



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO

IZTACALA

Eficacia y Efectos Colaterales  
del Diu Trancesarea

TESIS PROFESIONAL  
PARA OBTENER EL TITULO DE  
La Especialidad en Ginecología y Obstetricia  
H. G. O. 3 C. M. LA RAZA  
P R E S E N T A

DR. ALFREDO ALANIZ SANCHEZ

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

MEXICO, D. F. 1986



## **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 .....	1
JUSTIFICACION .....	2
ANTECEDENTES CIENTIFICOS .....	3
OBJETIVO FUNDAMENTAL DEL ESTUDIO .....	7
MATERIAL Y METODOS .....	7
ANALISIS DE LOS RESULTADOS .....	11
DISCUSION .....	22
CONCLUSIONES .....	24
RESUMEN .....	26
BIBLIOGRAFIA .....	28

## INTRODUCCION:

La práctica de la anticoncepción es tan antigua como la humanidad misma, se relatan procedimientos variados que van desde el paganismo-mágico a fundamentos científicos valederos.

La planificación familiar actual tiene por objeto el crear una paternidad responsable, entendiéndose a ésta como el deseo y la convicción de engendrar en forma libre y consciente el número de hijos que se deseen, el de espaciar el nacimiento de los mismos de acuerdo a circunstancias particulares y de permitir una adecuada integración del núcleo familiar.

El índice de crecimiento demográfico en México ocupa uno de los primeros lugares del mundo ya que creció a un ritmo del 3.2% hasta 1980.

Tenemos pues que la extensión del Territorio Nacional será insuficiente a corto plazo, ya que nuestro crecimiento supera los cálculos sobre la producción de materias alimenticias por lo que los bienes de consumo, servicio público no se multiplican en forma adecuada para evitar el desempleo; la ignorancia, la desnutrición, la pobreza son factores que agravan el problema de la sobrepoblación.

El tipo de pirámide poblacional que presenta nuestro país caracterizado por una gran base constituida por pacientes jóvenes y grandes multiparas, que presenta un evaluado -- índice de frustración hacen imprescindible intensificar -- el programa de planificación familiar.

#### JUSTIFICACION:

Considerando que la población de este hospital esta constituido por pacientes con embarazos de alto riesgo y un porcentaje mayor del 40% de estas gestaciones, se resuelve por vía abdominal, resulta problemático proporcionar -- un método anticonceptivo que cubra las necesidades de efi cacia e inocuidad con la finalidad de espaciar sus embara zos y de proporcionar al neonato una lactancia materna -- adecuada.

Por esta razón, se ha decidido aplicar el DIU transcesárea durante el acto quirúrgico proporcionando a las pacientes efectividad y comodidad en el control de su fertilidad y con efectos colaterales mínimos a nulos.

La aplicación del DIU en el acto quirúrgico se plantea en ese momento, ya que las pacientes sometidas a la operación cesárea una vez egresadas del hospital no acuden en forma

temprana para llevar un método de anticoncepción y no se les cubre tampoco en el postoperatorio mediato. De donde estas pacientes llevan un alto riesgo reproductivo por presentar un acto quirúrgico reciente y con altas posibilidades de una gestación a corto tiempo.

Se tiene información de que el índice de la operación cesárea tiende a incrementarse de un 5.5% en 1970 a un 16.5% en los años 80 en los Estados Unidos (17).

Con advenimiento del concepto de embarazo de alto riesgo y de la perinatología, este porcentaje se eleva del 23 al 60%, de ahí que se justifique la aplicación del dispositivo transcesárea que es poco frecuente, ya que el ginecoobstetra no está convencido de aplicar este método para la planificación familiar probablemente por el desconocimiento de la morbi-mortalidad, así como resistencia al cambio de conducta.

#### ANTECEDENTES CIENTIFICOS:

El empleo sobre los dispositivos intrauterinos han cambiado radicalmente y podemos contrastar diferentes épocas que marcan desde su rechazo casi absoluto en sus inicios, a una mayor aceptabilidad en la época actual. Esto es debido

a que existe una población altamente receptiva y como consecuencia una disminución significativa de las tasas de fecundidad de la población femenina en la edad reproductiva.(1.7)

Los resultados de la aplicación del dispositivo en el puerperio postparto han sido estudiadas por investigadores nacionales (3,14,16), igualmente la aplicación del DIU transcesárea lo han reportado González Ramírez y Montes (8.13) - en nuestro hospital, la literatura, internacional no es muy abundante de la colocación del DIU transcesárea como lo muestra Chi Ic, Chung Hua Fu (4,5,6,11), con resultados variables y poco confiables pues no tienen seguimiento de las pacientes en el puerperio tardío, desconociéndose la frecuencia de complicaciones, expulsiones, rechazo psicológico e intolerancia local cuando su aplicación es durante el acto quirúrgico o después de éste.

