

11217

48



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**DISPOSITIVO TRANSCESAREA
MULTILOAD Cu 250**

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO EN
LA ESPECIALIDAD DE
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
PRESENTA EL DOCTOR
HUGO GERARDO CASTRO NUÑEZ

DIRECTOR DE TESIS
DR. VICTOR RUIZ VELASCO

MEXICO, D. F.

2002



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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 esta 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.

A MIS PADRES

CON EL DEBIDO RESPETO QUE SE MERECEAN
POR EL APOYO, CONSEJOS Y ORIENTACION
QUE ME HAN BRINDADO SIEMPRE

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

A MIS HERMANOS

CARLOS ARMANDO

RAUL ALBERTO

IRMA NORMA

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

A MARTHA HERALIDA
CON CARINO Y AMOR

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CONTENIDO:

- I.- INTRODUCCION**
- II.- DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS Y SU CLASIFICACION**
- III.- MECANISMOS DE ACCION**
- IV.- ORIGEN, CARACTERISTICAS, CUALIDADES DEL DIU -
ML Cu 250**
- V.- MATERIAL Y METODO**
- VI.- RESULTADOS**
- VII.- COMENTARIOS**
- VIII.- RESUMEN Y CONCLUSIONES**
- IX.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS**

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INTRODUCCION

Tenemos antecedentes que la anticoncepción se ha usado desde la antigüedad, pues está demostrado que la necesidad de practicarla ha existido toda la vida, las primeras prácticas anticonceptivas a pesar de su dudosa eficacia perduraron por milenios, ya que probablemente permanecieron en secreto de algunas cuantas personas, puesto que no existió ninguna divulgación acerca de en que consistían y de su eficacia ya que nadie podía confesar lo que hacia (14).

Prácticas muy antiguas han sido relatadas en relación a la historia de la anticoncepción y de los Dispositivos Intrauterinos, incluyendo la inserción intracervical o posiblemente intrauterina de diferentes materiales para el tratamiento de enfermedades o la inducción de abortos (20).

Hipócrates mencionaba un tubo de plomo que podía ser utilizado para la instalación de medicamentos dentro de la cavidad uterina. Una revisión histórica citada con frecuencia, describe a las tribus nómadas del norte de Africa, Arabia y Turquía que desde hace miles de años colocaban pequeñas piedras ovaladas y lisas, dentro de la matriz de las camellas pa-

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

(2)

ra prevenir los embarazos durante las travesías de las carabanas en el desierto principalmente en el Sahara (14-20).

Aristóteles en la antigua Grecia mencionaba técnicas anticonceptivas en animales.

Hipócrates en su tratado sobre enfermedades de las mujeres menciona en la medicina antigua por primera vez los pesarios intrauterinos aunque no se señalaba como método para prevenir el embarazo (30-14).

Por otra parte existen referencias también en varios escritos de que algunos pueblos primitivos utilizaron hases de cordón o de cuerda, espirales de hule, peltre, lana, marfil, oro, plata y algunos otros artefactos colocados en la matriz como métodos anticonceptivos.

Sin embargo publicaciones medicas no hacen referencia a los Dispositivos Intrauterinos específicamente utilizados o prescritos para prevenir el embarazo hasta la segunda mitad del siglo XVIII en que Inglaterra y Alemania los utilizaron con este fin . Teniendo mayor difusión en el siglo XIX en el cual se escribió mucho acerca de los pesarios que se utilizaron con fines de anticoncepción como para corregir des

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

viaciones del útero, dándole mayor importancia a su uso como anticonceptivo temporal en nuestro siglo (14).

En el año de 1909 en el número de Septiembre de la revista *Deutsche Medizinische Wochenschrift* contiene un artículo titulado "Ein Mittel zur Verhütung der Konzeption" (Un medio para prevenir la anticoncepción) siendo el autor el Dr. Richard Richert médico polaco, en este artículo se habla sobre la anticoncepción verdaderamente intrauterina su DIU diseñado era un anillo flexible hecho de crin de Florencia, que es un material de sutura que se obtiene extrayendo en una sola ebra el líquido del gusano de seda muerto en el momento de su ciclo en que comienza a construir su capullo.

Este anillo medía aproximadamente 27 mm. de diámetro en su interior tenía alambre de bronce o aluminio recubierto con los hilos de crin.

Una vez colocado el anillo demostró ser un eficaz dispositivo como método de anticoncepción durante meses o años.

Aunque los resultados eran aceptables, sus publicaciones fueron criticadas por lo que el método permaneció oculto hasta 1938 en que el profesor alemán Ernest Grafenberg basándose

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

se en el dispositivo de Richard Ritcher inventó anillos de seda de diferentes tamaños sustituyendolo posteriormente por aros de plata y oro, así mismo otros autores trabajaron con dispositivos en forma de botones o bucles aunque en menor número de casos (14).

Probablemente a la técnica de aplicación, la antisepsia, la forma y materiales usados en estos dispositivos cayeron muy pronto en desuso a pesar de esto continuaron aplicandose -- sin realizarse publicaciones (14).

En 1959 comienza a desarrollarse un renovado interes en los dispositivos intrauterinos despues de los resultados favorables obtenidos por Oppenheimer en Israel quien coloco anillos de crin de Florencia en varios cientos de pacientes particulares a partir del año de 1930, sin reportar complicaciones graves, teniendo una eficacia exelente, en el mismo año Ishihg ma informó sobre los exelentes resultados obtenidos en cerca de 20 mil mujeres japonesas que habian usado anillos de naylon y de polietileno, del diseño de otro investigador japonés Ota, siendo este país el primero que utiliza material sintético -- aprovechando la flexibilidad y memoria de los plásticos modernos, para la elaboración de dispositivos intrauterinos.

