 60 millones de usuarias, 40 millones ó más en China y 15 millones en el resto del planeta.

La experiencia ha demostrado que los factores clínicos e individuales tienen mayor impacto que el propio diseño del DIU sobre su continuidad en el uso. La destreza del personal de salud, sea médico ó paramédico, la atención y el seguimiento que se tiene de la paciente después de la inserción, puede producir usuarias más satisfechas de las que se logran por perfeccionar el dispositivo. (11)

Toda mujer en edad reproductiva tiene derecho a una información precisa y comprensible sobre los métodos disponibles en planificación familiar. Si una mujer elige el DIU, se le debe informar en un lenguaje simple como actúa el DIU y en que forma la puede afectar. Ella deberá conocer que existe una probabilidad pequeña de quedar embarazada mientras lo usa. Deberá conocer que si le falta una menstruación ó si no puede ubicar los hilos transcervicales de su DIU, deberá retornar de inmediato para su control. También deberá conocer los signos comunes de infección: fiebre, dolor pélvico ó mayor sensibilidad, pérdida inusual ó calambres abdominales severos, y que de darse estas circunstancias, con urgencia acudir a recibir ayuda de personal sanitario. (9)

Es importante disipar cualquier rumor falso sobre los DIUs, como por ejemplo de que causan cáncer ó de que en el caso de un embarazo en una mujer con DIU in situ, el bebé será deforme. La mujer deberá también conocer, que si no se encuentra satisfecha con el dispositivo, por cualquier motivo, es posible extraerlo. (5)

Una adecuada inserción y ubicación del dispositivo es importante para reducir los riesgos de perforación, expulsión, embarazos accidentales, pérdidas sanguíneas y dolor, infección y otros tipos de problemas médicos.

Contraindicaciones médicas para la aplicación del DIU:

- Embarazo sospechado ó conocido.
- Pérdidas sanguíneas pélvicas ó anormales.
- Procesos malignos ginecológicos.
- Infección pélvica.

CONTRAINDICACIONES MEDICAS PARA LA APLICACION DEL DIU:

1. EMBARAZO SOSPECHADO O CONOCIDO.
2. PERDIDAS SANGUINEAS PELVICAS O ANORMALES.
3. PROCESOS MALIGNOS GINECOLOGICOS.
4. INFECCION PELVICA.
5. ANORMALIDADES CONGENITAS UTERINAS.
6. GONORREA.
7. CERVICITIS SEVERA.
8. ENDOMETRITIS.
9. ESTENOSIS CERVICAL SEVERA.
10. TRASTORNOS HEMATOLOGICOS.
11. COAGULOPATIAS.

POSIBLES CONTRAINDICACIONES:

1. ANTECEDENTES DE EMBARAZO ECTOPICO
2. DESORDENES MENSTRUALES.

- Anormalidades congénitas uterinas,
- Gonorrea
- Cervicitis severa
- Endometritis
- Estenosis cervical severa
- Trastornos hematológicos ó coagulopatías.

Posibles contraindicaciones:

- Antecedentes de embarazo ectópico y
- Desórdenes menstruales (10)

Basándonos en los antecedentes, conceptos y resultados anteriormente mencionados, se elabora la siguiente

HIPOTESIS: La inserción de los DIUs transcesárea, disminuye los índices de expulsión y mejora las técnicas de inserción.

A N T E C E D E N T E S

Es posible que los primeros DIUs hayan sido guijarros insertados en la cavidad uterina de las camellas por los árabes y turcos, quienes deseaban evitar que sus animales estuvieran preñados durante sus recorridos fatigosos por el desierto. El uso de pesarios anticonceptivos en seres humanos data del Siglo II, según el sabio islámico Avicena. Durante el Siglo XIX estaban en uso, tallos de pesarios hechos de materiales comunes como el peltre, y tan exóticos como diamantes engarzados en platino. Técnicamente éstos no eran dispositivos intrauterinos, debido a que no estaban aplicados totalmente en la cavidad uterina, ya que la mayor parte del dispositivo permanecía en la vagina mientras que el tallo extendido a través del canal cervical sobresalía en la cavidad uterina. Estos eran insertados para corregir la posición uterina, así como también para inducir abortos ó para prevenir embarazos. (10)

El primer DIU diseñado específicamente como anticonceptivo humano se desarrolló en 1909, por el médico alemán Richard Richter. El dispositivo tuvo la forma de anillo y fué confeccionado de una fibra de seda natural. Filamentos del gusano de seda fueron también incorporados en un dispositivo diseñado en 1923 por K. Pust, quien combinó el anillo de hilos de seda con el tallo del viejo pesario. Pust no informó de casos de embarazos ó de complicaciones serias entre las 453 mujeres, en quienes se insertó el dispositivo. El distribuyó su DIU entre otros médicos, pero algunos rehusaron aplicarlo dando como razón que tal dispositivo podría producir infección pélvica.

