

11217
119
2 y



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA No.4
" LUIS CASTELAZO AYALA "
I. M. S. S.

ESTUDIO COMPARATIVO DE DOS METODOS DE
INSERCIÓN DEL DISPOSITIVO INTRAUTERINO

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TESIS DE POSTGRADO
Que para obtener el Título de
ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

presenta

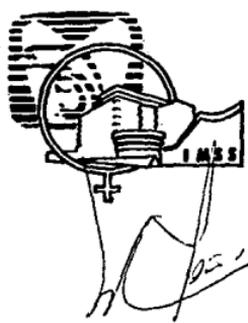
DRA. ROSALINDA QUESADA MEJORADA



ENSEÑANZA
HGO. LUIS CASTELAZO AYALA
I. M. S. S.

Asesor de Tesis:

Dr. Francisco Javier Gómez García



México, D. F.

1991



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 EPAGINAS

a).- Motivo de presentación de la tesis	1 - 3
b).- Introducción	4 - 17
c).- Material y metodos	18 - 22
d).- Resultados	23 - 24
e).- Análisis estadístico	25 - 26
f).- Cuadros	27 - 35
g).- Comentarios	36
h).- Conclusiones	37 - 38
i).- Bibliografía	39 - 42

MOTIVO DE PRESENTACION DE LA TESIS

En la unidad de tococirugía, específicamente en la sala de labor, el número de pacientes que ingresan en trabajo de parto ha aumentado considerablemente en los últimos años, en especial mujeres adolescentes, al observar -- esto surgió la necesidad de realizar éste trabajo.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿ Que tan efectiva es la aplicación del dispositivo intrauterino transcesárea como método anticonceptivo ?

¿ Que tan frecuente es la expulsión del dispositivo intrauterino aplicado transcesárea y postparto en nuestro medio ?

PROPOSITOS

Comprobar la cobertura del dispositivo-intrauterino transcesárea y postparto como mé-

todo anticonceptivo.

HIPOTESIS

Hipótesis nula:

La aplicación del dispositivo intrauterino transcesárea es un buen método anticonceptivo y tiene el mismo porcentaje de expulsión e infección al aplicado postparto.

Hipótesis alterna:

Es más frecuente la expulsión e infección del dispositivo intrauterino transcesárea que el aplicado postparto.

METAS POR LOGRAR

- 1.- Aumentar la cobertura anticonceptiva en mujeres en edad reproductiva.
- 2.- Espaciar los embarazos en mujeres con alto

riesgo reproductivo (toxemia, diabetes, hi
pertensión arterial sistémica, lupus eriteu
matoso sistémico, etc.)

3.- Evitar los embarazos no deseados.

" ESTUDIO COMPARATIVO DE DOS METODOS DE INSER-
CION DEL DISPOSITIVO INTRAUTERINO "

INTRODUCCION

Está bien reconocido que el espaciamiento y planificación de los niños contribuyen en la reducción de la mortalidad y morbilidad perinatales. El puerperio temprano es un momento ideal para la iniciación de un programa anti-conceptivo. (4,5)

Un estudio ha mostrado un aumento de -- ocho veces en la aceptación de la anticoncepción luego de la iniciación de educación y servicios intrahospitalarios. En otra revisión -- que involucró a más de 3 000 mujeres socioeconómicamente en desventaja se halló una tasa de aceptación del 90.5% en el postparto inmediato. La tasa de visitas postparto de aceptadoras y no aceptadoras aumentó luego de la introducción de la educación postparto. (4,5,7)

Las mujeres que han tenido varios embarazos no planificados y aquellas que no buscan

atención prenatal es menos probable que regresen para atención puerperal y entre embarazos que otras y, por ende, habitualmente no obtienen asesoramiento anticonceptivo. La instrucción hospitalaria en planificación familiar, habitualmente es aceptable para estas pacientes y a menudo es la única oportunidad para implementar esta medida preventiva. Los métodos que requieren poca o ninguna motivación, como el dispositivo intrauterino (DIU), habitualmente son los más adecuados para estas mujeres, a menos que haya contraindicaciones médicas para su uso. (18)

El retorno temprano de la ovulación y la incidencia de la ovulación antes de la reanudación de las menstruaciones reafirman la deseabilidad de una anticoncepción puerperal temprana. Sharman ha identificado la evidencia --presuntiva más temprana de ovulación 42 días después de un parto.