TEJIS CON
FALLA DE ORIGEN

(5)

Por lo que los costos descendieron en forma importante, fabricandose en gran cantidad y realizando varios diseños y tamaños ejemplo de bucle, lazada, royo, cometa, escudo, etc. (30-14). Estos dispositivos estaban equipados con apendices o colas que se extienden a través del canal cervical facilitando al medico y a la paciente su localización .

En la década de los 60 se diseñaron dispositivos -- activos ya que se les agregó hormonales o metales para aumentar su capacidad anticonceptiva.

Asi también se les agrega bario para hacerlos radiopacos y poder identificar su localización por medio de radiografias en aquellos casos de que no exista la certeza de su -- correcta localización (24).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS Y SU CLASIFICACION

Actual es durante la evolución de los Dispositivos--
Intrauterinos su nomenclatura a tenido varios cambios de acuer-
do a diferentes cambios que les han agregado por lo que actual-
mente se clasifican de la siguiente manera :

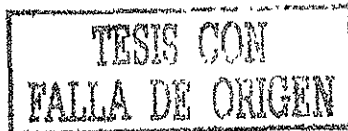
TABLA No. 1

1.- No medicados antiguamente llamados inertes o de-
primera generación.

- a) Asa de Lippes D
- b) Saf-T-Coil
- c) Antigon-F
- d) Ypsilon
- e) Escudo de Dalkon

2.- Medicados denominados anteriormente activos o -
de segunda generación.

- a) T de cobre
- b) T Cu 200
- c) T Cu 220 C
- d) T Cu 280
- e) T Cu 300
- f) T Cu 380A



(7)

- g) 7 de cobre
- h) T de Progesterona
- i) Asa de Lippes con cobre
- j) ML Cu 250 (15)
- k) ML Cu 375 (15)

Según lo que hemos visto se han descrito a través -- del tiempo y durante la evolución del dispositivo, múltiples -- diseños y tamaños con el fin de obtener un dispositivo modelo e idóneo , los cuales cada vez más se han logrado y los requisitos son los siguientes (16):

- 1.- Que sea efectivo
- 2.- Que sea flexible
- 3.- Colapsable
- 4.- Firme
- 5.- Extensible
- 6.- Tridimensional
- 7.- Radiopaco
- 8.- Fácil de colocar
- 9.- Que permanezca en su lugar
- 10.- Fácil de quitar
- 11.- Económico

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

(8)

12.- Que sea bien tolerado

No debemos olvidar que existen contraindicaciones - para el Dispositivo Intrauterino entre las cuales tenemos las siguientes (14-17-18).

- a) Duda o sospecha de embarazo
- b) Enfermedad Inflamatoria Pelvica
- c) Endometritis postparto
- d) Endometritis postaborto
- e) Anormalidades anatómicas del útero
- f) Anormalidades anatómicas del cervix
- g) Cervicitis aguda
- h) Enfermedad Inflamatoria Pelvica Recidivante
- i) Tumores uterinos o cervicales
- j) Menstruación muy abundante
- k) Alteraciones de la coagulación
- l) Historia de embarazo ectópico
- m) Neoplasias malignas cervicales (20)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MECANISMOS DE ACCION

El efecto anticonceptivo de los Dispositivos Intrauterinos a sido reconocido desde el principio del siglo. El mecanismo de acción hasta la fecha no esta bien dilucidado a pesar de los experimentos que se han realizado sobre todo en animales, sin embargo en la certeza que el Dispositivo Intrauterino actua sobre varios factores a la vez, cada uno de ellos por si solo puede producir la anticoncepción (14-20).

En principio los investigadores estan de acuerdo general en que el efecto anticonceptivo de los Dispositivos Intrauterinos es el resultado de la combinación de varios fenómenos ya que ellos tienen una acción de cuerpo extraño sobre la cavidad uterina, otros además tienen acciones específicas como son la de los Dispositivos Intrauterinos medicados que tienen una acción combinada tanto del fenómeno general más el efecto propio del medicamento agregado (19-10-11).

I.- Siendo las características de los efectos anticonceptivos de ser:

a) Locales

b) Actuar inmediatamente después de la in



(10)

serción

- c) Desaparecer rápidamente después de la extracción.
- d) No modificarse con la menstruación
- e) No alterar la integridad e integración del eje hipotálamo, hipófisis, ovario

(24)

II.- Ocasionando alteraciones dentro de la cavidad-uterina como son:

- a) Modifica altera y destruye los espermatozoides, disminuyendo la posibilidad de ascenso dentro de los genitales internos femeninos, para alcanzar el óvulo y fecundarlo.
- b) Produce un aumento de la motilidad de las trompas y del movimiento de las células de su mucosa, lo que altera tanto el transporte del óvulo como el descenso del huevo ya formado, explicación que se da para las mujeres con Dispositivos Intrauterinos y que pre-

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

(11)

sentan embarazos extrauterinos.

- c) Ocasiona un aumento en la contracción del musculo uterino lo que actua desfavorablemente tanto sobre el asenso de los espermatozoides como sobre la nidación en la matriz, de un huevo que hu-
biese sido fecundado.
- d) Igualmente la presencia del cuerpo ex-
traño modifica el endometrio, imposibi-
litando que el huevo sea recibido y nu
trido en ese sitio, esto explica el he
cho de por que los dispositivos iner-
tes o no medicados entre más grandes -
sean son más efectivos; lo que no sece
de con los modernos dispositivos medi-
cados (14).
- e) Por último, sin lugar a duda existen -
otros posibles factores que actuan pa-
ra completar el efecto anticonceptivo-
de estos aparatos pero no estan plena-
mente demostrados hasta la fecha.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Mencionandose también otros efectos sobre el endometrio caracterizadas en el sitio de contacto existiendo modificaciones en adelgazamiento y algunas veces ulceraciones por presión (21-31).

