



11217
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
Division de Estudios de Postgrado

6
2ej

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
CENTRO MEDICO NACIONAL DEL NOROESTE

Departamento de Enseñanza e Investigacion
Curso de Especializacion en Ginecologia
y Obstetricia

TESIS DE POST-GRADO

"MORBILIDAD PUERPERAL DEL DIU TRANSCESAREA
EN EL CENTRO MEDICO NACIONAL DEL NOROESTE"

PONENTE

DR. FRANCISCO ALATORRE GARCIA

TUTOR

DR. GERARDO LUNA OCHOA

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



IMSS

Cd Obregón, Son

Febrero, 1991



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

JUSTIFICACION.....	1 - 3
ANTECEDENTES CIENTIFICOS.....	4 - 7
PLATEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	8
HIPOTESIS	8
MATERIAL	9 - 11
METODO.....	12 - 14
DISEÑO EXPERIMENTAL.....	15
RESULTADOS	16 - 21
CONCLUSIONES	22 - 24
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	25 - 26

AGRADECIMIENTO

A mis padres por su inmesurable apoyo

A mi esposa por su desinteresada ayuda

A mi hija Amabel por sus alegrías

A mis maestros:

A mi tutor, el Dr. Gerardo Luna O.
por su ayuda en este proyecto.

Muy especialmente:

A mi buen amigo, compañero y colaborador, el Dr. Jorge Vaca Madrigal, -
por su valiosa cooperación sin la --
cual no hubiera sido posible reali--
zar ésta investigación.

JUSTIFICACION

La práctica del control de la natalidad (anti - concepción) puede ser deseable por múltiples razones que comprenden desde contraindicaciones médicas hasta un deseo personal para no tener hijos o no tenerlos aún, hasta los problemas mundiales del aumento de población. Las consecuencias socioeconómicas y ambientales de la densidad de población son de importancia directa e indirecta para todos.

Todavía no se ha desarrollado ningún método de contracepción ideal. Todas las técnicas contraceptivas existentes tienen ventajas e inconvenientes. Por ello, el médico que aconseja la contracepción debe incluir una explicación de las ventajas e inconvenientes de cada método, de forma que la paciente o el paciente estén completamente informados y puedan escoger de forma racional el método más adecuado.

Es de aceptación universal que el puerperio inmediato es una excelente condición para la instalación de los programas de planificación familiar, por las siguientes razones: a) la paciente se encuentra altamente susceptible a la aceptación de un método anticonceptivo, b) se aprovecha su estancia hospitalaria y c) no existe incremento en los días de hospital.

Desgraciadamente la protección anticonceptiva en el puerperio inmediato es, en nuestro medio deficiente, situación trascendente en las pacientes de puerperio quirúrgico.

Los riesgos asociados con la utilización del --DIU incluyen la hemorragia excesiva, el desplazamiento del dispositivo e infección pélvica.

En base a lo anterior, en un intento de incrementar la aplicación del DIU transcesárea en pacientes con alto riesgo reproductivo, y en base a la posible relación existente entre la morbilidad y aplicación del DIU elaboramos la presente investigación tratando de conocer la situación prevalente en el --servicio de Ginecología y Obstetricia del C.M.N.N.

"La gente debe estar convencida de que el espaciamiento y la limitación de los nacimientos elevarán el estándar de vida, lo que contribuye en forma positiva al bienestar de la familia y de la comunidad"

ANTECEDENTES CIENTIFICOS.

La aplicación del DIU durante la operación cesárea fué descrita por primera vez por Zerzavy en 1967 y después de un prolongado período fué revalorado en México y por investigadores de otros países, se obtuvieron buenos resultados en todos los estudios (1).

El incremento que en la última década ha tenido la operación cesárea, ha sido de 15 a 40%, según los informes existentes en la literatura, por lo que es importante conocer las ventajas de cobertura contra-ceptiva durante el mismo acto quirúrgico. Desgraciadamente los informes en la literatura son escasos y los resultados controvertidos (2).

Se estima que 20% de más de 600 mil nacimientos anuales en los hospitales del I.M.S.S. se resuelven por operación cesárea. Un número elevado de las mujeres sometidas a operación cesárea son primigestas o secundigestas jóvenes en las que existe indicación médica para el control temporal de la fertilidad, -- además del deseo expresado por ellas mismas (1).

El método anticonceptivo temporal que más ventajas ofrece, es el DIU, particularmente aquellos que liberan cobre; cuyas tasas de embarazo, expulsión, - retiro y porcentaje de continuidad en el primer año de uso, son mejores para los DIU's no activos (2).