En el estudio colaborativo de Sever se halló una tasa de embarazos del 5.6% dos meses después de un parto, mientras que Batts ha informado una incidencia del 10.3% sin el uso de anticoncepción. Elsner halló que la primera --menstruación postparto era precedida por ovulación en el 58% de todas las mujeres. Entre mu-

jeros que amamantaban, la ovulación rara vez - precedió a la primera menstruación. (11)

Mientras la paciente está en el hospital, tiene una excelente oportunidad de consultar con médicos, enfermeras y otros profesionales entrenados.

La adecuada conducta reproductiva de la población debe orientarse, entre otros, a los siguientes logros respecto al embarazo: Inicio tardío, espaciamiento y terminación temprana.

Esto significa que la orientación sobre planificación de la familia y el cuidado de la salud de la madre y el niño, debe incluir la correspondiente al uso de metodología anticonceptiva, que permita el embarazo deseado dentro de las conductas antes mencionadas. (7)

Los requisitos indispensables para un buen estado de salud de la población no sólo incluyen un medio ambiente higiénico y alimentación nutritiva sino que, al respecto, se considera que la planificación familiar es un elemento esencial para el bienestar del individuo, la pareja y la familia.

Reproducción y salud son resultados de la actitud y la conducta individual de la pareja y de la familia. Hasta ahora se han manifestado por el inicio temprano de la reproducción embarazos muy seguidos y en edad avanzada, te-

niendo como resultado una alta fecundidad.
(4,5)

Inicio tardío

Muchas jóvenes adolescentes solteras y casadas resultan embarazadas antes de lograr la madurez física y emocional necesaria para tener un evento obstétrico sin peligro. La edad de unión es más baja en los países en desarrollo que en los del mundo industrializado. Entre 10 y 15% de la totalidad de los nacimientos que se producen en el mundo corresponden a madres adolescentes, tanto biológica como socialmente. Las circunstancias están en contra de esas jóvenes y de sus niños. Además, se enfrentan a mayores riesgos en el parto y tienen más probabilidades que las madres de más de 20 años, de tener un parto con un producto con mayor riesgo de morbilidad y mortalidad. (4)

En México, de acuerdo con los datos de la encuesta nacional de prevalencia en el uso de métodos anticonceptivos, con módulo de fecundidad mortalidad de 1979, el 23% del grupo de mujeres de 15 a 19 años estaban casadas, --

unidas, viudas, divorciadas o separadas. La -- edad promedio de la primera unión en nuestro - país era de 21.3 años. (4)

Entre más joven sea la madre adolescen- te, mayor la posibilidad de que su hijo muera. La tasa de mortalidad infantil es mayor en los hijos de mujeres menores de 20 años que en las de 20 a 24 años, más aún si se trata del primo génito.

Espaciamiento (intervalo y frecuencia)

Existe una estrecha relación con los intervalos cortos entre los nacimientos y la ma- la nutrición materna e infantil, la cual se -- agrava por la deficiente situación nutricional que padecen muchas mujeres antes de que los embarazos sucesivos empiecen a ejercer sus efec- tos. (4)

Los embarazos frecuentes aumentan los - riesgos de peso bajo durante el embarazo, ane- mia, parto traumático o embarazo prolongado e- infección, conduciendo así a elevados índices- de mortalidad materna.

De acuerdo con los resultados de las encuestas comparativas de fecundidad en América-

Latina, el intervalo intergenésico promedio en México fué de 31 meses. (4,5)

Los hijos de embarazos de intervalos -- cortos también tienen riesgos; (además de los peligros asociados al parto mismo), son especialmente vulnerables durante los primeros meses de vida si dependen de la nutrición provista por madres de poca salud. La nutrición materna es fundamental para la salud infantil.

Por consiguiente, el hijo inicia la vida con una alimentación que lo conduce a la -- desnutrición, mientras que su hermano mayor -- por un año o pocos meses puede estar desnutrido debido al destete prematuro o bien a la falta de atención materna.

Una mujer necesita por lo menos de dos a tres años después de cada parto para recuperar su salud y un intervalo más largo si no ha estado bien alimentada. (5) Por consiguiente -- el no tener hijos en un tiempo de cuatro años o más entre los nacimientos es otro beneficio de la planificación familiar.

