

11217
121
209



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL REGIONAL DE PUEBLA

EXPERIENCIA EN APLICACION DE
DIU TRANSCESAREA EN EL HOSPITAL
GENERAL REGIONAL DE PUEBLA

T E S I S

para obtener el Grado de Especialista en
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

presenta

DR. MIGUEL ANGEL PORRAS AYLLON

ASESOR DE TESIS

Dr. Célestino Beristain Martínez

Dr. Ricardo Cortés Chávez



IMSS

Puebla, Pue.

DE 1990

1990

FALLA DEL 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.

CONTENIDO

ANTECEDENTES CIENTÍFICOS	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
OBJETIVOS	3
HIPÓTESIS DE TRABAJO	4
MATERIAL Y MÉTODOS	4
RESULTADOS	7
COMENTARIO	15
CONCLUSIONES	18
BIBLIOGRAFÍA	19

A N T E C E D E N T E S C I E N T I F I C O S

Es un problema de salud la morbimortalidad perinatal a pesar de las diversas campañas de planificación familiar llevadas a cabo en toda la República, ya sea con métodos temporales o definitivos, teniendo como objetivo: la salud reproductiva óptima al prevenir el embarazo no deseado, evitar los abortos inducidos, propiciar el mejoramiento de la salud materna mediante una regulación de la fecundidad — que permita la procreación en las edades más favorables de la vida reproductiva, un espaciamiento de los hijos, así como evitar los embarazos de alto riesgo (8).

Existe una estrecha relación entre los intervalos cortos de nacimiento y la nutrición materna e infantil, los cuales se agravan por la deficiente situación nutricional de muchas mujeres previa a la gestación. Una mujer necesita por lo menos tres años después de cada parto para estar en óptimas condiciones y un intervalo más largo si no ha estado bien alimentada (8, 20).

Los embarazos frecuentes aumentan los riesgos de peso bajo en el producto y complicaciones durante el embarazo y parto, condicionando así a elevados índices de morbimortalidad materno-fetal (8, 20).

Es de aceptación universal que el puerperio inmediato es una excelente condición para la instalación de los Programas de Planificación Familiar (8, 9, 22).

Teniendo en cuenta las siguientes razones: a) la paciente se encuentra altamente susceptible a la aceptación de un método anticonceptivo, b) se aprovecha su estancia en el Hospital y c) no existe incremento de los días hospital (2, 3, 4, 11, 14, 18).

Desgraciadamente la protección anticonceptiva en el puerperio inmediato es, en nuestro medio deficiente, situación trascendente en las pacientes de puerperio quirúrgico (10, 11).

Se estima que 20 % de más de 500 mil operaciones anuales en los hospitales del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) se resuelven por operación cesárea (11, 15).

Un elevado número de las mujeres sometidas a 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 (15).

El dispositivo intrauterino (DIU) ha resultado ser un método temporal eficaz en el postparto, ampliamente aceptado en el Programa de Planificación Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social (11), en el que durante el año de 1967 le recibieron 482,600 mujeres de las cuales a 237,101 (49.1 %) se les aplicó en el postparto (15).

La aplicación del DIU durante la operación cesárea fue descrita por primera vez por Lersany en 1967 (15) y después de un prolongado período fue regularizada en México por los Dres. Rafael González y Ruiz Velasco así como, por investigadores de otros países. (10, 15).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Existen mujeres con un alto riesgo materno-fetal, quienes después de una cesárea, no utilizan método anticonceptivo para el control de la fertilidad. Además, 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 (11), por lo que es importante conocer las ventajas de cobertura anticonceptiva durante el mismo acto quirúrgico.

Desafortunadamente en nuestra unidad, no se lleva a cabo la aplicación de DIU transcesárea en forma rutinaria, - posiblemente debido a olvido del personal que realiza la cesárea o por considerar que la aplicación de DIU transcesárea con lleva un incremento en la incidencia de complicaciones postoperatorias.

OBJETIVOS

Este trabajo constituye un estudio cuyo objetivo principal es tratar de determinar la frecuencia de eventos y la morbilidad presentada por las mujeres a quienes se les aplicó el DIU TCx 200 transcesárea.

Se analizarán las complicaciones postoperatorias inmediatas como infecciones y hemorragias que pudieran estar relacionadas con la cesárea y el uso de DIU, así como, duración y características de los loquios, expulsión espontánea de DIU y motivos de retiro del mismo.