El primer DIU para ser usado ampliamente fué un anillo de cuerda de tripa y un alambre de plata, diseñado por Ernst Grafenberg, el cual fué popular en Alemania en los finales de la década de 1920. En 1923, Tenrei Ota de Japón introdujo anillos intrauterinos de oro, y de oro y plata y que según sus afirmaciones eran más eficaces que el dispositivo de Grafenberg. (5)

A pesar del entusiasmo inicial con que se recibió a ambos dispositivos, rápidamente fué reemplazado por escepticismo y aún condenados con el estigma de ineficaces y peligrosos. En 1936, el gobierno japonés prohibió su uso. Grafenberg fue obligado a abandonar su anillo debido a la oposición de los médicos europeos. Antes del uso de los antibióticos, los médicos eran reacios a la adopción de cualquier método que pudiera incrementar los riesgos de infecciones pélicas.

La actitud médica conservadora con respecto a los DIUs fué definitiva hasta los finales de la década de 1950, cuando el progreso técnico incitó una revaluación. Con el objeto de estimular una evaluación internacional objetiva de los DIUs, el Consejo de Población en 1963, convino la Primera Conferencia Internacional de DIUs en New York. Médicos de Estados Unidos, Israel, Alemania y de otros países, informaron de experiencias favorables con el uso de DIUs. (10)

A la suma de las ventajas de la terapia antibiótica, la cual disipó los temores de infecciones incontrolables, el factor tecnológico crucial para la aceptación de los DIUs, fué el desarrollo del polietileno, un plástico inerte biológicamente que puede ser moldeado de acuerdo a cualquier diseño y que puede retomar su diseño original después de ser curvado o enderezado. -

Los primeros DIUs de plástico usados ampliamente fueron la Espiral de Margulies y el Lippes Loop. Ambos podían ser insertados usualmente sin necesidad de dilatación cervical. Ellos eran colocados primero en un tubo angosto, enderezados y luego impulsados dentro de la cavidad uterina, donde ellos recobraban su forma original. Jack Lippes, en los Estados Unidos, agregó dos importantes características al dispositivo que lleva su nombre; ambas características fueron incorporadas en la mayoría de los diseños que posteriormente se desarrollaron: un hilo de prolongación transcervical que ayuda a detectar ó retirar el dispositivo y una pequeña cantidad de bario que lo hace opaco a los Rayos X.

A continuación de la Conferencia de 1962, el Consejo de Población estableció el Programa de Cooperación Estadístico (PCE) para efectuar una amplia evaluación de los DIUs, y en 1964, se efectuó una segunda conferencia. Bajo la dirección de Christopher Tietze, el PCE estudió diversos tipos de DIUs, incluyendo el Lippes Loop A, B, C y D, la espiral de Margulies, los arcos pequeños y grandes de Birnberg, los anillos de acero, la doble espiral y numerosos modelos más. La evaluación internacional incluyó aproximadamente 27,000 inserciones y más de 39,000 años-mujer en uso. Con la intención de poder comparar la eficacia y seguridad de los distintos modelos, estudiados en diferentes períodos de tiempo, los investigadores adoptaron análisis de estadísticas de expectativa ó promedio de vida, una técnica actuarial que evalúa las tasas de incidentes críticos -embarazos, expulsión y extracciones- en diferentes intervalos después de la inserción.

La evaluación efectuada por Tietze demostró que el DIU es un método de anti-concepción seguro y efectivo, apropiado para el uso en programas nacionales

de planificación familiar, muchos de los cuales fueron iniciados en aquel tiempo. (6)

A mediados de 1970, y a continuación de una década de constantes investigaciones en diseños de DIU y de una amplia experiencia en programas de planificación familiar nacionales, dos mayores revisiones sobre su desarrollo tuvieron lugar. Un taller auspiciado por el Instituto Batelle en Seattle, efectuado en octubre de 1973 y una Tercera Conferencia Internacional auspiciada por el Consejo de Población en El Cairo, en abril de 1974. En ambas sesiones el foco de la atención sobre los DIUs se desplazó a la denominada segunda generación de dispositivos. Estos fueron los dispositivos medicados, en el cual el plástico del DIU se transforma en un vehículo para otras sustancias como metales, hormonas, sustancias antihemorrágicas. Se ha reconocido que todos los DIUs estimulan una reacción local. Los trabajos iniciales han señalado claramente que los dispositivos de mayor tamaño, si bien más efectivos en la prevención de los embarazos y en resistir la expulsión, presentan tasas de extracción altas por pérdidas sanguíneas y dolor. Considerando desde otro punto de vista, los dispositivos pequeños, si bien son más fáciles de colocar y presentan menor dolor y sangrado, por el contrario presentan tasas de expulsión más altas y mayor porcentaje de embarazos.