Tomando en cuenta que el período reproductivo de la mujer es en promedio de 35 años -- es conveniente hacer notar a la pareja que el tener un gran número de hijos pone en peligro la vida de la madre. (4,5)

Otro beneficio de la planificación familiar es contribuir al lógro del número de hijos que desee cada pareja.

Terminación temprana

Las complicaciones del embarazo ocurren dos o tres veces más frecuentemente en mujeres mayores de 35 años, sea o no que hayan tenido embarazos anteriores. Las mujeres de mayor edad tienen mayor posibilidad de experimentar un parto difícil o prolongado, hemorragia y toxemia como lo demuestra la investigación mencionada anteriormente, en la que se encontró que la frecuencia de toxemias en mujeres embarazadas de más de 35 años fué de 47.1 por cada cien embarazos. (5)

La mayor frecuencia de toxemia, diabetes y patología en general, en gestantes de mayor edad, de mayor paridad y de estado nutricional deficitario, señalan la participación trascendentes de estas entidades nosológicas como factores de riesgo perinatal en nuestro medio. (5)

Ciertas malformaciones congénitas especialmente aberraciones cromosómicas, están aso

ciadas a la edad de la madre.

Existe una relación muy significativa - entre la edad creciente de la madre y el sín - drome de Down.

El período más seguro para tener hijos - es entre los 20 y 35 años de edad, puesto que - durante esos años la mortalidad materna y peri - natal están en sus niveles más bajos.

Dispositivo Intrauterino (DIU)

El DIU se ha usado por más de 2 000 -- años los cuales se han manufacturado de dife - rentes materiales como es el marfil, madera, - vidrio, plata, oro, ébano, peltre, etc. (17)

La historia hace referencia del uso de - diversos cuerpos extraños en útero para impe - dir la concepción. Hipócrates menciona el uso - de pesarios intrauterinos (cuerpos sólidos co - locados dentro del útero) en su escrito " Las - enfermedades de la mujer " y así se ha venido - utilizando dispositivos intrauterinos especfi - camente para prevenir el embarazo. (16)

En el año de 1909 Richard Ritcher publi - ca un trabajo sobre la introducción de un ani - llo flexible, hecho de crin de Florencia (he -

bra del líquido del gusano de seda muerto en el momento de su ciclo en el que comienza a -- construir su capullo).

En base a este trabajo el Dr Ernest Grafember, informa sobre la introducción intruterina de 2 000 anillos de alambre de plata y -- oro con buenos resultados. En 1959 Oppenheimer de Israel informa sobre el anillo de Grafember modificado, usado en 1 500 pacientes reportando no haber tenido ninguna complicación (con el crin de Florencia). Este ocasiona que la inuvestigación sobre el dispositivo aumentara, -- siendo en Japón donde por primera vez se utiliuzan anillos de nylon y polietileno con buenos resultados en un lote de 20 000 pacientes con Ishihana y que fué determinante para dejar de usar dispositivos de materiales caros, con bajo costo y que permitió su fabricación masiva y así dar apoyo a las campañas de planifica -- ción familiar. (2,16)

En 1960 se abre una nueva era con los dispositivos denominados activos o de segunda generación a los que se les agrega el cobre, plata y hormonas, los cuales aumentan la capacidad anticonceptiva. (16)

El porcentaje de expulsiones de 18.5% encontrado en un estudio aún cuando no estrictamente comparable ya que se utilizaron distinu

tos tipos de dispositivos y diferentes períodos de empleo, semejantes a las proporciones de 15.1% informadas por Aznar y colaboradores y de 19.0% encontradas por Banharsupawat y Rosenfield, pero menor a las de 45.0% de Echeverry y de 23.4% de Zatuchni y mayor a la de 11.2% de Thiery y colaboradores, la de 6.2% de Newton y colaboradores, la de 5.3% de Lawfe y colaboradores y de 5.0% de Hagbard y colaboradores. (2)

Se analizan los resultados obtenidos de 1 020 casos de aplicación inmediatamente después del nacimiento de la placenta, de 5 tipos diferentes de DIU. En 101 casos se utilizó TCU 220c, en 407 asa de lippes, en 180 TCU 200, en 196 progestasert y en 136 multiload 250.