H I P O T E S I S

1. El DIV aplicado con la técnica aséptica a través de la incisión de la caedrea, no supone a la mujer o mayores riesgos que los de la propia caedrea.

2. La incidencia de complicaciones es similar a la observada en mujeres con caedrea sin DIV.

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

En el Hospital General Regional "San Alejandro" — del ISSF en Puebla, Pue., de junio a septiembre de 1969 se colocaron trancaedreas; dispositivos TCu 220 a mujeres aceptantes voluntarias, previa explicación y autorización del — procedimiento.

Se integraron dos grupos, uno formado de 74 mujeres a las que se les aplicó DIV trancaedrea (grupo I) y el grupo testigo formado por 48 pacientes que no aceptaron el — DIV trancaedrea (grupo II).

Criterios de inclusión del grupo I: toda mujer sometida a operación caedrea y que se les aplicó DIV.

Criterios de inclusión grupo II: mujeres a quienes se les realizó caedrea y no aceptaron el método ó bien se les practicó occlusión tubaria bilateral.

Criterios de exclusión para ambos grupos: la presencia de coelocantosis, ruptura prematura de membranas de más de 8 hrs. de evolución, inserción anómala de placenta, - sobredistensión uterina (polihidramnios, embarazo múltiple), hipotonía uterina, anomalías de la cavidad uterina.

A toda mujer participante en el estudio se le elaboró un formulario de admisión que comprendía los siguientes datos: número de participante, nombre de la paciente, número de afiliación, días que permaneció hospitalizada, edad, número de gestaciones, número de cesáreas, diagnóstico preoperatorio (el principal), complicaciones, duración de losqtes en días, motivo de retiro de DUV y duración de DUV en útero.

Previamente a la alta hospitalaria se les proporcionó la cita correspondiente a la primera revisión de seguimiento, la cual se realizó a los 30 días, posteriormente - otra a los 90 días de operada, llevando en cada cita al formulario único de seguimiento para ambos grupos. A las pacientes que no se les aplicó DUV solo se les revisó a los 30 - días de postcesárea.

Procedimiento para la aplicación del DUV: al diagnóstico intrauterino se colocó una vez extraída la placenta, - previa revisión y limpieza de la cavidad uterina, con los hilos recortados a la mitad de su longitud, tomándolo al DUV con una pinza de anillos y a través de la histerostoma se dejó - libre en el fondo de la cavidad uterina y con la misma pinza se tomaron los filamentos del DUV y se orientaron a través del - canal cervical hacia vagina, cuidando de no desplazar al DUV al efectuar esta maniobra y desechando la pinza utilizada. -

Teniendo la certeza de que el DIV se encontraba en el fondo de la cavidad uterina se procede al cierre de la histerotomía con la técnica habitual, teniendo cuidado de no tocar en el surjeta los hilos del DIV.

Las características del DIV TCx 220 es que está fabricado de polietileno en forma de "T" con 26 cm de longitud y 32 cm en su rama transversal, posee un alambre de cobre enrollado alrededor del vástago con una área de 208 milímetros cuadrados, cada unidad con 120 mg. de cobre, en la parte inferior de la rama vertical tiene un monofilamento de nylon, de color blanco, en número de dos y no trenzados (riendas).

Los resultados obtenidos fueron evaluados estadísticamente mediante un análisis descriptivo y la significancia por la prueba de la Chi cuadrada.

RESULTADOS

Cabe hacer mención que de las pacientes incluidas desde el principio del estudio, no todas acudieron a su cita de seguimiento, por lo que los grupos se redujeron a 52 pacientes para el grupo de estudio y 32 pacientes para el grupo testigo.

Los resultados obtenidos una vez concluido el estudio y realizando un análisis de los puntos expuestos en los

T A B L A I

PACIENTES A LAS QUE SE LES APLICÓ DYS TRANSCERAREA (GRUPO DE ESTUDIO) Y PACIENTES OPERADAS DE CESAREA SIN DYS (GRUPO TESTIGO), GRUPOS POR EDAD VALORES EN PORCENTAJE.