Moyer (11) demostró plenamente y de manera cuantitativa la rápida y localizada migración de leucositos al endometrio y en menor cuantia al miometrio determinando numericamente una relación directa entre la cantidad de leucositos en la cavidad endometrial y el grado de fertilidad de la usuaria (5-6-7-8).

Otros autores describieron la formación de una especie de barrera, hecha por el acumulo de celulas macrofagas, entre el blastocisto y el endometrio lo que hacia que la nidación no se llevara a cabo por un fenómeno mecánico y químico--presentando también en el endometrio modificaciones enzimáticas y bioquímicas lo que produciría el mismo efecto. Se refiere también que la lisis de celulas inflamatorias especialmente de los leucositos polimorfo nucleares liberan sustancias embriotóxicas que a su vez pueden destruir al blastocisto antes de su implatación (6-5).

Con respecto a la inmunología Holub y Reyner han-



encontrado que posteriormente a las ocho semanas después de la inserción de Dispositivo Intrauterino encontraron niveles uterinos altos de inmunoglobulina G así como niveles sericos altos de IGG e IGM lo que pudiera ser en parte la capacidad para producir anticuerpos antiblastocisto.

Los dispositivos medicados mencionados en la tabla no. 1 como son los dispositivos hormonales que contienen progesterona su mecanismo de acción a mostrado ser básicamente local y sin efectos sistemicos detectables. Ya que hacen un endometrio progestacional o decidual haciendolo incompatible con la implantación del blastocisto, observandose también infiltración inflamatoria y reacción predecidual difusa (22-23).

Los otros dispositivos que contienen cobre se cree que dicho elemento o sus sales al entrar en contacto con las celulas endometriales liberarían enzimas citoliticas que actuarían directamente sobre el blastocisto antes de su implantación (2-12).

Así mismo el cobre ocasiona un desplazamiento sobre el zinc que interfiere en el metabolismo de ciertas enzimas como la anhidrasa carbonica, las particulas de cobre por -

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ionización causan disminución de la cuenta espermática y de la motilidad de los espermatozoides en las pruebas realizadas postcoito.

Otros autores (4-1) sugieren la importancia de los cambios bioquímicos endometriales en el mecanismo de acción anticonceptiva en mujeres portadoras de T de progesterona se encontró disminución en el consumo de oxígeno y en la utilización de glucosa, aumento de proteínas totales y nitrógeno no proteico, disminución en la síntesis de RNA, aumento del calcio y cambios de la polaridad de la membrana que pueden interferir en los mecanismos de reproducción tales como transporte espermático, capacitación, nidación, etc. (4-25-26-30).

Oster (27-28) propone además que la superficie de el cobre al oxidarse se forma una capa de óxido cuproso que al combinarse con una solución de cloruro de sodio forman complejos solubles de cloro cobre, estos complejos de cobre al oxidarse producen cobre y radicales libres pudiendo iniciar estos la oxidación de ácidos grasos no saturados localizados en la membrana celular, lisis de los organelos celulares, pérdida de función, y eventualmente muerte celular.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

EFFECTOS COLATERALES Y COMPLICACIONES

El sangrado es el efecto secundario más comun y --- más molesto presentándose este en forma de sangrado intremensual un 60 ó 70 % presentan hemorragia uterina anormal, o --- menstruaciones abundantes. El mecanismo por medio del cual se producen estas alteraciones no esta bien establecido sin embargo algunos autores proponen que es debido a disminución de los depositos de fibrina en el endometrio, aumento de la fragilidad capilar y de la actividad plasmática con liberación excesiva de distamina, esto en conjunto produciría las alteraciones antes mencionadas (29-3-30).

Infección Pélvica .- la frecuencia de enfermedad --- inflamatoria pelvica relacionada directamente con el dispositivo es variable algunos autores reportan una frecuencia de --- 2.2 % (13) .

Wright reporta el 1% y William Scott reporta el --- 7.5 %, las infecciones pelvicas pueden ser leves o tan graves que han causado la muerte de pacientes (32-13-33), y pueden --- ser endometritis, micro abscesos endometriales, abscesos tubo-ovaricos o abscesos pelvicos etc. (32).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Perforación Uterina .- es una de las complicaciones más serias, su frecuencia varia según los reportes de uno a 150, a uno por 9 mil (34), así también la frecuencia en el postparto se han reportado de uno por 15 mil (35). Este accidente se presenta casi siempre durante la inserción es forma espontánea cuando el dispositivo se desplaza a través de la pared del útero por un mecanismo de necrosis ejercido por el dispositivo y las contracciones uterinas (3b).

Al descartarse la posibilidad de la expulsión espontánea del Dispositivo Intrauterino o embarazo se trata de localizar por medio del histerometro, o con placas AP y lateral de abdomen, con ecocsonografía y la histerosalpingografía.

Leucorrea.- (30) es frecuente encontrar leucorrea en las mujeres portadoras de Dispositivo Intrauterino, su etiología no es clara pero se cree que es secundaria a la irritación del Dispositivo Intrauterino o del hilo en el canal cervical; cuando presente este efecto debe ser tratado de acuerdo a la causa que lo este originando.

Efectos sobre el embarazo .- cuando existe embarazo en una mujer portadora de Dispositivo Intrauterino, la frecuencia

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

(17)

cia de aborto es de 53.9% y de 42.6% si tienen o no nilo vaginal respectivamente, por lo que se deberá retirarse el Dispositivo si se quiere disminuir la frecuencia del aborto (37).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

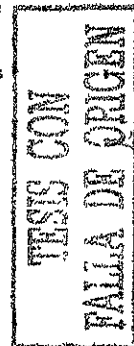
ORIGEN, CARACTERISTICAS, CUALIDAD'S DEL DIU ML Cu 250

En el año de 1974 mes de Noviembre en el VII Congreso de Fertilidad y Esterilidad en Buenos Aires Argentina - fué presentado por sus creadores los doctores M.A.A. Van Os y OC R. Rnemer, ginecologos del Hospital St. Elizabeth Ge Groote el Dispositivo Intrauterino Multiload Cu 250.