El DIU T 380 A de cobre, consta de una T de - - plástico con un cilindro de cobre en cada rama horizontal y un alambre del mismo material en la rama -- vertical. La superficie total cobrizada es de 380 - /mm² aproximadamente. Es el DIU más efectivo creado por The Population Council; tiene una tasa anual de embarazos de menos uno por cien usuarios (4).

En general durante el primer año de uso del DIU tiene alrededor de un 2% de embarazos, un 10% de índices de expulsión, y un 15% de retiradas debido a - razones médicas, fundamentalmente hemorragia y dolor. La incidencia de cada una de estas complicaciones, - especialmente la expulsión disminuye gradualmente en los años subsiguientes (3).

Morbilidad transcesárea: En la aplicación del DIU transcesárea, las complicaciones que se presentan básicamente son: sangrado genital anormal y expulsión espontánea del DIU en un 21% (2).

La tasa de infección intrauterina en aplicación de dispositivos intrauterino transcesárea es de 1.1% (1).

En nuestro país se ha demostrado que con una buena selección de los casos, la aplicación del DIU transcesárea ofrece una magnífica oportunidad de brindar un método no definitivo de planificación familiar, sin alterar la evolución habitual del puerperio postquirúrgico, con un alto grado de continuidad y de eficiencia anticonceptiva (5,6,7).

Los fundamentales beneficios del DIU son la escasez de efectos metabólicos asociados y su excelente eficacia. Estas dos características justifican -- su alto índice de continuidad (3).

Se considera que si el DIU es aplicado con la técnica aséptica a través de la incisión de la cesárea, la tasa de endometritis será similar a la observada en mujeres con cesárea sin DIU y logrando a través de la cesárea una mejor colocación en el fondo uterino, la tasa de expulsión será más baja que la presentada cuando el DIU es aplicado a través de la vagina en el postparto (1).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

El DIU transcesárea puede modificar la evolución del puerperio postquirúrgico ?

Existe morbilidad con DIU transcesárea ?

H I P O T E S I S :

Ho: La morbilidad infecciosa es mayor en pacientes con colocación de DIU transcesárea que en pacientes sin colocación de DIU.

Hi: La morbilidad infecciosa en pacientes con o sin colocación de DIU transcesárea es la misma.

PROGRAMA DE TRABAJO.

MATERIAL:

a) Investigadores: participación en la investigación de médico Gineco-Obstetra adscrito al servicio de Ginecología y Obstetricia del C.M.N.N., así como residente del tercer año de la especialidad de Ginecología y Obstetricia del C.M.N.N.

b) Universo de trabajo: la selección de pacientes para nuestra investigación fué regida por los siguientes criterios:

CRITERIOS DE INCLUSION:

- 1) Tributarias de un método temporal de planificación familiar.
- 2) Aceptación del método.
- 3) Información del método.
- 4) Embarazo de término no complicado.
- 5) Embarazo de término con membranas íntegras o con ruptura menor de 6 horas.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

- 1) No aceptación del método.
- 2) Expulsión del DIU en forma espontánea.
- 3) Solicitud de retiro del DIU en el postoperatorio.
- 4) Embarazos complicados:
 - a) Amnioítis.
 - b) Placenta previa.
 - c) D.P.P.N.I.
 - d) Atonía uterina.
 - e) Embarazo gemelar.
 - f) Ruptura uterina.
 - g) Polihidramnios.

c) DIU Cooper T model TCu 380 A: consta de una T de plástico con un cilindro de Cu en cada rama horizontal y un alambre del mismo material en la rama vertical. La superficie total cobrizada es de 380/mm² -- aproximadamente.

d) Formato para captación de datos de la paciente -- elaborado por los investigadores.

METODO:

1. Captación de pacientes: las pacientes fueron captadas en el área de toco-quirúrgica donde se les -- aplicó un cuestionario por el personal médico antes de ser sometidas a operación cesárea y que hayan reunido los criterios de inclusión. Se colocaron transcesárea; dispositivos a un grupo de 30 mujeres previa explicación y autorización del procedimiento en estudio. El cuestionario se aplicó también a un grupo testigo de 30 mujeres a quienes se les realizó -- operación cesárea y que no aceptaron la aplicación -- del DIU.

2. El DIU se colocó una vez extraída la placenta, -- previa revisión y legrado digital de la cavidad uterina, tomándolo con pinza de anillos se introdujo a través de la histerotomía y se dejó libre en el fondo de la cavidad uterina, procediendo al cierre de -- la histerotomía con la técnica habitual, teniendo -- cuidado de no tomar en el surjete los hilos del DIU.