AÑOS	GRUPO DE ESTUDIO N = 52	GRUPO TESTIGO n = 32
≤ 19	30.8	12.5
20 - 24	44.2	28.1
25 - 29	23.1	28.1
30 - 34	0.0	21.9
35 ≥	1.9	9.4
TOTAL	100.0	100.0
$\bar{x} \pm \text{D.E.}$	21.9 ± 4.2	28.3 ± 5.6

T A B L A II

ACEPTANTES DE DIU TRANSCARERA (GRUPO DE ESTUDIO) Y MUJERES
OPERADAS DE CESAREA SIN DIU (GRUPO TESTIGO) NUMERO DE
GESTACIONES EN PORCENTAJE.

NUMERO	GRUPO DE ESTUDIO n = 32	GRUPO TESTIGO n = 32
1	34.6	34.4
2	30.0	34.4
3	13.8	13.7
4	1.9	6.2
5	0.0	0.0
6	0.0	3.1
7	0.0	6.2
TOTAL	100.0	100.0
$\bar{x} \pm DE$	1.8 ± 0.7	2.3 ± 1.6

formularios de admisión y seguimiento son: en cuanto a la —
distribución de las pacientes por grupos etarios mostró para
el grupo de estudio, predominio en mujeres de menos de 24 —
años, y para el grupo testigo la tendencia fue hacia los gru-
pos de mayor edad. El promedio resultó de 21.9 y 26.3 para —
los dos grupos respectivamente (Tabla I).

La distribución de las pacientes por número de gestaciones, tomando en cuenta la gestación motivo de estudio, — mostró que el 50 % de las pacientes del grupo I eran secundigestas y el 34.6 % primigestas, en el grupo II tanto para — primigestas como secundigestas tuvieron el mismo porcentaje 34.6 %. El promedio de gestaciones fue de 1.8 y 2.3 para — los dos grupos respectivamente (Tabla II).

El 53.9 % de las pacientes del grupo I se encontró antecedente de cesárea y el 44.2 % de las pacientes eran paritóricas de su primera cesárea (la actual). Para el grupo II el 62.2 % fue su primera cesárea, 18.9 % de las pacientes — portaban su segunda cesárea y en igual porcentaje de tres — cesáreas (Tabla III).

T A B L A III

ACEPTANTES DE DIU TRANSCESARÍA (GRUPO I) Y MUJERES OPERADAS DE CESAREA SIN DIU (GRUPO II) NUMERO DE CESAREAS VALORES — EN PORCENTAJE.

NUMERO	GRUPO DE ESTUDIO n = 52	GRUPO TESTIGO n = 52
1	44.2	62.2
2	35.9	18.9
3	1.9	18.9
TOTAL	100.0	100.0

T A B L A IV

PACIENTES A LAS QUE SE LES APLICÓ EN TRANSICIÓN (GRUPO DE ESTUDIO) Y PACIENTES OPERADAS DE CESAREA SIN ENF (GRUPO TESTIGO) POR DIAGNÓSTICO QUE INDICARON LA CESAREA EN PORCENTAJE

DIAGNÓSTICO	GRUPO DE ESTUDIO n = 52	GRUPO TESTIGO n = 32
DESproporción cefalopélvica	30.8	25.0
Cesarea previa reciente	30.8	6.2
Presentación anormal	11.6	12.5
Pre-eclampsia severa	9.6	12.5
Sufimiento fetal agudo	7.7	12.5
Ruptura prematura de membranas	3.8	6.2
Cesarea iterativa	1.9	18.9
Primigesta añosa	1.9	0.0
Desprendimiento prematuro de placenta normalinserta	1.9	0.0
Eclampsia	0.0	6.2
TOTAL	100.0	100.0

Se hace mención que todas las cesáreas fueron realizadas de emergencia y prácticamente todas las pacientes de ambos grupos se encontraban en trabajo de parto. Las indicaciones para practicar la cesárea actual, método de estudio,

T A B L A V

ACEPTANTES DE DIV. TRANSVERSARIA (GRUPO DE ESTUDIO) Y MUJERES OPERADAS DE CESAREA SIN DIV. (GRUPO TESTIGO), DURACION DE LOS LOQUIOS EN DIAS, VALORES EN PORCENTAJE.