El diseño de este dispositivo esta basado en datos anatómicos, fue diseñado con bióingeneria, con el intento para desplazar a los Dispositivos Intrauterino previos.

La morfología de Dispositivo Intrauterino ML Cu --- 250 es un producto de la conjunción de dos tipos de dispositivos : el Dalkon Shields Fenestrado y la T de cobre (fig.1).

El material con que esta constituido es de polietileno y cobre. Wide 36 mm. de longitud, con un alambrado de cobre de 27 mm. de largo equivalente de 172 a 180 mg. de cobre y tiene un diámetro de 0.3 mm., al plástico le da la propiedad de ser resistente flexible y adaptarse fácilmente a la cavidad uterina o sea que colapsable. Razón por la cual resiste la contractilidad uterina dificultando por lo tanto su movili



zación y riesgo de expulsión involuntaria, y por consiguiente la somatización de dicho fenómeno caracterizado por dismenorrea y hemorragia.

El alambre de cobre se encuentra enrollado al rededor del vástago y dándole una superficie de 250 mm.^2 , en la parte más baja del dispositivo se encuentra el monofilamento del hilo nylon encontrándose un nudo y midiendo los hilos -- 9.5 cm. de longitud, siendo en número de dos de color negro y no trenzados. La parte superior del vástago termina en mediaesfera de convexidad superior .

Los brazos del Dispositivo Intrauterino están constituidos de polietileno, colocados en forma de arco, simétricamente dispuestos y con cinco apéndices en cada uno de los brazos discretamente mayor el primero y el quinto apéndice -- (fig. 2) .

Estos apéndices o espuelas lo ayudan a permanecer en su sitio sin dilatar la cavidad uterina y por consiguiente hay menor traumatismo directo en el endometrio reflejándose lo anterior con menor hemorragia y dolor. La flexibilidad existente en ambos brazos del Dispositivo Intrauterino $\text{Ml Cu } 250 \text{ le}$

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

permite sondear el fondo uterino estableciendo una mejor acomodación para las diferentes variantes anatómicas del útero.

Las contracciones uterinas se dirigen hacia la parte superior del Dispositivo Intrauterino, resultando en una flexión, incrementando así la resistencia a una expulsión. Por este motivo se reafirma que es el primer Dispositivo Intrauterino no basado sobre la extensión (superficie de contacto) para proyectarse en la cavidad uterina y así prevenir su expulsión .

Dadas las características morfológicas y su diseño anatómico le permite tener una fácil colocación, una buena tolerancia y una retención adecuada así como adaptabilidad idónea a la cavidad endometrial.

El tamaño de este dispositivo fue calculado para la mayoría de los uteros ya que se trata de un tamaño promedio.

El cobre es suficiente para hacerlo radiopaco sin necesidad de impregnarlo con bario.

Como se ha descrito otros dispositivos tienen algunas características que se han mencionado anteriormente sin --

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

embargo el Dispositivo Intrauterino M. Cu 250 llena la mayoría de los requisitos que debe tener un dispositivo.

Teniendo el antecedente de la aplicación de dispositivos transparto o postparto inmediato en los cuales se obtuvieron buenos resultados según varios autores y al revisar la literatura mundial no encontramos ningun antecedente de la aplicación transcesarea de un dispositivo intrauterino decidimos realizar este trabajo, con el Dispositivo Intrauterino M. Cu 250.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

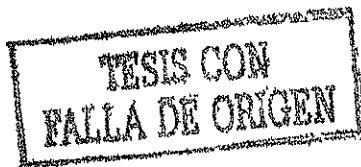
MATERIAL Y METODO

Se aplicaron 154 Dispositivos Intrauterinos ML Cu - 250 a pacientes seleccionadas voluntarias asistentes al Hospital de Gineco Obstetricia # 3 del Instituto Mexicano de Seguro Social en la ciudad de México, el criterio de la selección de pacientes consistió fundamentalmente en que no hubiera antecedente de RPM, síndrome febril, o antecedente de malformación genital, antes de la aplicación del dispositivo se les informó extensamente acerca de los alcances ventajas y conveniencias de hacer uso de este método, en un principio se pensó aplicarlo exclusivamente a las cesareas programadas, pero posteriormente se amplió su uso a las cesareas no programadas urgentes y no urgentes.

La solicitud y deseo de hacer control temporal de la fertilidad fué registrado en el expediente respectivo.

Los datos que se obtuvieron en el presente trabajo fueron los siguientes:

1.- Edad



(23)

- 2.- Características socioculturales (domi-
cilio, ocupación, religión, estado ci-
vil y educación).
- 3.- Historia reproductiva y obstetrica , -
datos del embarazo.
- 4.- Diagnósticos preoperatorios.
- 5.- Anestesia utilizada.
- 6.- Tiempo transcurrido entre la inser-
ción del Dispositivo Intrauterino y -
el egreso de la paciente.

Posteriormente durante su estancia hospitalaria se-
les acababa de explicar el método de anticoncepción que esta-
ban llevando, mostrándoles el dispositivo, como actuaba la ---
protección que les daba y los problemas secundarios que se les
podía presentar, como expulsión del dispositivo, posibilidad -
de presentar un embarazo intra o extrauterino, recomendándoles
observaran en sus loquios la aparición del dispositivo, en ca-
so de que esto sucediera comunicarnoslo inmediatamente.