La anticoncepción por intermedio del dispositivo transcesárea ha sido poco estudiada (4,5,8,10), y practicamente no se cuenta con bibliografía que apoye o descarte su uso, ya que puede ser un medio propicio que aumente las complicaciones, aunado a su decredito por las expulsiones e infección, por esta razón existe inquietud legítima para su utilización. (4,5,8).

El mecanismo de acción anticonceptiva del DIU aún es incierta, pero se piensa que existen alteraciones celulares y bioquímicas en el endometrio, condicionando una reacción local inflamatoria como respuesta a un cuerpo extraño, acumulando se en el endometrio leucocitos polimorfonucleares y exudado de células gigantes y plasmáticas que teóricamente pueden fagocitar al espermatozoide o al óvulo fecundado: igualmente, estos cambios endometriales la hacen poco receptivo para la implantación del cioto ¿Aborto ovular?.

Los DIUS con cobre interfieren a nivel del endometrio con sus sistemas enzimáticos, con el contenido de ácido desoxirribonucleico, afectan el metabolismo del glucogéno, se incrementa la reacción inflamatoria y sus iones son potencialmente tóxicos a los espermatozoides.

Los diferentes dispositivos intrauterinos incrementan la intensidad de las contracciones del miometrio, debido a que actúan como cuerpo extraño (15), la intensidad y frecuencia de la actividad uterina decrecen al 65o. día postaplicación (2).

Algunas evidencias sugieren un poder embriotóxico de los leucocitos polimorfonucleares, acelerando en ocasiones el progreso del óvulo sin que llegue éste a madurar y pueda



ser fecundado por un espermatozoide incompletamente capacitado, o bien con una progresión acelerada del huevo que no encuentra un estroma maduro apto para la nidación.

Se reporta un dudoso aumento con la frecuencia de embarazos ectópicos en pacientes portadores de DIU por inflamación a nivel de la región ampular hecho que es aceptada por investigadores entre los cuales esta Craig y Kleiman. (18).

El DIU es el que tiene más alto índice de continuidad que otro método anticonceptivo temporal, y se señala una efectividad de menos de 6 embarazos por 100 años mujer de uso y meros de 10 muertes por un millón de años-mujer de uso. (18).

Las complicaciones en su aplicación transcesárea en pacientes en área urbana y en áreas rurales es menor del 3% y no se reportan expulsiones. (13).

Las ventajas en el uso y aplicación del DIU que se han de considerar en el puerperio son:

- 1.- No interfieren en la cantidad ni en la calidad de la leche materna.

- 2.- Su acción del DIU es local, no afectando al resto del organismo.
- 3.- Permite espaciar los embarazos.
- 4.- Su aplicación es en una sola sesión.
- 5.- Sus efectos colaterales son mínimos.
- 6.- Requiere de poca atención por parte de las mujeres que lo portan y su revisión es sencilla.
- 7.- No interfiere con la ovulación ni con la esteroidogénesis.
- 8.- Tiene alto índice de continuidad.

#### OBJETIVO FUNDAMENTAL DEL ESTUDIO:

Conocer la eficacia anticonceptiva del DIU aplicado durante la operación cesárea y evaluar sus efectos colaterales y efectividad a los 6 meses de colocado.

#### MATERIAL Y METODOS:

Se tomaron dos grupos de pacientes:

El primer grupo constituido por 60 pacientes a las cuales se les efectuó operación cesárea y se les aplicó el DIU - transcesárea de la siguiente forma:

Posterior al alumbramiento, se efectuó limpieza de la cavidad uterina y con infusión de ocitocina intravenosa, se -- aplicara el DIU TCU 220 con pinzas de Foerester en el fondo uterino, sacandose por vía transcervical los hilos, los cuales eran enrollados en una gasa estéril, dejandose el dispositivo libre en la cavidad uterina, posteriormente al cierre de la pared abdominal se saca la gasa cuidadosamente y se cortaran los hilos del DIU.