En el primer dispositivo medicado y desarrollado por Jaime Zipper y Howard Tatum, el alambre con cobre fué enrollado alrededor del dispositivo en forma de T 6 de 7, los cuales presentan una superficie relativamente pequeña para mejorar su eficacia anticonceptiva. Después de un corto espacio de tiempo las hormonas fueron incorporadas en diversos dispositivos, a fin de que pudieran liberar algo de los esteroides, los mismos que en las pruebas fueron

efectivos como anticonceptivos orales y que posteriormente fueron aplicados directamente sobre el útero en una dosis bastante menor. Más tarde, otros compuestos destinados a disminuir la pérdida menstrual abundante asociada al uso del DIU fueron también incorporadas en diferentes DIUs. Mientras tanto continúan las investigaciones sobre distintos formatos de DIUs que podrían ser más adecuados para nulíparas, que podrían proveer de mejor protección contra un embarazo, resistir la expulsión y que podrían minimizar otras complicaciones en caso de perforación ó embarazo accidental. (10)

Los embarazos que ocurren en etapas primarias post-cesárea, son indeseables ya que acarrean un gran riesgo de complicaciones. Sería ideal colocar un dispositivo intrauterino a las 6 semanas posteriores a la operación cesárea pero muy a menudo en países en desarrollo, las pacientes no se reportan para la vigilancia post-parto y no son vueltas a ver sino hasta que llegan otra vez embarazadas. Se ha aplicado una técnica para fijar temporalmente el DIU de cobre en el fondo uterino, con un punto de catgut durante la cesárea. Este procedimiento intenta disminuir la tan alta tasa de expulsión de DIU que se observa en la inserción en el post-parto inmediato. Para cuando el catgut es absorbido, el útero se halla bien involucionado, lo cual nos da una tasa de expulsión más baja. Se aplicaron DIUs Multiload 250 en 60 casos y en 40 casos Multiload 375, la tasa de expulsión fue del 5% en la primera y segunda semanas y otros después de los 18 meses. Esta técnica no se recomienda si hay infecciones. Un seguimiento a 2 años de 50 casos mostró que un 4% habían sido removidos por médicos y un 2% se embarazaron, por lo tanto nuestra técnica es un método efectivo y satisfactorio para prevenir el embarazo después de la cesárea. (1)

Entre casi 200 Centros Médicos que han participado en estudios de Salud Familiar acerca de inserciones de dispositivos intrauterinos post-parto, un Centro Médico de Beijing China, admitió 199 mujeres en las que eligió la colocación de DIU en el post-parto inmediato, entre diciembre de 1980 y marzo de 1981. De estas 199 pacientes, el Centro tomó la iniciativa, con el consentimiento de las pacientes, de colocar manualmente el DIU a través de la histerotomía en 52 mujeres que habían tenido cesárea. Antes de la inserción del DIU, se revisa si la paciente no tiene ningún signo de infección, ruptura prematura de membranas ni anomalías uterinas, tales como miomatosis; el DIU se colocó en lo más alto del fondo uterino y no fue suturado en la pared uterina, los hilos se dejaron cerca del orificio interno del cérvix, de manera que salieran a través del mismo durante la involución uterina en un período aproximado de 2 meses. De las 147 pacientes restantes con nacimientos por vía vaginal, el DIU fue colocado de la manera habitual. Se colocaron dos tipos de dispositivos intrauterinos, Asa de Lippes y T en iguales proporciones en ambos grupos. La significancia estadística de las diferencias de las tasas entre ambos grupos fue determinada por el método recomendado por Azen y colaboradores.

Las 199 mujeres tenían características homogéneas en todos los aspectos, excepto por la vía de terminación del embarazo. Todas estaban casadas y más del 75% tenían entre los 25 y 29 años de edad, todas, excepto 6, eran primigestas. Ninguna tenía historia clínica de infecciones pélvicas, enfermedades venéreas, y el 90% de ellas empezaron a amamantar a sus niños al seno materno en el puerperio inmediato. Las tasas de seguimiento fueron casi del 100% a los 3 meses y más del 95% a los 6 meses después de la inserción del -

DIU para ambos grupos. La única diferencia importante entre los dos grupos fue que los gineco-obstetras insertaron el DIU en todas las pacientes, excepto en una del grupo de las que se les hizo cesárea y sólo colocaron el DIU al 57% de las mujeres del grupo de terminación del embarazo por vía vaginal. No se reportaron ni laceraciones ni perforaciones cervicales.

El embarazo, las dismenorreas y las extracciones del dispositivo por otras causas médicas, fueron similares en ambos grupos. Sin embargo, las tasas de expulsión en las pacientes de cesárea fue significativamente menor que las que los tuvieron por vía vaginal. Ocurrieron 3 expulsiones entre 52 pacientes post-cesárea, comparados con 29 de 147 del grupo de partos por vía vaginal.