Las tasas de expulsiones y embarazos, así como la mayor continuidad de uso. Los retiros por causas médicas fueron semejantes para todos los dispositivos. (2)

Este método anticonceptivo adquiere especial importancia como indicación médica para pacientes con alto riesgo reproductivo (toxicosis severa, eclampsia, diabetes gestacional, hipertensión sistémica, partos pretérminos, etc.), con lo que se protege la salud materno-infantil, con el espaciamiento de las gestaciones con la ventaja de que no interfiere con la

lactancia y no actúa a nivel sistémico, lo que propicia una mejor alimentación del producto. (2,16)

El uso de un DIU en el puerperio inmediato tiene beneficios definidos. Algunos investigadores han informado un aumento sustancial de la tasa de aceptación en este momento. Dado que el método requiere solo una motivación inicial y no persistente, debe considerarse en mujeres que se han demostrado incapaces de distanciar sus embarazos o en aquellas cuyos patrones de conducta sugieren pasividad, fatalismo y un sentimiento de impotencia para controlar los sucesos. A menudo, tales mujeres son miembros de grandes familias con privaciones. Las mujeres que viven en áreas alejadas de servicios médicos es más probable que usen los servicios médicos con propósitos curativos más que preventivos; por ende, también son candidatas para un DIU. (16)

Contrariamente al punto de vista prevalente, la tasa de perforación postparto inmediato es menor que la asociada con la colocación cuatro a ocho semanas postparto.

La incidencia de molestias y la necesidad de remoción por hemorragia son comparables a las de la colocación luego de un tiempo. Hay un aumento de aproximadamente una semana en la

duración de la eliminación de loquios y la incidencia de menorragia, pero no hay una diferencia significativa en los niveles de hemoglobina tres meses postparto.

Deben determinarse los riesgos y beneficios para cada paciente. Deben descartarse contraindicaciones médicas. Las mujeres que emplean anticoncepción para espaciar los embarazos deben ser alertadas sobre los riesgos de una infección tubaria y sus secuelas. Todas las mujeres deben conocer los posibles efectos colaterales y sus complicaciones, la necesidad de autoexámen y las señales de alarma de complicaciones inminentes.

Mecanismo de Acción

La acción del cobre incrementa estos -- cambios; acción espermaticida por infiltración leucocitaria del endometrio, cambios bioquímicos en el endometrio con aumento en la concentración de enzimas lisosomales que actúan como espermaticidas.

Se ha comprobado el hecho de que se genera una respuesta inflamatoria que se desarrolla en el endometrio y que se presenta inmedia

tamente después de la inserción del DIU. (11)

Alteraciones bioquímicas del endometrio que previene la implantación del blastocisto; la presencia de productos de degeneración de los neutrófilos, macrófagos y restos de células intrauterinas son tóxicas al blastocisto.

También la permeabilidad de la microvascularidad como la respuesta inflamatoria del endometrio asociada, aumentan de tal manera -- que ambas reacciones son capaces de producir cambios en el tejido evitando el embarazo, ya que se encuentran en un medio hostil. (11)

La posibilidad de que el DIU interfiera con la respuesta endometrial a influencias hormonales es debido a los cambios encontrados en las fosfatasa ácida y alcalina, depósito de glucógeno, fosfolípidos, consumo de oxígeno, relación RNA-DNA y proteínas totales. (11)

El DIU de cobre interfiere con numerosos sistemas enzimáticos como el DNA celular -- metabolismo del glucógeno y captación del estrógeno por el endometrio, además de que se ha demostrado que el cobre es un elemento tóxico para el espermatozoide.

Es demostrable que el cobre liberado se encuentra solo en el endometrio secretor, en fluidos y en el sangrado menstrual, no ha sido detectado en el suero humano dicho ión a tra -

vés de los medios habituales del laboratorio, no desarrolla displasia cervical, neoplasia o hiperplasia endometrial, no parece tener efectos adversos sobre la fertilidad futura.(11)

La restauración de la fertilidad se presenta normalmente al retirar el DIU. No existe evidencia de efecto teratogénico sobre el feto expuesto.

MATERIAL Y METODOS

Este trabajo constituye un estudio prospectivo líneal comparativo, cuyo objetivo general es comprobar la cobertura del dispositivo-intrauterino postparto y transcesárea como método anticonceptivo y conocer la incidencia de expulsión así como la relación que guarda el dispositivo intrauterino en el desarrollo de infección puerperal.