El segundo grupo formado de 25 pacientes a las cuales se les efectuó operación cesárea y se les aplicó el DIU en el puerperio mediano entre 24 a 48 horas posterior a la operación.

La aplicación del DIU se efectuó con pinzas de Foerester y con la paciente en posición ginecológica

Los criterios de inclusión son pacientes con:

- 1.- Cirugía electiva.
- 2.- Sin complicación transoperatoria o anestésica.
- 3.- Con producto único vivo.
- 4.- Que no tuvieran enfermedades sistémicas.
- 5.- Que presentaran su primera o segunda cesárea.
- 6.- Que no existiera contraindicación para la aplicación del DIU.

Los criterios de exclusión fueron:

Todas aquellas que no cumplan los criterios de inclusión.

Las características del dispositivo intrauterino empleado son:

El TCU 220, tiene la forma de T; cuya estructura es de polietileno, con un contenido de 20% de sulfato de Bario. - Su rama horizontal o "Brazos" mide 32 mm, la vertical o "Tallo" de 38 mm y el diámetro de ambas ramas es de 1.55 mm.

El cobre se encuentra distribuido en cinco "camisas" cilíndricas colocadas tres en el "Tallo" y dos en los "Brazos" conteniendo 503 mg del metal puro, del cual se liberan aproximadamente 25.7 microgramos al día. Del extremo caudal del tallo se desprende un monofilamento de polietileno de 30 cm de longitud.

El seguimiento de las pacientes fué:

- 1.- Una vez engrasadas las pacientes del hospital se les citó a los 6 meses y 3 meses con el fin de valorar -- eficacia y efectos colaterales del DIU investigandose

los parámetros siguientes:

- a).- Presencia o ausencia de leucorrea patológica.
- b).- Dismenorrea.
- c).- Dispareunia.
- d).- Inflamación pélvica
- e).- Sangrados intermenstruales.
- f).- Presencia o ausencia de embarazo.
- g).- Índice de expulsión.
- h).- Causa de retiro del DIU.

2.- Se tomo placas de Rx de pelvis para visualizar la ubi  
cación del DIU.

## ANALISIS DE LOS RESULTADOS:

Conforme a la edad en las pacientes se encontro:

TABLA 1.

E D A D	No. de Pacientes con DIU TRANSCESAREA	No. de Pacientes con DIU POSTCESAREA	TOTAL
17 a 20 años	10	7	17
21 a 24 años	20	8	28
25 a 28 años	16	3	19
29 a 31 años	7	3	10
32 a 35 años	<u>7</u>	<u>4</u>	<u>11</u>
TOTAL:	60	25	85

Se observa que la aplicación del DIU se efectuó con más frecuencia en pacientes con edad de mayor grado de reproductividad dando un porcentaje de 33.3% entre las edades de 21 a 24 años para el DIU Transcesárea y de 32% para las pacientes del grupo Postcesárea.

ANTICONCEPCION PREVIA:

TABLA 2.

T I P O	No. de Pacientes con DIU TRANSCESAREA	No. de Pacientes con DIU POSTCESAREA	T O T A L No.	%
SIN METODO	36	16	52	61.1 %
CON METODO:				
HORMONALES	12	2	14	16.4 %
LOCALES	3	3	6	7.0 %
DIU	<u>9</u>	<u>4</u>	<u>13</u>	<u>15.2 %</u>
TOTAL	60	25	85	100.00%

Como podemos observar el 61.1% de las pacientes no llevaron anticoncepción previa; llevando control solo 38.6% y de estas su uso máximo fue de 2 años y el mínimo de 4 meses, por lo que es necesario el cubrirlas en este aspecto.

En lo referente al número de gestaciones se encontro:

TABLA 5.

G E S T A	No. de Pacientes con DIU TRANSCESAREA	No. de Pacientes con DIU POSTCESAREA	TOTAL
I	27	12	39
II	25	9	34
III	5	3	8
IV	3	1	4
TOTAL:	60	25	85

Encontramos que en 18 pacientes del grupo Postcesárea ya -- que tenia antecedentes de una cesárea previa dando un porcentaje de 30% y en grupo postcesárea se encontro un porcentaje de 28%, por lo que es importante el espaciar los embarazos en estas pacientes y evitar al máximo la morbi-- mortalidad en estas pacientes y el puntaje considerado en ellas por dos cirugias previas a nivel uterino es elevado y por lo tanto de alto riesgo la siguiente gestación.