La pregunta más importante en relación a nuestro hallazgo es: si la tasa de expulsión entre el grupo post-parto estaba inflada y/o si la tasa de expulsión entre el grupo de DIU transcesárea fue subestimado?. Un estudio de la OMS y otro del Consejo de Población, citan tasas de expulsión igualmente altas ó hasta más altas que las que nosotros reportamos de los DIUs en el post-parto inmediato (2). Por otro lado, dos estudios más, uno en México y otro en China, reportan una tasa de expulsión muy baja del DIU transcesárea (8). En Chile a 600 mujeres con cesárea y a 1,142 con parto vaginal, se les aplicó una T de cobre 200 vaginalmente muchos días después del nacimiento. Aunque la dificultad para colocarlo hasta el fondo uterino fueron las mismas en ambos grupos, las primeras tuvieron solo una tercera parte de expulsiones que las segundas. Considerando tales hallazgos, todo parece sugerir que es de esperarse una tasa menor de expulsión en mujeres con DIU transcesárea independientemente de cual sea la vía de inserción, si el DIU se coloca lo sufi-

cientemente pronto después del nacimiento ó resolución del embarazo. Aún más, parece que la relajación del cárvix es un factor más importante que la incorrecta colocación del DIU para la tasa tan alta de expulsión en las inserciones en el post-parto inmediato. Estamos en desacuerdo debido a que la colocación en el fondo uterino del DIU en el período post-placenta ha mostrado una mayor retención (14,15) que cuando se colocaba en la parte inferior del útero. (16,17)

Se requieren más estudios para evaluar la eficacia y especialmente la seguridad de la aplicación del DIU transcesárea. Esto no sólo tendrá implicaciones programativas, sino que también abre un camino al entendimiento de la dinámica del dispositivo intrauterino y el útero, lo cual podría contribuir a mejorar los Dispositivos Intrauterinos. (2)

La aplicación del DIU transcesárea es un procedimiento útil y representa una alternativa de solución a los problemas que presentan aquellas mujeres, que habiendo sido intervenidas quirúrgicamente, desean protegerse de un nuevo embarazo sin alterar su período de lactancia, ó bien, para aquéllas que se ven impedidas por intolerancia ó contraindicación específica a utilizar otros métodos. El efecto inhibitor de la lactancia de los contraceptivos orales aún con dosis extremadamente bajas aparentemente está bien establecido; aún debe demostrarse la importancia práctica de este hecho.

Debemos hacer mención de ciertas dificultades encontradas para el control adecuado de los casos:

1. La mentalidad de la paciente púérpera concentrada en la atención de su hijo por lo que olvida acudir a las citas.

2. La seguridad y ausencia de complicaciones con este método, las hacen sentirse seguras y olvidan las citas, en ocasiones intencionalmente.
3. En nuestro medio, gran porcentaje de las pacientes se pierden de la consulta y a veces es difícil recuperarlas. (8)

En nuestro país, el Dr. Rafael González y col. en Monterrey, N.L., publicó en 1980 el resultado en 55 casos de 120 en los que aplicó con la mano el ASA de Lippes de filamento largo a través de la histerotomía en el fondo de la cavidad uterina, encontró solamente 5 casos de endometritis como complicación relacionada con el procedimiento y no precisamente por el DIU.

Otro estudio en México realizado por el Dr. Ruiz Velazco, reporta los resultados de la aplicación transcesárea del DIU MLCu 250 en 154 pacientes. Los primeros 8 días se extrajeron un 2,6% y 7,1% para los siguientes, durante dos - - años de observación sólo hubo 4 expulsiones y ningún embarazo. (3)

M A T E R I A L Y M E T O D O S

Se analizaron prospectivamente 110 pacientes. Estas pacientes, todas embarazadas, en el segundo ó tercer trimestre de embarazo, acudieron con el Dr. - - Chon Dávalos en la sala de labor del Servicio de Gineco-Obstetricia. Un 80% aproximadamente de las pacientes, con los antecedentes de cesárea anterior - por diferentes causas, el resto sin antecedentes de haberseles realizado cesárea, pero con diagnósticos de presentaciones pélvicas de los productos, pel vis límite (desproporción cefalopélvica por causa materna), presentaciones - transversas de los productos, malformaciones congénitas de vagina: como vagina tabicada. En todas estas pacientes estaba indicado realizárseles cesárea - electiva. Independientemente de las causas ó indicaciones de las cesáreas, a cada una de las pacientes se les informó en general de métodos anticonceptivos para evitar un embarazo a corto plazo post-cesárea, que podría poner en - peligro, tanto la vida de las pacientes mismas como de sus productos.

El DIU fué el método anticonceptivo que estas 110 pacientes seleccionaron, - preferentemente por los deseo de amamantar a sus hijos con leche materna, por el descuido de tomar la píldora, ya que estarían absortas cuidando a sus be-- bés, lo que acarrearía un embarazo no deseado, y por la tranquilidad con que - llevarían a cabo su vida sexualmente activa, sintiéndose protegidas y seguras de que, mientras no fuese expulsado ó extraído su dispositivo, el embarazo no se presentará tan a corto plazo como se presentaría con otras técnicas; igual - mente por los efectos colaterales tanto físicos como psicológicos que según - éllas han escuchado que provocan otros métodos de anticoncepción.