Se formaron dos grupos de 50 pacientes-cada uno, el grupo número 1 son aquellas pa --cientes a quien se les aplicó el dispositivo -intrauterino postparto comparado con el grupo-número 2 que son aquellas pacientes a las que-se les aplicó el dispositivo intrauterino ---transcesárea.

El presente estudio se llevó a cabo ---con pacientes que acudieron al hospital " Luis Castelazo Ayala " del IMSS, se utilizó el dispositivo intrauterino TCU 220c de filamentos -largos.

Las características del grupo control - (grupo 1), y experimental (grupo 2), fueron pacientes en el puerperio inmediato postparto y-quirúrgico con los siguientes criterios de in-clusión: Pacientes en puerperio inmediato post

parto y quirúrgico que aceptaron el método anticonceptivo temporal y que no presentaron ninguno de los criterios de exclusión, que a continuación se mencionan:

- 1).- Antecedente de RPM con datos de corio --- amnioitis.
- 2).- Antecedente de embarazo ectópico.
- 3).- Sobredistensión uterina (polihidramnios, - embarazo gemelar).
- 4).- Atonía uterina.
- 5).- Placenta previa.
- 6).- Pacientes que deseen método anticonceptivo definitivo.
- 7).- Cavidad uterina impregnada de meconio.
- 8).- Rechazo del método anticonceptivo.

Métodos de Aplicación

Transcesúrea:

Se utilizó la TCU 220c con filamento - largo. Durante el acto quirúrgico y antes del cierre de la histerotomía, se colocó el dispositivo en el fondo uterino, guiando los filamentos a través del canal cervical, los cuales

una vez terminada la intervención quirúrgica - se cortaron por vía vaginal cuatro cm del orificio externo del cérvix.

Postparto:

Lo aplicó la persona que atendió el -- parto en la sala de expulsión, inmediatamente después del alumbramiento y con la certeza de salida completa de anexos ovulares.

El DIU se puede aplicar de dos formas:

En pacientes con anestesia se puede -- aplicar manualmente con una mano se coloca el DIU en el fondo uterino, ayudandose con la -- otra mano por vía abdominal sosteniendo el fondo, para tener la certeza de una correcta aplicación. Al retirar la mano que aplica el DIU - debe tenerse cuidado de no jalar los hilos para no desplazar el DIU. Se recortan los filamentos dejandolos que sobresalgan cuatro cm -- del orificio externo del cérvix.

En pacientes con o sin anestesia, oprimiendo el periné con dos dedos por medio de -- una valva vaginal se visualiza el orificio cérvical, con pinza de anillos se toma y tracciona el labio anterior del cérvix, con otra pin-

za de anillos de preferencia curva se toma en su extremo el DIU, mismo que se introduce suavemente hasta el fondo uterino; se suelta el DIU y se retira la pinza se cortan los filamentos en la forma descrita anteriormente.

Descripción del Programa de Trabajo

La muestra fué obtenida al azar en todas las pacientes a las que se les aplicó DIU en el puerperio inmediato postparto y transcesárea que reunieron las características del grupo control y experimental.

Se estudiaron dos grupos de pacientes en forma prospectiva, 50 de ellas se les realizó operación cesárea y a otras 50 se les atendió parto eutócico en la unidad tocoquirúrgica se les aplicó DIU transcesárea y postparto respectivamente, posteriormente se citaron a las pacientes al servicio de consulta externa al término del puerperio (40 días) para su revisión.

Una vez analizados los resultados se convirtieron en cuadros tomados de la hoja de captación de datos. (ver hoja anexa).

HOJA DE CAPTACION DE DATOS

Fecha: _____
Nombre: _____ Cédula: _____
Domicilio: _____
Teléfono: _____
Gesta: _____
Para: _____
Abortos: _____
Cesáreas: _____
Edad Gestacional: _____
Embarazo: Bajo Riesgo () Alto Riesgo ()
Porqué: _____
Indicación de la cesárea: _____
Antecedente de RPM: Si () No () Horas: _____
Aplicación de DIU: Transcesárea ()
Postparto ()

La Revisión 40 días:

Fecha: _____
Duración de lóquios: _____
Infecciones: _____
Expulsión: _____ Fecha: _____
Motivo de extracción: _____

RESULTADOS

Los resultados obtenidos, una vez terminado el estudio y haciendo un análisis de los puntos expuestos en los formularios de admisión y seguimiento, se encontró que las principales indicaciones de la cesárea (cuadro 1) - en las pacientes a las que se les aplicó DIU - ocupó el primer lugar la desproporción cefalopélvica, en segundo lugar producto en presentación pélvica, ocupando el tercer lugar el sufrimiento fetal agudo, teniendo en menor cantidad las indicadas por producto en situación transversa, toxemia severa, cesárea iterativa-ruptura prematura de membranas etc.