Este evento habla que una de 3 mujeres tienen cicatriz uterina anterior.

#### EDAD DE LA GESTACION:

Todos los embarazos fueron a término, excepto 2 casos con productos menores de 36 semanas de gestación en el grupo Transcesárea.



## INDICACION DE LA CESAREA:

TABLA 4.

INDICACION DE LA CESAREA	Pacientes con	Pacientes con	T O T A L	
	D I U TRANSCESAREA	D I U POSTCESAREA	No.	%
DESPROPORCION FETO-PELVICA	29	12	41	48.2 %
SUFRIMIENTO FETAL AGUDO	14	2	16	18.8 %
BAJA RESERVA FETAL	6	4	10	11.7 %
PREECLAMIA	2	4	6	7.0 %
PRESENTACION PELVICA	3	2	5	5.8 %
PERIODO INTER-GENESICO CORTO	2	0	2	2.3 %
ISOINMUNIZACION MATERNO-FETAL	1	0	1	1.1 %
PRIMIGESTA AÑOSA	1	0	1	1.1 %
OTROS	<u>2</u>	<u>1</u>	<u>3</u>	<u>3.5 %</u>
TOTAL:	60	25	85	100.0 %

Como observamos la desproporción feto-pelvica ocupa el primer lugar (48.2%) en la indicación de la cesárea; el segundo lugar lo ocupa el sufrimiento fetal (18.8%) y el tercer lugar con 11.7% la baja reserva fetal, comparada como lo muestra (17) la desproporción feto-pelvica ocupa el primer lugar en los E.E.U.U.

EXPLORACIONES EFECTUADAS:

TABLA 5.

No. DE TACTOS EFECTUADOS	Pacientes con D I U TRANSCESAREA	Pacientes con D I U POSTCESAREA	TOTAL
de 1 a 2	3	3	6
de 3 a 4	30	12	42
de 5 ó más	<u>27</u>	<u>10</u>	<u>37</u>
TOTAL:	60	25	85

En el cuadro anterior se muestra que solo 6 pacientes tuvieron 1 ó 2 tactos y que 79 pacientes presentaron 3 ó más tactos, esto es muy significativo y que debe considerarse para ubicar las complicaciones, infecciones que erróneamente pueden ser atribuidas al DIU.

Así mismo se ha mencionado que al aplicar el DIU, en especial en forma transcesárea se dejan los hilos en la vagina en forma retrograda, pudiendo ascender los microorganismos por medio de los hilos del DIU.

#### ANESTESIA:

En todas las pacientes la anestesia aplicada fué el bloqueo peridural sin incidentes o complicaciones durante o posterior a la cirugía.

#### APLICACION:

En lo referente a la técnica de aplicación no se reportaron dificultades para aplicar el DIU en la forma transcesárea - como en la postcesárea.

No se reportan además lesiones uterinas o accidentes durante su aplicación o a su extracción.

Esto tal vez debido a que su aplicación en la forma transcesárea se efectue a cielo abierto y no se requiere demasiadas manipulaciones por el aplicador y debe existir habilidad para dejarlo en el fondo uterino y el sacarlo vía transcervical.

#### COMPLICACIONES:

En cuanto a expulsiones o retiro del DIU se encontro que:

En el grupo Transcesárea en 2 casos se retiro el DIU por el desarrollo de deciduitis dando un porcentaje de 3.3% en infección, un retiro por dolor y alteraciones menstruales a --

los 5 meses de aplicado dando un porcentaje de 1.6%

En el grupo postcesárea encontramos: Un DIU se encontraba traslocado (4%); en otro caso se retiró a los 5 días post aplicación por deciduitis (4%) y en otros dos casos se retiró por dolor y por razón personal (8%).

Por lo que se determina que la infección se presentó con más frecuencia y puede ser condicionante las exploraciones repetidas y que se debe contar por lo menos en las pacientes con exudados cervicovaginales para descartar una infección ascendente hacia la cavidad uterina.

La medicación en las pacientes encontramos:

TABLA: 6.

TRATAMIENTO MEDICO	Pacientes con DIU TRANSCESAREA	Pacientes con DIU POSTCESAREA	TOTAL
SIN TRATAMIENTO MEDICO	53	20	73
CON TRATAMIENTO MEDICO	5* 2**	4* 1**	9 3
TOTAL:	60	25	85

\* ANTIHIPERTENSIVOS: DURANTE EL PRE Y POSTOPERATORIO A -  
BASE DE ALFAMETILDOPA; HIDRALAZINA  
E ISOSXUPRINA.