3. Captación de datos: las pacientes fueron citadas -- a la consulta externa de Ginecología y Obstetricia -- por los investigadores para valorar su evolución -- postoperatoria a los 7, 30 y 60 días.

Del formato elaborado para dicho fin se analizaron los siguientes parámetros: edad de las pacientes número de gestaciones, número de cesáreas (tomando en cuenta la presente), diagnóstico preoperatorio y complicaciones que presentaron (dolor, sangrado e infección).

4. Análisis de resultados: los eventos determinados fueron evaluados estadísticamente con la aplicación de la χ^2 con un nivel de significancia de 0.05 para comprobar o rechazar hipótesis.

5. Se anexa la forma utilizada en la institución para la captación de datos.

"ANEXO"

PACIENTE CON DIU TRANS CESAREA _____

PACIENTE SIN DIU TRANS CESAREA _____

NOMBRE DEL PACIENTE _____

No. DE AFILIACION _____

DOMICILIO _____

EDAD _____ GESTA _____ PARA _____ A _____

CESAREAS PREVIAS _____ FECHA DE OPERACION _____

FECHA DE ALTA DEL HOSPITAL _____

DIAGNOSTICO PREOPERATORIO _____

MORBILIDAD A SU ALTA 7 DIAS 30 DIAS 60 DIAS

DOLOR _____

SANGRADO _____

INFECCION _____

DOLOR + A + + +

SANGRADO + A + + +

INFECCION + A + + +

MEDICO CIRUJANO _____

OBSERVACIONES: _____

MEDICO QUE EVALUO: _____

DISEÑO EXPERIMENTAL:

TIPO DE ESTUDIO:

Aleatorio, Prospectivo, Longitudinal, Observacional.

TRATAMIENTO ESTADÍSTICO:

Se utilizó la χ^2 para comprobar si existe significancia estadística con una p 0.05.

TABLA I
EDAD

AÑOS	GRUPO	ESTUDIO	GRUPO	TESTIGO
	pac.	%	pac.	%
15-19	2	6.6	3	10
20-24	14	46.6	9	30
25-29	13	43.5	16	53.4
30-34	1	3.3	1	3.3
+ 35	0	0	1	3.3
TOTAL	30	100.00 %	30	100.00 %

TABLA II
GESTACION

NUMERO	GRUPO	ESTUDIO	GRUPO	TESTIGO
	pac.	%	pac.	%
1	17	56.8	6	20
2	9	26.6	14	46.6
3	4	13.3	7	23.4
4	1	3.3	3	10
TOTAL	30	100.00 %	30	100.00 %

TABLA III
CESAREAS

NUMERO	GRUPO	ESTUDIO	GRUPO	TESTIGO
	pac.	%	pac.	%
1	25	83.4	18	60
2	4	13.3	11	36.7
3	1	3.3	1	3.3
TOTAL	30	100.00 %	30	100.00 %

TABLA V
COMPLICACIONES

COMPLICACION A SU ALTA	GRUPO pac.	ESTUDIO %	GRUPO pac.	TESTIGO %
DOLOR:				
+	16	53.3	12	40
++	5	16.6	2	6.6
+++	0	0	0	0
SANGRADO:				
+	12	40	8	26.6
++	1	3.3	1	3.3
+++	0	0	0	0
INFECCION:				
+	2	6.6	2	6.6
++	0	0	0	0
+++	0	0	0	0

P > 0.05

TABLA VI
COMPLICACIONES

COMPLICACION A LOS 7 DIAS	GRUPO pac.	ESTUDIO %	GRUPO pac.	TESTIGO %
DOLOR:				
+	10	33.3	7	23.3
+ +	0	0	0	0
+ + +	0	0	0	0
SANGRADO:				
+	9	30	4	13.3
+ +	1	3.3	2	6.6
+ + +	0	0	0	0
INFECCION:				
+	0	0	0	0
+ +	0	0	0	0
+ + +	0	0	0	0

$P > 0.05$

* NO SE ENCONTRO HORIBILIDAD A LOS 30 DIAS Y 60 DIAS
EN NINGUNO DE LOS 3 PARAMETROS ESTUDIADOS.