Inmediatamente después de anestesiada la paciente, se lleva a cabo la asepsia

y antisepsia de la región quirúrgica, colocación de campos estériles (protocolo quirúrgico); se procede a hacer celiotomía con técnica segmentaria transversa ó de Kerr ó tipo Pfannenstiel, continuando por planos hasta útero, se incide cavidad uterina, se obtiene al producto y se dirige al alumbramiento. Inmediatamente se lleva a cabo la revisión de cavidad cuidando que no queden membranas ni restos placentarios, al mismo tiempo palpando toda la superficie uterina en busca de alguna contraindicación para la aplicación del dispositivo intrauterino como método anticonceptivo deseado por la paciente antes de la cesárea.

En las pacientes se les exploró cavidad uterina en su totalidad, no encontrando patología alguna que nos impidiera la colocación del DIU, también se hizo revisión de cavidad pélvica, especialmente los anexos; verificando que estuviesen sin patología alguna.

En este estudio prospectivo, el dispositivo intrauterino seleccionado para nuestras pacientes fue la TCu 200B, que desde hace aproximadamente 3 años se ha estado utilizando en la Clínica H.G.Z, II No. 1 en Mexicali, B.C., en el Servicio de Planificación Familiar.

Inicialmente a 35 pacientes se les aplicó el DIU en el segmento de la cara posterior del útero, de los cuales 8 se fijaron con puntos de catgut crómico 000 y el resto con Vicry. Las pacientes fueron citadas para control en la consulta externa de Gineco-Obstetricia con el Dr. Chon Dávalos a los 10 días.

Posteriormente a 10 pacientes se les fijó el dispositivo con Vicry ó Catgut crómico 000 en cara posterior del útero, pero en esta ocasión a 3 cm. aproximadamente del fondo uterino, a los primeros 10 días de haberseles insertado -

su DIU se les citó para su control,

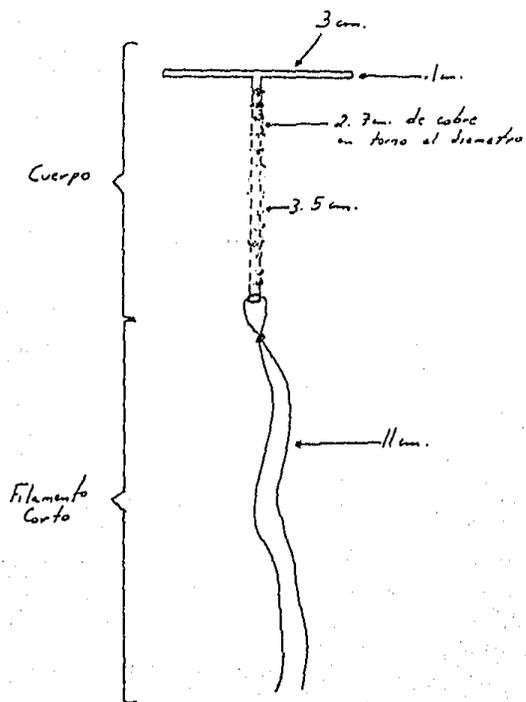
Posteriormente a 10 pacientes se les fijó el dispositivo con Vicry ó catgut - crómico 000 en cara posterior del útero, pero en esta ocasión a 3 cm. aproximadamente del fondo uterino, a los primeros 10 días de habérseles insertado - su DIU se les citó para su control.

Se decidió insertar el DIU en el fondo uterino de 10 pacientes, de los cuales 5 se fijaron con crómico 000 y los otros 5 sin fijación alguna. Citadas a - los 10 días siguientes, al mes, a los 3 meses, a los 6 meses posteriores a la inserción.

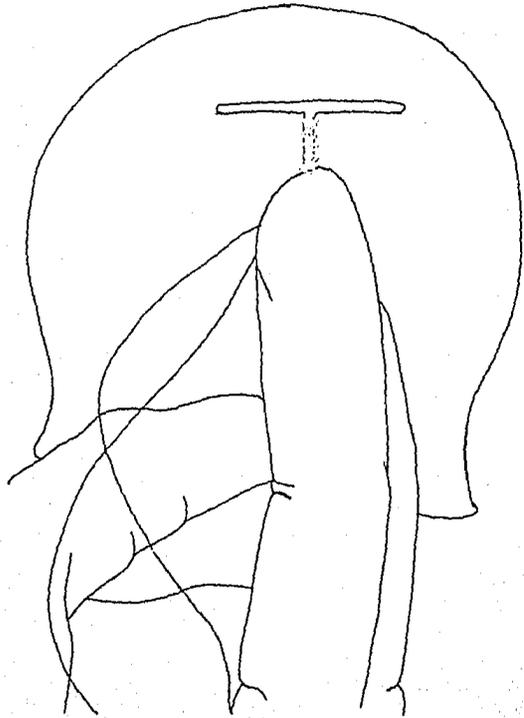
A 55 pacientes restantes se les aplicó el dispositivo intrauterino en el fondo uterino sin fijación alguna, previamente valorando la contractilidad adecuada del útero, palpando la superficie de inserción, aplicándoseles I.V. 20 Unidades de Ocitocina. Al corroborar el tono uterino adecuado, se procede a - alargar los filamentos del DIU, anudando a éstos una porción de catgut simple ó seda, hasta que éstos sobresalgan del cuello uterino, a ésta seda ó catgut - (prolongación de filamentos) se añade una gasa que se extrae por vagina, se - procede a efectuar la histerorrafia y sutura de planos hasta piel; al finalizar la cirugía se corta el extremo del hilo que sujeta la gasa a nivel de vul - va. Las pacientes fueron citadas igualmente que las anteriores, a los 10 - - días, al mes, a los 3 meses y a los 6 meses.