DIAS	GRUPO DE ESTUDIO n = 32	GRUPO TESTIGO n = 32
10 - 15	13.5	12.5
16 - 20	21.1	18.7
21 - 25	28.8	43.8
26 - 30	20.8	25.0
31 - 35	5.8	0.0
TOTAL	100.0	100.0
$\bar{x} \pm DE$	22.8 \pm 5.9	21.9 \pm 4.9

se agruparon respetando el diagnóstico principal, encontrando las causas más frecuentes a la desproporción cefalopélvica y la cesárea previa reciente en el grupo de estudio, para el grupo testigo las indicaciones más frecuentes también fue la desproporción cefalopélvica y la cesárea iterativa, la distribución de las restantes indicaciones prácticamente fueron similares para ambos grupos. Con respecto a la incidencia de cesáreas por ruptura prematura de membranas está fue menor de 8 hrs. de evolución (Tabla IV).

En la Tabla V obseáronse la duración de los loquios en días, con valores semejantes para ambos grupos, con mayor frecuencia en los días 21 a 25. El promedio resultó de 22.5 y 21.9 para los dos grupos respectivamente.

T A B L A VI

EVENTOS PRESENTADOS A UNO Y TRES MESES EN PACIENTES QUE ACEPTAN DIU TRANSCEDÁREA.

EVENTOS	Nº. DE PACIENTES	POR CIENTO
EMBARAZOS	0	0.0
MOTIVO DE RETIRO DE DIU:		
CARAS MEDICAS	3	5.7
CARAS NO MEDICAS	2	3.8
EXPULSIONES ESPONTANEAS	3	5.6
DURACION DE DIU EN UTERO:		
0 a 1 MES	8	15.4
1 a 2 MESES	1	1.9
2 a 3 MESES	1	1.9
3 ó 4 MESES	42	80.8

Al analizar los eventos presentados a uno y tres meses de pacientes aceptantes de DIU transcédrea se

encontró que el motivo de retiro de DIV por causas médicas - (endometritis) se presentó en tres pacientes (5.7 %), por causas no médicas en dos pacientes (3.8 %), expulsiones espontáneas en cinco casos (9.6 %) para dar un total de 10 casos (19.2 %). También se esquematiza la duración de DIV en mujeres por meses, reportándose en el primer mes el mayor porcentaje de retiros 15.4 % (8 casos), con un 80 % de continuidad con el DIV por más de 3 meses. No se observaron embarazos en este estudio.

T A B L A VII

NUMERO Y PORCENTAJE () DE EVENTOS INFECCIOSOS PRESENTADOS A UN MES EN LAS ACEPTANTES DE DIV TRANSCESAREA (GRUPO DE ESTUDIO) Y EN MUJERES OPERADAS DE CESAREA SIN DIV (GRUPO TESTIGO).

COMPLICACION	GRUPO DE ESTUDIO n = 52	GRUPO TESTIGO n = 32
ENDOMETRITIS POSTCESAREA	3 (5.7)	1 (3.1)
ABSCESO DE PARED	1 (1.9)	2 (6.2)
CERVICOVAGINITIS	2 (3.8)	0 (0.0)
INFECCION DE VIAS URINARIAS	1 (1.9)	3 (9.3)

$p > 0.05$

Las complicaciones se muestran en la Tabla VIII, a un mes de observación se presentaron tres casos de endometri_{tis} para el grupo de estudio y un caso para el grupo testigo los porcentajes resultantes son de 5.7 y 3.2 respectivamente diferencias sin significancia estadística. Las infecciones de pared abdominal fueron una en el grupo de estudio y dos en el grupo testigo con porcentajes de 1.9 y 6.2 respectivamente, sin significancia estadística con $p > 0.05$, también en la misma tabla se observan el número y porcentaje de otras complicaciones como cervicopatología e infección de vías urinarias.

COMENTARIO

Analicando los resultados, se observa que en ambos grupos 70 a 80 % de las pacientes se encontraban entre los 20 y 34 años de edad, periodo intermedio con bajo riesgo reproductivo, sólo 20 a 30 % pertenecían a los extremos de la vida reproductiva (riesgo alto).

El avance del Programa de Planificación Familiar - del IMSS se refleja claramente en la baja paridad de las mujeres en el estudio, mostrando que 98 % del grupo I y 84 % - del grupo II tenían tres o menos gestaciones. Se observa que el 98 % de las pacientes del grupo de estudio, optaron por el método temporal en su primera o segunda cesárea, sólo hubo una paciente con tres cesáreas que no aceptó un método definitivo de planeación; al parecer las mujeres con varias cesáreas optan por un método definitivo.