Las pacientes fueron vistas a los 40 días de la inserción y sometidas a un examen en el que se corroboró la situación del DIU. De las 50 pacientes que se les aplicó DIU transcesárea, 40 de ellas se encontró el DIU en útero 3 pacientes lo habían expulsado espontáneamente, 2 se encontraron traslocados corroborados por rayos X, 2 fueron retirados por presentar deciduitis postcesárea, como se denota en el cuadro número 2. En comparación con las pacientes a las que se les aplicó DIU postparto fue menor el número de dispositivos encontrados en útero que fue el 66%, el número de dispositi -

vos que fueron expulsados en las pacientes --- postparto fué mayor que los aplicados en transcesárea siendo del 14 y 6% respectivamente, 6- al momento de la revisión lo tenían en cérvi- se retiró 1 DIU por presentar la paciente deci duitis postparto (cuadro 3).

En lo que respecta a la duración de los lóquios, se observó que fué menor en las pa -- cientes con DIU transcesárea siendo de 84% me- nor de 15 días y siendo de 78% en las pacien - tes con DIU postparto, se encontró que la dura ción de los lóquios fué mayor en el aplicado - postparto que fué de un 2% (cuadro 4 y 5).

La magnitud del sangrado fué reportado- mayor en las pacientes con DIU postparto, 15 - pacientes (30%), presentandose en las pacien - tes con DIU transcesárea, en 10 pacientes (20%) teniendo el mismo porcentaje en las que presen taron sangrado escaso (cuadro 5 y 6).

Finalmente las complicaciones reporta - das en ambos grupos fué, infección endometrial que se encontró más alta cuando se aplicó DIU- transcesárea siendo 3 casos los cuales repre - sentan el 6% y encontrandose más bajo en las - pacientes en las que se aplicó DIU postparto - en el 2%, en menor porcentaje se presentó do - lor hipogástrico y leucorrea, presentandose pa cientes sin complicación en un 88% y un 90% en las pacientes a las que se les aplicó el DIU - transcesárea y postparto respectivamente.

ANALISIS ESTADISTICO

Una vez aceptada toda la información para realizar el estudio se efectuó la valoración estadística.

Dependiendo de como se tenga la información y de la cantidad de datos captados, existen diversos métodos de procesamiento que permiten analizar la información más fácilmente.

En este trabajo a pesar de que el volumen de trabajo no es grande toda la información se procesó en computadora.

En este trabajo que es un estudio prospectivo lineal comparativo, de acuerdo a las hipótesis propuestas, a los objetivos y a la escala de medición de las variables involucradas se utilizó la técnica estadística de la χ^2 .

	CASOS (+)	CONTROLES (-)
CASOS	43	33
CONTROLES	07	17
	<hr/>	<hr/>
	50	50

Una vez hecho el análisis estadístico - mencionaremos a continuación los resultados. .

En el presente estudio a pesar de haber se rechazado la hipótesis nula la prueba es estadísticamente significativa con una P menor - de 0.03.

Todos los datos fueron procesados en -- computadora y se pudo concluir que para el diagnóstico positivo aplicado postparto existe un riesgo - de expulsión del 3.16 veces en comparación al aplicado transcesárea que es de 1.7 veces el - riesgo de expulsión.