Se les indicó la necesidad de que acudieran a sus -
citas puntualmente siendo estas al mes, a los tres meses, a --

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

los seis meses y a los 24 meses, en caso de ocurrir algún problema antes de sus citas debían acudir inmediatamente a nuestro servicio, además se les explicó la forma de hacerse un auto examen para corroborar la presencia del Dispositivo Intrauterino, durante sus citas se les interrogó acerca de la duración de sus loquios, características y duración de la lactancia, presencia de leucorrea y características, número de menstruaciones y características, de estas se corroboraba la presencia del Dispositivo Intrauterino clinicamente o por medio de gabinete, se les interrogó número de relaciones sexuales a la semana, expulsiones del dispositivo y evidencia de embarazo.

METODO DE APLICACION

La aplicación del dispositivo se hacía una vez extraída la placenta y las membranas, y después de hacer una cuidadosa revisión de las comisuras de la histerotomía y de la cavidad uterina se hace una limpieza de dicha cavidad con una gasa esteril una vez limpio se inicia una infusión endovenosa de ositocina 20 unidades en 250 ml. de solución glucosada al 5 % a goteo rápido, al mismo tiempo con la otra mano se da ma-

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

saje mecánico directamente al utero con estas medidas tenemos tres elementos importantes para una buena contracción uterina. Cuando la contracción es completa se hace la inserción del --- Dispositivo Intrauterino ML Cu 250 colocado entre los dedos -- indice y medio en sentido longitudinal de los mismos y con las riendas del Dispositivo Intrauterino descansando sobre la región palmar de la mano. Efectuando presión del dedo indice sobre el dedo medio en la rama derecha del dispositivo y con el borde superior del mismo, la media esfera a la altura del límite del dedo indice evitando de esa forma el desplazamiento del Dispositivo Intrauterino al entrar en contacto con la superficie uterina . En estas condiciones se deja el dispositivo en la porción fundica, una vez colocado se retira la mano efectuando una rotación del dedo indice aproximadamente de 45 grados tratando de no modificar la ubicación del dispositivo y -- orientando las hebras del dispositivo hacia el canal cervical o para que posteriormente estas con los loquios salieran a través del orificio externo del cervix y pudieran ser detectados clínicamente.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Edad de las pacientes.--

AÑOS CUMPLIDOS	NUMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
15 a 19 años -----	23 -----	14.94 %
20 a 29 años -----	105 -----	68.18 %
30 a 39 años -----	<u>26</u> -----	<u>16.88 %</u>
	154	100.00 %

Pacientes menores de 17 años - 2 ----- 1.3 %

Pacientes mayores de 37 años - 2 ----- 1.3 %

Paciente de menor edad - 15 años

Paciente de mayor edad - 39 años

Ocupación .- dedicadas al hogar 104 pacientes que--
corresponde al 67.53 % , trabajadores 50 pacientes siendo el -
32.47 %. El grupo de trabajadoras incluye a obreras, artesanas
oficinistas y profesionales.

Religión .- las 154 pacientes pertenecen a la reli-
gión catolica.

Estado Civil.- casadas 150 pacientes el 97.40 % , -
4 unión libre 2.60 %.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Educación.-

NUMERO DE PACIENTES	ESCOLARIDAD	PORCENTAJE
97 -----	1o. a 6o. de Primaria ---	63.00 %
48 -----	1o. a 3o. de Secundaria -	31.16 %
9 -----	1o. Prépa a Profesional -	5.84 %
<u>154</u>		<u>100.00 %</u>

Historia Obstetrica .-

GESTA	NUMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
I -----	43 -----	27.93 %
II -----	83 -----	53.90 %
III -----	21 -----	13.64 %
IV -----	5 -----	3.25 %
V -----	0 -----	-
VI -----	0 -----	-
VII -----	0 -----	-
VIII -----	1 -----	0.64 %
IX -----	1 -----	0.64 %

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

PARA	NUMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
I	16	10.3 %
II	2	1.2 %
III	1	0.64 %
IV	0	-
V	1	0.64 %

ABORTOS	NUMERO DE PACIENTES	FORCENTAJE
I	21	13.6 %
II	0	-
III	1	0.64 %
IV	0	-
V	1	0.64 %

CESAREAS	NUMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
I	80	51.95 %
II	9	5.85 %
III	0	-

A 65 pacientes se les practicó por primera vez una cesarea siendo el 42.20 % .

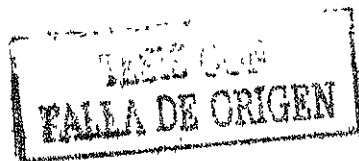
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Cesareas		Porcentaje
URGENTES -----	67 -----	43.5 %
PROGRAMADAS -----	87 -----	56.5 %
	<u>154</u>	<u>100.0 %</u>

Anestesia		Porcentaje
BLOQUEO PERIDURAL --	117 ----	75.9 %
ANESTESIA GENERAL --	37 ----	24.1 %
	<u>154</u>	<u>100.0 %</u>

Diagnósticos preoperatorios .-

DESPropORCION CEFALO PELVICA -----	92
PRESENTACION PELVICA -----	23
CESAREA ITERATIVA -----	8
EMBARAZO GEMELAR -----	8
PREECLAMPSIA SEVERA -----	7
SUPRIMIENTO FETAL AGUDO -----	8
SITUACION TRANSVERSA -----	5
DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE	
PLACENTA NORMOINCERTA -----	2
CIRUGIA VAGINAL PREVIA -----	1
PRIMIGESTA AÑOSA -----	1



 FALLA DE ORIGEN

RESULTADOS

La estancia hospitalaria de las mujeres portadoras del Dispositivo Intrauterino, fué similar a la estancia de pa cientes operadas de cesarea, a las que no se les aplicó dispo sitivo es decir su permanencia asiló entre 5 días máximo, a- excepción de 4 pacientes cuya estancia hospitalaria fué de 6- a 8 días.

La primera cita proporcionada fué al mes después - de interrogar y explorar a la paciente llegamos a los siguien tes resultados:

Asistieron al control mensual 135 pacientes equiv lente al 87.66 %, no asistieron 19 pacientes correspondiente- al 12.34 %, por lo que se tomaron 135 pacientes como el 100 % con fines del control efectuado al mes.