Los criterios de inclusión y exclusión fueron bien observados y las indicaciones para realizar la cesárea fueron similares en ambos grupos, destacando por su frecuencia la desproporción cefalopélvica, la cesárea previa reciente y la cesárea iterativa representando más de la mitad de todos los casos, datos acorde con otros informes de la literatura (15).

La duración de los loquios postcesáreas en el grupo de estudio no tuvo diferencia significativa con quienes no se les aplicó BIV.

La valoración del estudio se hizo a un mes, estimando que las infecciones que pudieran estar relacionadas con la coedra y el uso del DIU se presentarían en este tiempo. Para determinar los expulsiones y retiros del DIU, se hizo la segunda observación a los tres meses. Cualquier suceso posterior sería igual a lo observado cuando el DIU es aplicado en el intervalo gestacional.

En diez pacientes se retiró el DIU, tres por causas médicas en las pacientes con endometritis, que se retiró el DIU al detectar el problema y se manejaron con antibiótica terapia, en una hubo necesidad de realizar además laparoscopia uterina instrumental, sin complicaciones posteriores. En dos pacientes se retiró el DIU por causas no médicas debido a motivos personales (pacientes con información inadecuada). Las expulsiones espontáneas ocurrieron en cinco casos, de los cuales dos se encontró el DIU en canal cervical, se retiró y se reintegro otro, previa aceptación de la paciente. En el primer mes fue donde se presentó el mayor porcentaje de expulsiones y retiros (8 de 10 casos) esto está de acuerdo a lo reportado en anteriores informes.

El 80 % del grupo en estudio continuó con el método por más de tres meses después de su inserción, lo que se considera es un porcentaje de protección anticonceptiva muy bueno.

Cuando se comparan las complicaciones infecciosas en los dos grupos de coedra no se encuentra diferencia significativa entre ambos grupos, es decir, no existe un riesgo

mayor de complicaciones infecciosas cuando se aplica el ENU durante la operación cesárea. Estos resultados son comparables con los comunicados por otros autores, entre ellos el Dr. Ruiz Valasco y Roger Lara (15).

Cabe hacer algunas consideraciones importantes respecto a las dificultades encontradas para el control adecuado de los casos: a) la mentalidad de la paciente paripera — que concentra toda la atención en su pequeño hijo y por tal motivo olvida su cita y no acude a ella, b) el hecho de que las pacientes se sientan bien, debido a la ausencia de complicaciones y a la seguridad que les brinda el método, hace que muchas de ellas omitan sus citas y se ausenten de los servicios de planificación familiar o bien que sus dudas — sean resueltas por médicos particulares.

C O N C L U S I O N E S

Aunque la muestra es pequeña y que es necesario - realizar otras investigaciones que amplíen al conocimiento - actual sobre este procedimiento, podemos afirmar que:

a) la aplicación transcervical del DIU no expone a la mujer a mayores riesgos que los de la propia coágula.

b) es un método anticonceptivo para el puerperio inmediato, - con buena tolerancia, de fácil aplicación y control.

c) el método encuentra indicación médica en aquellas mujeres jóvenes, de baja paridad que ameritan un método anticonceptivo temporal y eficaz.

La aplicación de un DIU durante el transperforio de una coágula es un procedimiento útil que debe merecer la atención de todas aquellas personas que nos dedicamos a la - ginecología, ya que siendo prioritario nacionalmente - los Programas de Planificación Familiar, el método 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.

En nuestro medio se requiere de mayor sensibilización tanto de al médico como de las beneficiarias con el objeto de facilitar el uso de DIU transcervical y así enriquecerlas de mayor experiencia.