INDICACION DE LA CESAREA EN PACIENTES A LAS
QUE SE APLICÓ DIU

	NO.CASOS	PORCENTAJE
DESPROPORCION CEFALOPELVICA	24	48
PRODUCTO EN PRESENTACION PELVICA	9	18
SUFRIMIENTO FETAL AGUDO	8	16
PRODUCTO EN SITUACION TRANSVERSA	2	4
TOXEMIA SEVERA	2	4
CESAREA ITERATIVA	1	2
RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	1	2
PROLAPSO DE CORDON	1	2
DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA	1	2
COLPOPERINEOPLASTIA	1	2
	<hr/>	<hr/>
	50	100%

LOCALIZACION DEL DISPOSITIVO TRANSCESAREA A LOS 40 DIAS

	NO. CASOS	PORCENTAJE
DIU EN UTERO	43	86
DIU EN CERVIX	0	0
DIU EN VAGINA	0	0
DIU EXPULSADO ESPONTANEAMENTE	3	6
DIU TRANSLOCADO	2	4
DIU RETIRADOS	2	4
	<hr/>	<hr/>
T O T A L	50	100%

CUADRO 2

LOCALIZACION DEL DISPOSITIVO TRANSCESAREA A LOS 40 DIAS

	No. CASOS	PORCENTAJE
DIU EN UTERO	43	86
DIU EN CERVIX	0	0
DIU EN VAGINA	0	0
DIU EXPULSADO EXPONTANEAMENTE	3	6
DIU TRANSLOCADO	2	4
DIU RETIRADOS	2	4
TOTAL	<u>50</u>	<u>100%</u>

DURACION DE LOQUIOS EN PACIENTES CON DIU TRANSCESAREA

DURACION	No. DE CASOS	PORCENTAJE
MENOS DE 15 DIAS	42	84
16 - 25	7	14
26 - 35	1	2
MAS DE 36 DIAS	0	0
	<hr/>	<hr/>
TOTAL	50	100%

CUADRO 4

DURACION DE LOQUIOS EN PACIENTES CON DIU POSTPARTO

DURACION	No. DE CASOS	PORCENTAJE
MENOS DE 15 DIAS	39	78
16 - 25	8	16
26 - 35	2	4
MAS DE 36 DIAS	1	2
TOTAL	50	100%

CUADRO 5

CANTIDAD DE SANGRADO EN PACIENTES CON DIU TRANSCESAREA

CANTIDAD	No. DE CASOS	PORCENTAJE
ABUNDANTE	10	20
NORMAL	35	70
ESCASO	5	10
	<hr/>	<hr/>
TOTAL	50	100%

CUADRO 6

CANTIDAD DE SANGRADO EN PACIENTES CON DIU POSTPARTO

CANTIDAD	No. DE CASOS	PORCENTAJE
ABUNDANTE	15	30
NORMAL	30	60
ESCASO	5	10
TOTAL	50	100%

CUADRO 7

COMPLICACIONES PRESENTADAS EN PACIENTES CON DIU TRANSCESAREA

COMPLICACIONES	No. DE CASOS	PORCENTAJE
DOLOR HIPOGASTRICO	1	2
LEUCORREA	2	4
INFECCION ENDOMETRIAL	3	6
SIN COMPLICACIONES	44	88
TOTAL	50	100%

CUADRO 8

COMPLICACIONES PRESENTADAS EN PACIENTES CON DIU POSTPARTO

<u>COMPLICACIONES</u>	<u>NO. CASOS</u>	<u>PORCENTAJE</u>
INFECCION ENDOMETRIAL	1	2
DOLOR HIPOGASTRICO	2	4
LEUCORREA	2	4
SIN COMPLICACIONES	45	90
	<hr/>	<hr/>
T O T A L	50	100%

COMENTARIO

En este trabajo en el que se le estudió y se hizo seguimiento a dos grupos con 50-pacientes cada uno en el que nos encontramos - que de las pacientes que se les ofrece este mé-todo anticonceptivo del 100% el 90% lo acepta- siendo la misma proporción las pacientes que - se someteran a operación cesárea que a las que se atienden de parto, únicamente hay la necesi- dad de explicar en forma detenida a cada una - de las pacientes las ventajas que tiene el mé- todo con el fin de darles la protección más -- adecuada para el control de la fertilidad, es- paciando sus embarazos y la ventaja de que no- interfiere con la lactancia y además es un mé- todo confiable.

CONCLUSIONES

En el presente trabajo se concluye que este método no representa ningún riesgo para la salud de las usuarias, que constituye un método útil para protegerlas con una efectividad anticonceptiva elevada en particular en las pacientes en el puerperio inmediato mientras inician los ciclos menstruales.

Por otra parte el uso del dispositivo intrauterino constituye una opción más a tomar en cuenta, sobre todo en aquellas pacientes -- que por alguna razón se contraindica el uso de hormonales (toxemia, diabetes gestacional, hipertensión sistémica, etc).