\* \* ANTIMICROBIANOS: EN EL POSTOPERATORIO SOLAMENTE A BA  
SE DE AMPICILINA. GENTAMICINA Y ER-  
GONOVINA POR ESPACIO DE 5 A 10 DIAS.

A las pacientes se les recortó el hilo del DIU a las 5-6 -  
semanas postcirugía por encontrarse redundante en vagina.

TABLA 7.

REINICIO DE LA VIDA SEXUAL	Pacientes con D I U TRANSCESAREA	Pacientes con D I U POSTCESAREA	TOTAL
1 a 2 meses	3	1	4
3 a 4 meses	23	8	31
5 a 6 meses	<u>34</u>	<u>16</u>	<u>50</u>
TOTAL:	60	25	85

Estos datos apoyan que una vez terminado el puerperio se -- reinicia en forma paulatina y progresiva su vida sexual por lo que el aplicar el DIU permite espaciar y planear los embarazos.

Se refirió dismenorrea en un 13% del grupo Transcesárea y -- en un 7% de las pacientes del grupo postcesárea.

La dispareunia no se manifestó en 58 de 60 pacientes (95%) -- del grupo transcesárea y en un 92% del grupo Postcesárea.

En ambos grupos las pacientes amamantaron a los productos -- salvo de las 3 pacientes que cursaron con deciduitis (3.52%) una permaneció hospitalizada por espacio de 10 días y las otras dos por 13 días.

La ubicación del DIU investigada por la placa simple se -- encontró en un 91.7% en el restante se retiró por infección dolor y alteraciones menstruales y por razones personales.

No se detectó en las 85 pacientes embarazo.

Como podemos inferir a los 3 meses la dispareunia se manifestó con mayor frecuencia dandonos un porcentaje de 8.23% en 7 de 85 pacientes, a comparación de los 6 meses en que la dismenorrea ocupó el primer lugar como manifestación -- dando un porcentaje de 36.4% en 31 de 85 pacientes, tal -- vez en esta última debido a lo recién de la cirugía, a la involución uterina y actuando ya el dispositivo como cuerpo extraño adaptándose el útero a este.

Se debe considerar que aunado a la dismenorrea otro punto a considerar es el que exista aumento de pérdida sanguínea - menstrual como lo reporta Aznar incrementándose hasta un - 64.1% al sexto mes de uso del DIU, pero sin cambio significativo en la hemoglobina venosa.

Pese a que no se reportó embarazo, la eficacia anticonceptiva del DIU es aún inconclusa a los 3 y 6 meses, ya que se supone la lactancia y ésta actúa como anticonceptivo - natural y el efecto del DIU in situ se debe valorar una - vez suspendida la lactancia y esperamos la misma eficacia en aquellas que se les aplique fuera del estado gravido - puerperal.

**CONTROL A LOS TRES MESES:**

De las 60 pacientes del grupo Transcesárea se les efectuó un control a los 3 meses de aplicado el DIU a solo 20 pacientes y a 10 de las 25 enfermas del grupo Postcesárea observando que:

**TABLA 8.**

**RESULTADO A LOS TRES MESES:**

COMPLICACIONES	Pacientes con	Pacientes con	T O T A L	
	D I U TRANSCESAREA	D I U POSTCESAREA	No.	%
Laucorrea Irritativa	1	1	2	28.57
Dispareunia	2	1	3	42.85
Inflamación Pélvica leve	0	1	1	14.28
Deciduitis	1	0	1	14.28
TOTAL:	4	3	7	100.00

De un total de 85 pacientes solo se observo complicación en 7 pacientes esto es un 8.23%

**RESULTADO A LOS SEIS MESES:**

COMPLICACIONES	Pacientes con	Pacientes con	T O T A L	
	D I U TRANSCESAREA	D I U POSTCESAREA	No.	%
Dispareunia	2	2	4	12.90
Dismenorrea	13	7	20	64.51
Retiro de DIU por Deciduitis	2	1	3	9.67
Retiro de DIU por Traslocación	0	1	1	3.22
Retiro de DIU por dolor y alt. menstruales	1	2	3	9.67
TOTAL:	18	13	31	100.00

De un total de 85 pacientes se observo en 31 pacientes complicaciones esto es un 36.4% cambiando la sintomatología y con más frecuencia a la dismenorrea.