* Las 20 Unidades de Ocitocina diluidas en 1 000 c.c. de solución glucosada al 5% en el transoperatorio.

Dispositivo Intrauterino (DIU) TCu 200B



APLICACION TRANSCESAREA



INDICACIONES DE CESAREA DE 110 PACIENTES CAPTADAS PARA REALIZAR ESTE ESTUDIO,

- 1) Primigestas con productos en presentación pélvica.
- 2) Desproporción cefalopélvica, por pelvis límite en la madre.
- 3) Presentación transversa de los productos.
- 4) Malformaciones congénitas de vagina, como vagina tabicada.
- 5) Embarazos de término con cesáreas anteriores.
- 6) Sufrimiento fetal agudo de los productos.
- 7) Inductoconducciones fallidas en trabajos de parto prolongados.

R E S U L T A D O S

De las 8 pacientes a las que se les insertó el dispositivo en el segmento de la cara posterior del útero, fijándose éste con crómico 000, tuvieron un - - 100% de expulsión en los primeros 10 días de control.

En las 27 pacientes de 35 a las que se les aplicó igualmente el DIU en el - segmento posterior del útero, pero fijándosele con Vicry, a los 10 días que - acudieron a su cita de control post-inserción, se encontró que un 100% se ex - pulsaron.

A 10 pacientes se les aplicó el DIU transcesárea en la cara posterior a - - 3 cm. del fondo uterino del útero, se les fijó con Crómico 000 ó Vicry, a - los 10 días de control todas retenían su dispositivo, pero al mes de control se encontró que el 100% de ellas ya habían expulsado los dispositivos.

En 10 pacientes se les insertó el dispositivo intrauterino en el fondo ute - rino, de los cuales 5 se fijaron con Crómico 000, y los otros 5 se quedaron libres, sin fijación alguna, las pacientes se citaron a los 10 días y las - 10 conservaban su DIU, al mes de control un 50% de las pacientes a las que - se les fijó el dispositivo lo expulsaron y el resto de las pacientes lo re - tenían, se dió otra cita a los 3 meses post-inserción y se encontró que el - 50% de las mujeres a las que no se les fijó el dispositivo, lo expulsaron y el otro 50% lo retenían. A los 6 meses se citan nuevamente las pacientes y 50% restantes que había retenido el dispositivo, tanto con fijación ó sin - élla no lo expulsaron.

METODO DE INSERCIÓN	NUMERO DE PACIENTES	TIEMPO Y % DE EXPULSION
SEGMENTO CARA POST DEL UTERO FIJO CON CROMICO 000	8	A LOS 10 DIAS 100%
SEGMENTO POSTERIOR DEL UTERO FIJO CON VICRY	27	A LOS 10 DIAS 100%
CARA POSTERIOR A 3 CM, DEL FONDO UTERINO, CON CROMICO O VICRY,	10	A LOS 30 DIAS 100%
FONDO UTERINO FIJADOS CON CROMICO 000	5	A LOS 30 DIAS 50%
FONDO UTERINO SIN FIJACION	5	A LOS 90 DIAS 50%
FONDO UTERINO CON PROLONGACION DE FILAMENTOS DEL DIU SIN FIJACION.	55	A LOS 30 DIAS 0% A LOS 90 DIAS 1.8% A LOS 120 DIAS 0%

Las 55 pacientes restantes de las 110 que se concentraron para realizar este estudio, a las que se les aplicó el dispositivo en el fondo uterino, con aplicación de Ocitocina y alargamiento de sus filamentos, en el control de los 10 días, al mes, 3 meses y 6 meses de seguimiento, no se encontró ninguna expulsión, resultado que coincide con el reportado por el Dr. Chen Chi, (2) Se presentó una expulsión a los 3 meses de control en una paciente con productos gemelares (por sobredistensión uterina).

Con el seguimiento establecido de las pacientes a los 10 días, al mes, a los 3 meses y a los 6 meses posteriores a la inserción del dispositivo, se pudo valorar y explorar a la paciente, todas se manejaron con los cuidados rutinarios de una post-cesárea sin dispositivos aplicados, se dieron de alta al no presentar signos de infección de su herida quirúrgica abdominal, involución uterina completa normal, signos vitales en general normales, aproximadamente a los 3 días post-cesárea. A las pacientes de nuestro estudio se les indicaba día y hora para acudir a su control.