Loquios .-

DURACION	NUMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
a) 1 a 30 días	----- 89 -----	65.93 %
b) 31 a 40 días	----- 35 -----	25.93 %

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

c) Más de 40 días ----- 11 ----- 8.14 %

Lactancia .-

DURACION	NUMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
a) ARTIFICIAL -----	45 -----	33.33 %
b) MIXTA -----	25 -----	18.52 %
c) SENO -----	65 -----	48.15 %

Como se puede observar las pacientes que no ofrecieron lactancia el número de días con loquios fué mayor con respecto a las pacientes que dieron lactancia completa o al seno.

La leucorrea se presentó al mes en 34 pacientes que corresponde al 25.2 % , siendo las características en 16 pacientes blanquesina que equivale al 11.8 % , 14 pacientes clara amarillenta siendo el 10.3 % , amarilla verdosa abundante y fétida se presentó en una paciente correspondiendo al 0.7 % , - amarilla abundante fétida y pruriginosa dos pacientes siendo el 1.4 % , en una paciente más se encontro leucorrea blanca -- amarillenta con las características anteriores recibiendo tratamiento médico estas 4 pacientes correspondiendo al 2.9 % .

TESIS CON
VALIA DE ORIGEN

Número de Reglas .-

Al mes 7 pacientes 5.1 % presentaron su primera ---
menstruación.

DURACION	NUMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
a) 1 a 7 días	7	5.1 %
b) Más de 7 días	0	-

CANTIDAD	NUMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
a) ESCASA	1	0.7 %
b) NORMAL	5	3.7 %
c) ABUNDANTE	1	0.7 %

Posteriormente confirmamos la presencia de hilos -
del dispositivo a nivel de exocervix, en el caso que no se -
encontraran los hilos se hacia un rastreo por medio del histe-
rómetro o con una pinza uterina, en ocasiones se podía extra-
er los hilos en aquellos casos en que se tenfa sospecha o du-
da de la precencia del Dispositivo Intrauterino en cavidad --
uterina se solicitaba una radiografía simple de abdomen AP y-
lateral.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

HILOS VISIBLES	-----	93	-----	68.88 %
HILOS NO VISIBLES	-----	42	-----	31.12 %
DETECTADOS CON HISTEROMETRIA	-	10	-----	23.80 %
CORROBORADOS CON RX	-----	32	-----	76.20 %

Relaciones Sexuales .-

Al mes 45 pacientes 33.3 % habian tenido relaciones sexuales, 1 a 4 relaciones a la semana con promedio de 1- a 2 .

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Al control trimestral acudieron 117 pacientes ---
siendo el 75.98 % de las 154 pacientes, no asistiendo 37 pa-
cientes correspondiendo al 24.02%, por lo que se tomaron 117
pacientes como el 100 % .

Lactancia .-

CARACTERISTICAS	NUMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
a) ARTIFICIAL	52	44.44 %
b) MIXTA	21	17.94 %
c) SENO	44	37.62 %

Leucorrea .- a los tres meses presentaron 50 pa-
cientes correspondiendo al 42.7 % con las siguientes formas -
clínicas:

CARACTERISTICAS	CANTIDAD	NUMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
a) BLANCA	+	23	46.0 %
b) BLANCA	++	4	8.0 %
b) BLANCA	+++	2	4.0 %
c) AMARILLA	+	14	28.0 %
d) AMARILLA	++	1	2.0 %

TESTES CON
FALLA DE ORIGEN

f) AMARILLA FETIDA +	-----	1	-----	2.00 %
g) AMARILLA VERDOSA ++	-----	1	-----	2.00 %
h) VERDOSA ----- ++	-----	1	-----	2.00 %
i) CLARA ----- +	-----	3	-----	6.00 %

Recibiendo tratamiento médico 10 pacientes correspondiente al 8.5 % .

Número de Reglas .- 89 pacientes presentaron su ---
menstruacion 76.06 % teniendo el siguiente número de reglas :

NUMERO DE REGLAS	NUMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
a) 1 REGLA -----	60	----- 67.42 %
b) 2 REGLAS -----	25	----- 28.10 %
c) 3 REGLAS -----	1	----- 1.12 %
d) 4 REGLAS -----	0	----- -
e) 5 REGLAS -----	1	----- 1.12 %
f) 6 REGLAS -----	1	----- 1.12 %
g) 7 REGLAS -----	1	----- 1.12 %

28 pacientes no han reglado que corresponde al 23.9

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

probablemente por lactancia.

RITMO	NUMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
a) 15 a 27 días	4	4.49 %
b) 28 a 32 días	27	30.33 %
c) 33 a 35 días	2	2.25 %
d) IRREGULARES	56	62.93 %

DIAS	NUMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
a) 1 a 7 días	82	92.13 %
b) Más de 7 días	7	7.87 %

CANTIDAD	NUMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
a) ESCASA	12	13.48 %
b) NORMAL	51	57.30 %
c) ABUNDANTE	26	29.22 %

Detección del Dispositivo Intrauterino .-

HILOS VISIBLES	96	82.05 %
HILOS NO VISIBLES	21	17.95 %
D TECTADOS CON HISTEROMETRIA	6	28.57 %
CORROBORADOS CON RX	15	71.43 %

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Relaciones Sexuales .- 111 pacientes el 94.8 % te
nían relaciones sexuales, no teniendo 6 pacientes que corres--
ponde al 5.16 %.