## DISCUSION:

Los puntos a considerar en cuanto a la cirugía y la aplicación del dispositivo intrauterino Transcesárea y Postcesárea era la respuesta del útero a una herida, la presencia de un cuerpo extraño (DIU) y las características propias de subinvolución:

- 1.- La presencia de diferentes dispositivos intrauterinos incrementan la intensidad de las contracciones uterinas y estas decrecen a los 65 días (2.15), se refiere que la respuesta del útero en el puerperio postcesárea es para el tono permanece alto hasta el décimo día y luego decrece, la intensidad es baja y la frecuencia permanece alta de 15 a 20 contracciones en 10 minutos. (9.15).

Es obvio que al continente (útero) y el contenido (DIU) sus dimensiones comparativas son amplias y de importancia para que este último permanezca in situ a su colocación inicial.

En base a lo expuesto el porcentaje de expulsiones que registramos fué nulo y bajo; reportando 3 expulsiones en 52 casos (5).

Pese a la subinvolución uterina y a las dimensiones del --

DIU no se registraron expulsiones espontaneas y que su re tiro en las pacientes fue debido a infección, traslocación dolor y alteraciones menstruales. Dandonos un porcentaje de retiro de 4.9% para el grupo Transcesárea y de 16% para el grupo Postcesárea: Comparandola con una casuistica en donde se aplico DIU en 325 pacientes postplacenta fué de 11.9% (3) de retiros y de 12.7% reportada por Martínez (14) en 100 pacientes.

Esta baja tasa de retiros parece ser debido a la correcta aplicación del dispositivo pues en el transcesárea se hace a cielo abierto.

Por infección tuvimos 3.3% para el grupo Transcesárea y -- de 4% en el grupo postcesárea a comparación de 0.6% reportada por Castelazo (3). Si reflexionamos en relación a estos resultados se desprende que la conducta idonea es la - aplicar transcesárea el dispositivo pues presenta menor -- número de complicaciones, mejor colocación y mayor tolerancia.

## CONCLUSIONES:

- 1.- Se debe difundir este método de anticoncepción en todas aquellas unidades en donde se presta atención obstétrica de alto riesgo y aplicarse en caso de que no exista contraindicación, ya que un gran porcentaje de pacientes se descuida y no se les cubre con un método anticonceptivo.
- 2.- Observemos que la respuesta del útero del DIU, tanto actuando este como cuerpo extraño y con cicatriz del útero por la cirugía reciente no parece interferir en su involución normal ni con la efectividad anticonceptiva del DIU, ni con expulsiones.
- 3.- Se debe tener medios de cultivo tanto de cavidad vaginal como de la uterina para descartar presencia de microorganismos que pudieran ser potencialmente causantes a infección.
- 4.- Se debe seguir por más tiempo a las pacientes y compararlas con aquellas en que se les aplique fuera de embarazo o del estado grávido puerperal para establecer si esta o no contraindicado y se goza del mismo efecto anticonceptivo, y no se vea oculta su efectividad.

dad por la lactancia que actúa como anticonceptivo - natural.

- 5.- Que es legitima la inquietud para seguirlo aplicando en aquellas pacientes en las que no se contraindique tanto en el transoperatorio como en el puerperio inmediato y tardio.
- 6.- El número de tactos previo a la cesárea puede condicionar aumento de la morbilidad.
- 7.- Que la complicación infecciosa es baja al acto quirúrgico en sí en aquellas pacientes portadoras del DIU y en aquellas en las que se efectúa la operación cesárea.
- 8.- Que se debe ampliar esta exposición ya que con una comunicación mayor se podrá tener argumentos firmes que avalen la conducta médica.
- 9.- A las pacientes calificadas con embarazo de alto riesgo sin duda este método seguramente tendrá mayor aceptación para espaciar las gestaciones en este tipo de pacientes.

## RESUMEN:

Se tomaron dos grupos:

El primero formado de 60 pacientes a las cuales se les aplico el DIU transcesárea (TCu 220 de filamento largo), excluyendose a las que tuvieran contraindicación en su aplicación.

El segundo grupo consto de 25 pacientes a las cuales se les aplico el DIU postcesárea entre 48 a 72 horas posteriores a la cirugía.