Al acudir a su cita de control, se les interrogaba con respecto a alguna anomalía que hubiesen notado posterior a la aplicación de su DIU; algunas manifestaron dismenorreas, aumento en la cantidad de sangrado, tiempo más prolongado de la duración de su menstruación. Ninguna refirió ningún otro dato que motivara la extracción del dispositivo, por el contrario, todas manifestaron sentirse más seguras y sin temores porque podían amamantar al seno materno a sus hijos, su vida sexual es más satisfecha ya que no existe un gran porcentaje de riesgo de un embarazo no deseado ó a muy corto plazo post-cesárea. Se les interrogó si deseaban se les extrajera, y nos sorprendió la gran aceptación del método, ninguna tuvo respuesta afirmativa.

Con respecto a las complicaciones por la inserción del DIU no se reportó ninguna, no presentaron nuestras pacientes ningún signo de infección ni inflamación pélvica. (19)

GRUPOS DE EDAD Y PARIDAD

AÑOS	PACIENTES	PARIDAD	CESAREAS PREVIAS
DE 15 - 19	32	0-2	1-2
DE 20 - 24	73	0-2	1-2
DE 25 - 29	5	0-3	0

CONTROLES DE EXPULSION

APLICACIONES POST-CESAREA
55 PACIENTES

1 MES	0.0 %
3 MESES	1.8 %
6 MESES	0.0%

PORCENTAJE COMPARADO CON EL ENCONTRADO POR EL DR. CHEN CHI

CONTROLES DE EXPULSION

APLICACIONES POST-CESAREA
100 PACIENTES

1 MES	0.0 %
3 MESES	4.1 %
6 MESES	4.1 %

COMENTARIO

Este es un estudio prospectivo que nos ayuda a analizar la aceptación y efectividad del Dispositivo Intrauterino, independientemente de su método de inserción. Este método de aplicación del DIU transcesárea ha sido una experiencia que nos proporcionó satisfacción, debido a que los resultados muestran disminución considerable de complicaciones de infección ó inflamación pélvica. Proporcionó seguridad en las pacientes, lograron amamantar a sus hijos con leche materna sin temor a efectos no deseados, manifestaron tranquilidad y mayor satisfacción en su vida sexual activa, ya que no existe la posibilidad de un embarazo no deseado; el plazo de la presentación del embarazo se retarda evitando las complicaciones que pudiesen presentarse en una paciente con cesárea con un nuevo embarazo en un lapso menor de dos años.

Es muy importante que a las pacientes embarazadas se les explore, interroguen y se realice una buena Historia Clínica para que el médico familiar ó de primer nivel capte oportunamente los embarazos de alto riesgo, enviándose para su valoración al segundo nivel y se evite exponer a consecuencias funestas a las pacientes. Igualmente se recomienda hacer difusión de los diferentes métodos de anticoncepción que el Departamento de Planificación Familiar del I.M.S.S. proporciona, para que al término de su embarazo las pacientes, conociendo las indicaciones ó contraindicaciones de cada uno de ellos, elijan el que más les sea conveniente. Todos los métodos anticonceptivos deben individualizarse. (12)

CONCLUSIONES

Basándonos en los datos del estudio previo, se concluye:

- I. Aprobación y aceptación completa de nuestra Hipótesis.
- II. La cuidadosa selección de pacientes, la elaboración de una buena historia clínica y el seguimiento adecuado post-inserción del DIU transcesárea, nos ayudan a elaborar un estudio de investigación valioso.
- III. La aplicación del dispositivo intrauterino transcesárea, como los demás métodos anticonceptivos, debe individualizarse. Probablemente es el método más eficaz para evitar la concepción en las madres lactantes. La inserción en el post-parto inmediato ha sido preconizada por Halbert y col. (12)
- IV. Se ha observado que por este método de inserción, las infecciones pélvicas no se presentaron en nuestras pacientes, puesto que la inserción ha sido realizada en un quirófano con toda la asepsia y antisepsia de rigor.
- V. La aplicación del dispositivo intrauterino transcesárea tiene magnífica aceptación por las derechohabientes de la Clínica No. 1 de Mexicali, B.C.
- VI. Otra de las ventajas de la inserción del DIU transcesárea es que anula la posibilidad de una perforación uterina, al igual que una translocación uterina del DIU.

R E S U M E N

En el H.G.Z. II No. 1 de Mexicali, B.C., en la Sala de Labor del Servicio de Gineco-Obstetricia, se reclutaron 110 pacientes programadas para cesárea electiva por diversas indicaciones, y motivadas para la aplicación del DIU.

A todas las pacientes se les aplicó el dispositivo intrauterino TCu 200 B - - transcesárea posterior a la expulsión dirigida de la placenta, se les llevó control citándolas a los 10 días post-inserción del DIU, al mes, a los 3 meses y a los 6 meses, para evaluar los efectos secundarios que refirieron las pacientes, la aceptación ó rechazo del método anticonceptivo, cantidad de expulsiones de los mismos, vigilancia de algún signo de complicación por la técnica empleada.

Las tasas de expulsión fueron mínimas con la aplicación del DIU TCu 200B, lo que concuerda con los reportes encontrados en la escasa literatura referente a la aplicación de DIUs transcesárea.