RELACIONES SEXUALES	NUMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
a) 1 cada 7 días	20	17.09%
b) 2 o 3 cada 7 días	82	70.08%
c) 4 cada 7 días	3	2.56%
d) 1 cada 30 días	2	1.70%
e) 2 cada 30 días	3	2.56%
f) 3 cada 30 días	1	0.85%

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Control seis meses asistieron 106 pacientes correspondiendo al 68.83 %, no asistieron 48 pacientes siendo el --- 31.16 %, por lo que tomaremos 106 pacientes como el 100 %.

Lactancia .-

CARACTERISTICAS	NUMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
a) ARTIFICIAL	63	59.43 %
b) MIXTA	28	26.42 %
c) SENO	15	14.15 %

Leucorrea .- presentaron 43 pacientes siendo el --- 40.5 %, con las siguientes formas clínicas :

CARACTERISTICAS	CANTIDAD	NUMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
a) BLANCA	+	25	58.14 %
b) BLANCA	++	1	2.32 %
c) BLANCA	+++	2	4.67 %
d) AMARILLA	+	13	30.23 %
e) AMARILLA	++	0	-
f) AMARILLA	+++	1	2.32 %
g) BLANCA AMARILLA	- +	1	2.32 %

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Recibiendo tratamiento médico 9 pacientes correspondiendo al 20.93 % .

Número de Reglas .- 90 pacientes el 84.9 % presentan su menstruación teniendo el siguiente número de reglas :

NUMERO DE REGLAS	NUMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
a) 1 REGLA	6	6.66 %
b) 2 REGLAS	10	11.12 %
c) 3 REGLAS	20	22.22 %
d) 4 REGLAS	21	23.33 %
e) 5 REGLAS	17	18.88 %
f) 6 REGLAS	11	12.23 %
g) 7 REGLAS	2	2.22 %
h) 8 REGLAS	0	-
i) 9 REGLAS	0	-
j) 10 REGLAS	1	1.12 %
k) 11 REGLAS	2	2.22 %

16 pacientes no han reglado que corresponde al 17.77 %, probablemente por dar lactancia al seno.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

RITMO	NUMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
a) 20 a 27 días	5	5.56 %
b) 28 a 32 días	72	80.00 %
c) 33 a 45 días	13	14.44 %

DIAS	NUMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
a) 1 a 7 días	85	94.44 %
b) Más de 7 días	5	5.56 %

CANTIDAD	NUMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
a) ESCASA	8	8.89 %
b) NORMAL	48	53.33 %
c) ABUNDANTE	34	37.78 %

Detección del Dispositivo Intrauterino .-

	NUMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
HILOS VISIBLES	93	87.73 %
HILOS NO VISIBLES	13	12.27 %
DETECTADOS CON HISTEROMETRIA	3	23.08 %

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CORROBORADOS CON RX ----- 10 ----- 76.92 %

Relaciones Sexuales .- 103 pacientes siendo 97.1 %
tenían relaciones sexuales a los seis meses, .3 pacientes no te
nían siendo el 2.83 % .

RELACIONES SEXUALES	NUMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
a) 1 cada 7 días	24	23.30 %
b) 2 a 3 cada 7 días	71	68.93 %
c) 4 cada 7 días	5	4.85 %
d) 1 cada 30 días	1	0.98 %
e) 2 cada 30 días	2	1.94 %

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Control 1 año asistieron 86 pacientes equivalente - al 55.84 % , no asistieron 68 pacientes siendo el 44.16 % por- lo que tomaremos 86 como el 100 % .

Lactancia .-

CARACTERISTICAS	NUMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
a) ARTIFICIAL	73	84.88 %
b) MIXTA	8	9.30 %
c) SENO	5	5.82 %

Leucorrea .- al año presentaron 57 pacientes co- rrespondiendo al 66.2 % con las siguientes formas clinicas :

CARACTERISTICAS	CANTIDAD	NUMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
a) BLANCA	+	38	66.65 %
b) BLANCA	++	1	1.76 %
c) BLANCA	+++	1	1.76 %
d) AMARILLA	+	15	26.31 %
e) AMARILLA	++	0	-
f) AMARILLA	+++	1	1.76 %

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

g) BLANCA AMARILLA - + ----- 1 ----- 1.76 %

Recibieron tratamiento médico 4 pacientes siendo el 7.01 % .

Número de Reglas .- 83 pacientes presentaron su ---
menstruación, que equivale al 96.5 % con el siguiente número -
de reglas:

NUMERO DE REGLAS	NUMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
a) 1 REGLA -----	5 -----	6.03 %
b) 2 REGLAS -----	0 -----	-
c) 3 REGLAS -----	3 -----	3.62 %
d) 4 REGLAS -----	1 -----	1.21 %
e) 5 REGLAS -----	3 -----	3.62 %
f) 6 REGLAS -----	8 -----	9.63 %
g) 7 REGLAS -----	3 -----	3.62 %
h) 8 REGLAS -----	10 -----	12.04 %
i) 9 REGLAS -----	10 -----	12.04 %
j) 10 REGLAS -----	15 -----	18.07 %
k) 11 REGLAS -----	9 -----	10.84 %
l) 12 REGLAS -----	14 -----	16.86 %
m) 13 REGLAS -----	1 -----	1.21 %

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

n) 14 REGLAS	-----	0	-----	-
h) 15 REGLAS	-----	0	-----	-
o) 16 REGLAS	-----	1	-----	1.21 %

3 pacientes no han reglado equivaliendo al 3.48 % -
probablemente por dar lactancia al seno.