A ambos grupos se les llevo un control a los 3 y 6 meses después de aplicado el DIU, todas las pacientes fueron vistas y operadas en el H.G.O. 3 C.M. la "Raza".

Tomandoseles placa de pelvis para visualización del DIU.

Se encontro que se tuvo 3.3% y 4.0% de infección para el grupo Transcesárea y Postcesárea.

Se encontro el DIU en un 91.7% de todas las pacientes por placa simple de abdomen.

No se reportaron expulsiones espontaneas del DIU en los dos grupos, así mismo no se reportan embarazos en aquellas

pacientes portadoras del DIU.

Es necesario evitar exploraciones múltiples en las pacientes para evitar una mayor morbilidad y debemos contar con medios de cultivo tanto vaginal como de cavidad uterina - para tener argumentos firmes que avalen la conducta médica.

Por el momento pese a que se cuenta con poca bibliografía y son pocos los informes de su indicación es legítima la inquietud para seguir utilizando su aplicación.

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

- 1.- Baharnsupwat L.: Immediate postpartum IUD insertion. *Obstet Gynecol* 38:276;1971
- 2.- Bahamondes Mues Luis G.: Efecto del dispositivo "Cu 200 sobre la contractilidad del útero humano durante el puerperio normal. Tesis para obtener el título de la Especialidad en -- Ginecología y Obstetricia. H.G.O. 3 CMR 1977.
- 3.- Castelazo J.M.; Palomino L.: DIU tras el alumbramiento, frecuencia de expulsión y morbilidad puerperal. *Rev. Med. IMSS* 6,20: 1982.
- 4.- Chi Ic, Belogh S.: Interval insertion of intrauterine device in Women with previus cesarean section. *Contraceptiva* 30 (11) sept. 1281-2: 1984.
- 5.- Chi Ic, Zhou Sw.: Postcesarean section insertion of - intrauterine devices. *Am. J. Public Health* 74 (11) 1281-2 Nov. 1984.
- 6.- Chung Hua Fu, Chan Kotsa: Preliminary observati:n on the use of intrauterine devices after cesarean section (A report of 735 cases) *China Enc* 20 (1) 40-50, 61; - 1985.
- 7.- Gestadot C.: Postpartum contraceptiva methoda. *Int. J. Gynecol Obstet* 12:187; 1984.
- 8.- González Ramírez: Inserción de dispositivos intrauterinos transcesárea. *Ginec. Obstet. Méx.* Mar 47 (231) - 163-7: 1980.
- 9.- Johnson L.W.: Motility of the human uterus before and after insertion of an intrauterine devices. *Obstet Gynecol.* 28 (4) 526 Oct. 1966.

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

- 10.- Liss G.: Early puerperal insertion of intrauterine -  
contraceptive devices. Am. J. Obstet Gynecol 94,1068:  
1966.
- 11.- Liu Bh, Chan Ly: Intrauterine contraceptive devices -  
insertion with fixation at cesarean section.  
China Med. J. 96 (2) Feb. 141-4; 1983.
- 12.- Matson H.J.: Effect of a intrauterine device on ute-  
rine motility in the rhesus monkey.  
J. Reprod. Feril 19,321-330: 1969.
- 13.- Montes Reyes José: Dispositivo transcesárea en área  
rural Tesis para obtener el título en la especialidad  
en Ginecología y Obstetricia H.G.O. 3 CMR. 1986.
- 14.- Martínez L.: La T postparto un contraceptivo intrau-  
terino para el puerperio inmediato.  
Ginec. Obstet. Méx. 320-51; 1983.
- 15.- Prom Rivas Manuel: Efecto de diferentes dispositivos  
intrauterinos sobre la contractilidad del útero huma-  
no.  
Tesis para obtener el título de la Especialidad en  
Ginecología y Obstetricia H.G.O. 3 CMR 1975.
- 16.- Reynoso L.: Aplicación postplacenta de 5 tipos dife-  
rentes de dispositivo intrauterinos.  
Ginec. Obstet. Mex. 320:51; 1983
- 17.- Selma M. T: Complications in Cesarean and Non-Cesa-  
rean Deliveries: United States, 1980.  
Am. J. Public Health 73 (8): Aug; 856-60:1983
- 18.- Zarate Treviño A.: Anticoncepción Pág. 475-497.  
Ginecología. Ed. Méndez Oteo 1983.