TABLA IV

DIAGNOSTICOS PREOPERATORIOS

DIAGNOSTICO	GRUPO pac.	ESTUDIO %	GRUPO pac.	TESTIGO %
DCP	9	30	13	43.3
H.A.I.E. severa	8	26.6	7	23.5
SFA	6	20	7	23.5
PRESENTACION PELVICA	4	13.5	1	3.3
PRIMIGESTA ANOSA	2	6.6	0	0
PROLAPSO CORDON	0	0	1	3.3
CESAREA ITERATIVA	1	3.3	1	3.3
TOTAL	30	100.00 %	30	100.00 %

CONCLUSIONES:

1. Analizando los resultados representados en la tabla I, se observa que el mayor porcentaje de pacientes a las cuales se aplicó el DIU transcesárea --- correspondió a mujeres en edad reproductiva (20 a 29 años) 90.1% así como la no aceptación del método en un 83.4% del grupo testigo con mayor riesgo de exposición a embarazo.
2. En la tabla II se observa la repercusión de los programas de planificación familiar a favor, ya que ambos grupos de estudio mostraron porcentajes elevados en número bajo de gestaciones (tres o menos), -- grupo de estudio 96.7%; grupo testigo 90%.
3. La tabla III refleja el incremento de índice de -- cesárea en nuestro medio con un porcentaje elevado -- de nulíparas 83.4% grupo de estudio, y 60% en nulíparas grupo testigo.
4. La tabla IV desglosa las diversas indicaciones para practicar la cesárea, encontrando que la causa -- más común correspondió a DCP en ambos grupos, 30% -- grupo de estudio, 43.3% grupo testigo.

5. Las complicaciones se muestran en la tabla V, -- siendo valoradas éstas al momento de su alta hospitalaria (72 horas PostQx), encontrando que de acuerdo al número de pacientes en el grupo de estudio y grupo testigo, no existe diferencia estadísticamente -- significativa en relación a morbilidad con aplicación de DIU transcesárea, obteniendo una $P > 0.05$.

6. Las complicaciones mostradas en la tabla VI fueron valoradas a los 7 días, encontrando en este lapso de tiempo que no existe diferencia estadísticamente -- significativa entre ambos grupos en relación a morbilidad con aplicación de DIU transcesárea, obteniendo una $P > 0.05$

7. Resulta interesante recalcar que la valoración a los 30 y 60 días no mostró resultados de hemorragia ni infección, lo cual demuestra que no existe un -- riesgo mayor de endometritis cuando se aplica el DIU durante la operación cesárea.

8. El riesgo real de infección se debe considerar en términos del índice de incidencia de enfermedad pélvica inflamatoria en una población particular.

9. Los fundamentales beneficios del DIU son la escasez de efectos metabólicos asociados y su excelente eficacia.

10. Los DIU son especialmente útiles en los programas de planificación familiar a gran escala, debido a que cuestan poco y proporcionan protección por largo tiempo.

11. El DIU es un método de contracepción particularmente útil para mujeres que han completado su familia y que no desean ser sometidas a esterilización.

12. Consideramos que el DIU transcesárea es un método anticonceptivo para el puerperio inmediato, con buena tolerancia, de fácil aplicación y control, y con un riesgo bajo de complicaciones.

13. Aún cuando es necesario otras investigaciones -- que amplíen el conocimiento actual sobre este procedimiento, considero que la aplicación transcesárea -- del DIU no expone a la mujer a mayores riesgos que los de la propia cesárea y encuentra indicación médica en aquellas mujeres jóvenes, de baja paridad que ameritan un método anticonceptivo temporal eficaz.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

1. Lara R. y col.: Aplicación del dispositivo intrauterino a través de la incisión de la cesárea. Ginec Obstet Mex 1989;57:23-27.
2. Guitrón A. y col.: Dispositivo intrauterino transcesárea. Ginec Obstet Mex 1988;56:162-165.
3. Danforth D.: Obstetricia y Ginecología. 4a. edición 1988. Editorial InterAmericana. El control de la reproducción humana. pp 264-271.
4. Benson R.: Diagnóstico y tratamiento Ginecoobstétricos. 2a. edición 1984. p. 476.
5. Gonzalez R. y col.: Aplicación de dispositivo - intrauterino transcesárea. Ginec Obstet Méx. -- 1984;4,II:212-216.

6. Ruíz V.: Morbilidad postoperatoria con dispositivo intrauterino aplicado transcesárea. Ginec Obstet Mex 1985;2,12:111-115.

7. Martínez J.: Expulsión y morbilidad del dispositivo intrauterino aplicado transcesarea. Arch - - - Invest Med (Mex) 1985;3:1296-1299.