BIBLIOGRAFIA

1. Aluad Aluad J. R. "et al". Algunas consideraciones sobre el uso de dispositivos intrauterinos. *Ginecología y Obstetricia de México* 1982; 30; 187 - 200.
2. Arana J. "et al". Comparative multicentre trial of three IUDs inserted immediately following delivery of the placenta. *Contraception* 1980; 22; 9 - 17.
3. Aranda M. C. Estudio comparativo del DIF T delta y la T - de cobre 220 en Costa Rica. *Ginecología y Obstetricia de México* 1982; 34; 164 - 167.
4. Baldrón S., Escobar C. Estudio comparativo de dos dispositivos intrauterinos, la espiral delta y la espiral de — límpes D colocados a pacientes postparto. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología* 1983; 28; 1; 43 - 47.
5. Bustamante S. J., Cebalero R. S., Del Río S. L. Embarazo ectópico en presencia de un dispositivo intrauterino. *Ginecología y Obstetricia de México* 1982; 34; 131 - 133.
6. Castellano G. J. "et al". DIF tras el alumbramiento. Frecuencias de expulsión y de morbilidad puerperal. *Revista Médica del IMSS* 1982; 691 - 692.
7. Elsham D. A. "et al". Postpartum contraception. *Int. J. Gynaecol Obstet.* 1981; 19; 305 - 311.
8. Edwards C. E. "et al". Adolescent pregnancy prevention — services in high school clinics. *Am. J. Plan. Perspect.* — 1985; 12; 6 - 12.
9. García Flores Rogelio. El DIF Monterrey. Una década retrospectiva. *Ginecología y Obstetricia de México* 1983; 31 249 - 252.

10. González R. R. "et al". Inserción de dispositivos intrauterino transcervicos. Informe preliminar. Ginecología y Obstetricia de México 1980; 47; 163 - 167.
11. Guirón C. A. "et al". Dispositivo intrauterino transcervicos. Ginecología y Obstetricia de México 1988; 56; — 162 - 165.
12. Guillebaud J. Intrauterine devices: present and future.- Int. J. Gynecol Obstet 1980; 18; 325 - 332.
13. Joshi M. R. "et al". Contraception during the postpartum period and during lactation: the effects on women's health. Int. J. Gynecol Obstet 1987; 25; 13 - 26.
14. Kozal I. "et al". Immediate postpartum insertion of a - Statut Lippes loop. Int. J. Gynecol Obstet 1980; 18; — 28 - 30.
15. Lara R. R., Sanchez R., Amar R. Aplicación del dispositivo intrauterino a través de la incisión de la cavidad. Ginecología y Obstetricia de México 1989; 57; 23 - 27.
16. Lara R. R. "et al". Dispositivo intrauterino e infección endometrial. Ginecología y Obstetricia de México 1981; - 49; 297 - 308.
17. Lara R. R., Icaño E. M., Reynoso R. L., Amar R. R. Resultados con el uso del dispositivo intrauterino en mujeres adolescentes. Ginecología y Obstetricia de México — 1987; 55; 107 - 110.
18. Martínez D. y García P. R. La T postparto un anticonceptivo intrauterino para el puerperio inmediato. Ginecología y Obstetricia de México 1983; 51; 321 - 324.

19. Mata P. C. "et al". Morbilidad y eventos relacionados — con la aplicación del DIU después del parto. *Revista Médica del IMSS* 1982; 20; 693 - 694.
20. Mendosa D. D., Rodríguez B. P. y García S. A. Dispositivo intrauterino posterior al parto. *Revista Cubana de — Obstetricia y Ginecología* 1987; 13; 3; 323 - 324.
21. Ortiz M. "et al". Use of echocnography to monitor uteri ne placement of intrauterine devices after immediate — postpartum insertion. *Int. J. Gynaecol Obstet* 1987; 25; 53 - 57.
22. Padrón M. "et al". The effect of post-partum IUD inser- tion on post-partum bleeding. *Contraception* 1987; 35; — 345 - 351.
23. Padrón M. M. "et al". Modificaciones del flujo menstrual con dispositivo intrauterino de cobre. *Ginecología y Obg tetricia de México* 1982; 30; 165 - 168.
24. Reynoso L. "et al". Aplicación postparto de cinco ti- pos diferentes de dispositivos intrauterinos. *Ginecolo- gía y Obstetricia de México* 1982; 30; 107 - 110.
25. Rubio L. S. "et al". Lesiones cervice y pérdidas sangui- nosas en usuarias de dispositivos intrauterinos. Informe - preliminar. *Ginecología y Obstetricia de México* 1985; - 54; 221 - 224.
26. Sobresilla L. A. "et al". Postpartum and postabortion — use of the IUC 220 and Lippes Loop; A comparative study. *Int. J. Gynaecol Obstet* 1980; 18; 31 - 34.