Las 35 pacientes a las que se les fijó el DIU con crómico y Vicry en segmento de la cara posterior del útero los expulsaron todas, a los 10 días.

También expulsaron los dispositivos las pacientes a las que se les insertó en cara posterior del útero a 3 cm. del fondo uterino, a los 10 días a pesar de haberse fijado con crómico ó Vicry.

A las 5 pacientes que se les insertó el DIU fijándose en el fondo uterino, expulsaron sus dispositivos al mes de control.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

5 pacientes a las que se les colocó el DIU transcesárea en el fondo uterino pero sin fijación, expulsaron sus dispositivos a los 3 meses de control.

A las 55 pacientes restantes se les insertó el DIU en el fondo uterino sin fijación, cerciorándose del buen tono uterino, con la aplicación de Ocitocina I.V. y alargando los filamentos con seda ó catgut simple, siguiendo - su control hasta los 6 meses no tuvieron expulsiones.

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

1. PARIKH, M.N. Multiload Cu IUD at Cesarean Delivery
Congreso Mundial de Ginecología y Obstetricia.
Berlín Alemania, 1985. P. 269
2. CHEN CHI M.D. Post-Cesarean Section Insertion of Intrauterine Devices.
Public Health Briefs. American Journal of Public Health.
Noviembre, 1984. 74 (11):1281
3. Folleto: VI Reunión Nacional Anual de Planificación Familiar. IMSS.
Subdirección General Médica, Jefatura de Planificación Familiar.
Noviembre, 1984.
4. URBINA, FUENTES MANUEL, DR.
Repercusión de la Planificación Familiar en la Salud Materno Infantil.
Atención Médica. Junio, 1985.
5. Tesis: Complicaciones del Dispositivo Intrauterino Tipo "T" de Cobre
220 aplicado Post-Parto, Post-aborto y Transcesárea, en el Servicio de
Tocoquirúrgico del Hospital General de Zona II No. 1 de Mexicali, B.C.
en un lapso de 6 meses.
Dra. Elba Luz Zúñiga. 1982.
6. Boletín de Planificación Familiar, Dispositivos Intrauterinos.
I.M.S.S. Septiembre, 1981. 3(9):1-4
7. EDELMAN DAVID A. ET. AL. POST PARTUM CONTRACEPTION.
International Journal of Gynecology and Obstetrics.
1981. 19:305-311
8. GONZALEZ RAMIREZ RAFAEL, DR.
Inserción de Dispositivo Intrauterino Transcesárea. Informe preliminar
Ginecología y Obstetricia de México.
Marzo, 1980. 47(3):163-167
9. Boletín de Planificación Familiar. Inserción de DIU Post Placenta.
IMSS. Junio 1980. 2(6):4
10. Population Reports. DIUs. Actualización sobre Inocuidad, Efectividad
e Investigaciones.
Enero, 1980.
11. LEON, TABAH: El futuro Demográfico del Mundo.
Mundo Médico. Diciembre, 1978. P. 100
12. HALBERT DR. ET.AL: Insertions of the Lippes Loop in the immediate Post -
Partum Patient. Comparison with later insertions.
South Medical Journal. 1971. 64:707

13. S. Díaz, O. Peralta, G. Juez, C. Herrerros, M.E. Casado, A.M. Salyatierra, P. Miranda, E. Durán y H.B. Croxatto (Santiago, Chile)
Influencia a corto plazo de bajas dosis combinadas de contraceptivos orales sobre la lactación y el crecimiento del lactante.
Year Book de Obstetricia y Ginecología Pitkin/Zlatnik. 1984 P. 220
14. Lawfe, L.; Wheeler, R. y Friel, P.: Modification of intrauterine devices for post-partum insertion. Lancet 1:853, 1979.
15. Hagbard, L.; Igemanson, C.A. y Sorbe, B.: Early post-partum insertion of copper IUD. Contraception, 17:355, 1978.
16. Shwartz, D.P.; Ballard, T.H. y Felton, H.T.: The introduction of contraception in an urban public hospital. Am. J. Obstet, Gynecol. 97:189, 1967.
17. Zatuchni, G.I.: International post-partum family program. Am. J. Obstet. Gynecol. 100:1028, 1968.
18. Reynoso Leobardo, Dr. Arévalo Noel, Dr. Lara Roger, Dr. Aznar Ramón.
Aplicación post-placenta de cinco tipos de diferentes Dispositivos Intrauterinos. Ginecología y Obstetricia de México. Mayo 1982.
Vol. 50 No. 301. Pag. 107
19. Herrera Lasso Fernando, Dr. Morales Rivera Ariel, Dr. Dispositivos intrauterinos inertes. Actualidades en Ginecología y Obstetricia.
VII Congreso Mexicano de Ginecología y Obstetricia. México, 1978.
Vol. III Pag. 187.
20. Michell, D.R.; Bell, J.H. Good, R.E. y Moyer, D.L.: The intrauterine - device: a bacteriologic study of the endometrial cavity. Am. J. Obstet. Gynecol. 96:119, 1966.