En el presente estudio se observó que el dispositivo intrauterino no favorece la incidencia de infección endometrial y probablemente cuando esta se presenta puede ser debida a factores de riesgo que predisponen a la paciente o bien a malas técnicas quirúrgicas.

Es de llamar la atención la mayor incidencia de expulsión en la paciente postparto - en relación a los dispositivos aplicados durante la operación cesárea.

Otras de las ventajas de este método es la buena tolerancia, la tasa de continuidad -- elevada, el no interferir con las relaciones sexuales y solamente genera un promedio de 1 a 2 consultas al año.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

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

- 1.- Alviator GT: Pregnancy outcome removal of -
intrauterine devices. Obstet Gynecol 1973;
41:894-96
- 2.- Aznar: VI jornada bienal: Dispositivo in -
trauterino. HGO y CMR 1974:367-91
- 3.- Cole P, Edelma DA, Potte DM, Wheeler RG:--
Postpartum insertion of modified intraute-
rine devices. The J Reprod Med 1984;29:677
-82
- 4.- Curso inserción de DIU T de CU 220c: V ra-
zones para el cambio de actitud y conducta
hacia la reproducción. VIII dispositivo in
trauterino 1981:155-92
- 5.- Edwards LE, et al: Adolescent pregnancy --
prevention services in high school clinics
fam plann perspec 1978;12:6-10

- 6.- Eschenbach DA: Acute pelvic inflammatory -- disease: Etiology risk factors and pathogenesis. Clin Obstet Gynecol 1976;147:19-22
- 7.- Finkel ML, Finkel DJ: Sexual and contraceptive knowledge attitudes and behavior of - male adolescents. Fam Plann Perspect 1976; 147:7-11
- 8.- Flesh G, et al: The intrauterine contraceptive device and acute salpingitis: A multi factor analysis. Am J Obstet Gynecol 1979; 135:402-405
- 9.- González R, Santos A, Villarreal H: Inserción de dispositivo intrauterino transcesárea: Informe preliminar. Ginec Obstet Mex- 1980;47:163-67
- 10.-Guitrón A, Muñoz M, Martínez G: Dispositivo intrauterino transcesárea. Ginec Obstet Mex 1988;56:162-65
- 11.-Huber SC, et al: IUDs reassessed: A decade of experience. Popul Rep 1975;21:B-2

- 12.- Lara R, Lozano M, Reynoso L: Resultados - con el uso de dispositivos intrauterinos - en mujeres adolescentes. Ginec Obstet Mex 1987;55:107-10
- 13.- Laufe, Wheeler RG: Modification of intra- uterine devices for postpartum insertion- The lancet 1979;21:853-54
- 14.- Loudon GD, Scott R, Hutchon D: Post-termi nation contraception: Use of the multi -- load Cu 250. Br J Obstet Gynecol 1983;83: 46-50
- 15.- Lara R, Sánchez R, Aznar R: Aplicación -- del dispositivo intrauterino a través de- la insición de la cesárea. Ginec Obstet - Mex 1989;57:23-27
- 16.- Measham AR, Villegas A: Comparison of con tinuation rates of intrauterine device -- Colombiana ass family wolf. Obstet Ginec- Bogotá 1976;48:336-40

- 17.- Mishell DR, Bell JH, Good RG, Meyer DC: -
The intrauterine device: A bacteriologic-
study of the endometrial cavity. Am J Obs-
tet Gynecol 1966;96:119-26

- 18.- Reynoso L, Arevalo N, Lara R, Aznar R: --
Aplicación postplacenta de cinco tipos di-
ferentes de dispositivo intrauterino. Gy-
nec Obstet Mex 1982;50:107-10

- 19.- Sandmire H, Cacanough R: Long term use of
intrauterine contraceptive devices in a -
private practice. Am J Obstet Gynecol --
1985;152:169-75

- 20.- Thiery M, Van Der Pas H: Immediate post -
partum insertion of copper wired intraute-
rine contraceptive device the ML Cu 250.-
Br J Obstet Gynecol 1979;86:654-58

- 21.- World health organization: IUD insertion-
following termination of pregnancy: A cli-
nical trial of the TCu 220c, lippes loop-
D, and copper 7: Studies in family plan -
ning 1983;14:99-107