RITMO	NUMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
a) 20 a 27 días	----- 5 -----	6.03 %
b) 28 a 32 días	----- 70 -----	84.34 %
c) 33 a 50 días	----- 6 -----	7.23 %
d) IRREGULAR	----- 2 -----	2.40 %

DIAS	NUMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
a) 1 a 7 días	----- 79 -----	95.18 %
b) más de 7 días	----- 4 -----	4.82 %

CANTIDAD	NUMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
a) ESCASA	----- 1 -----	1.20 %
b) NORMAL	----- 43 -----	51.80 %
c) ABUNDANTE	----- 39 -----	47.00 %

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Detección del Dispositivo Intrauterino .-

	NUMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
HILOS VISIBLES -----	75	57.20 %
HILOS NO VISIBLES -----	11	12.80 %
DETECTADOS CON HISTEROLOGIA ---	2	18.19 %
CONFIRMADOS CON RX -----	9	31.81 %

Relaciones sexuales .- al año 85 pacientes equivale al 98.84 % , siendo 1 paciente que no refiere tener relaciones sexuales siendo el 1.16 %.

RELACIONES SEXUALES	NUMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
a) 1 cada 7 días -----	27	31.40 %
b) 2 a 3 cada 7 días -----	48	55.81 %
c) 4 cada 7 días -----	6	6.99 %
d) 1 cada 30 días -----	2	2.32 %
e) 2 cada 30 días -----	2	2.32 %

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Control 2 años asistieron al control 40 pacientes - siendo el 25.9 % , ya que 10 pacientes a pesar de hablarles -- por telefono y mandarles telegrama no acudieron a su cita de - 2 años correspondiendo al 6.4 % , y 104 pacientes no han cumplido 2 años siendo el 67.5 % . Por lo que tomaremos 40 como - el 100 % .

Lactancia .-

CARACTERISTICAS	NUMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
a) NO LACTA -----	36 -----	90.0 %
b) MIXTA -----	4 -----	10.0 %
c) SENO -----	0 -----	-

Leucorrea .- a los dos años 23 pacientes presenta-- rón siendo el 57.5 % con las siguientes formas clinicas :

CARACTERISTICAS	CANTIDAD	NUMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
a) BLANCA ----- + -----		15 -----	65,21%
b) BLANCA ----- ++ -----		1 -----	4.35%
c) AMARILLA ----- + -----		2 -----	8.69%

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

(47)

d) AMARILLA	-----	++	-----	1	-----	4.35%
e) BLANCO AMARILLO	---	+	-----	1	-----	4.35%
f) BLANCO AMARILLO	---	++	-----	1	-----	4.35%
g) VERDE	-----	+	-----	0	-----	-
h) VERDE	-----	++	-----	1	-----	4.35%
i) CLARA	-----	+	-----	1	-----	4.35%

Recibieron tratamiento médico 5 pacientes siendo el 21.73%.

Número de reglas .- 40 pacientes presentaron su --
menstruacion equivaliendo al 100 % , con el siguiente número -
de reglas:

NUMERO DE REGLAS	NUMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
a) 4 REGLAS	----- 1	----- 2.5 %
b) 6 REGLAS	----- 1	----- 2.5 %
c) 7 REGLAS	----- 1	----- 2.5 %
d) 13 REGLAS	----- 1	----- 2.5 %
e) 14 REGLAS	----- 1	----- 2.5 %
f) 15 REGLAS	----- 2	----- 5.0 %
g) 16 REGLAS	----- 1	----- 2.5 %

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

(48)

n) 17 REGLAS	-----	1	-----	2.5 %
i) 18 REGLAS	-----	2	-----	5.0 %
j) 20 REGLAS	-----	5	-----	12.5 %
k) 21 REGLAS	-----	1	-----	2.5 %
l) 22 REGLAS	-----	2	-----	5.0 %
m) 24 REGLAS	-----	19	-----	47.5 %
n) 28 REGLAS	-----	1	-----	2.5 %
ñ) 30 REGLAS	-----	1	-----	2.5 %

RITMO		NUMERO DE PACIENTES		PORCENTAJE
a) 20 a 27 días	-----	1	-----	2.5 %
b) 28 a 32 días	-----	36	-----	90.0 %
c) IRREGULAR (hasta 120 d.)	-----	3	-----	7.5 %

CANTIDAD		NUMERO DE PACIENTES		PORCENTAJE
a) ESCASA	-----	1	-----	2.5 %
b) NORMAL	-----	25	-----	62.5 %
c) ABUNDANTE	-----	14	-----	35.0 %

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Detección del Dispositivo Intrauterino .-

	NUMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
HILOS VISIBLES	37	92.50%
HILOS NO VISIBLES	3	7.50%
DETECTADOS CON HISTEROGRAFIA	2	65.66%
CORROBORADOS CON RX	1	33.34%

Relaciones sexuales .- a los dos años 40 pacientes -
tenian relaciones sexuales siendo el 100 %.

RELACIONES SEXUALES	NUMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
a) 1 cada 7 días	10	25.0 %
b) 2 a 3 cada 7 días	24	60.0 %
c) 4 cada 7 días	2	5.0 %
d) 1 cada 30 días	3	7.5 %
e) 3 cada 30 días	1	2.5 %

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Expulsiones detectadas en las pacientes al presentar su menstruación :

- a) 1 al mes
- b) 2 a los seis meses
- c) 1 a los siete meses

Extracciones y causas .- se extraen 55 dispositivos intrauterinos que equivale al 35.71 % .

EXTRACCION DE DIU	NUMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
DESEO DE EMBARAZO	2	3.64 %
SECRECION HEMATOPURULENTO	1	1.82 %
DECIDUOMIOMETRITIS	2	3.64 %
ABSCESO DE PARED TROMBOEMBOLIA	1	1.82 %
SANGRADO CONTINUO Y ABUNDANTE	8	14.55 %
SALPINGO TRANSSESAREA	1	1.82 %
TERMINO DEL ESTUDIO	40	72.71 %

Los dos Dispositivos Intrauterinos que se extrajeron por deseo de embarazo fué uno a los seis meses de su colocación y otro al año 4 meses.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El de secreción hemato purulenta fué a los seis días, los dos por deciduometritis, uno a los 7 días y otro a los -- ocho días. El que se extrajo por absceso de pared y tromboembolia se efectuó a los 8 días. Los 8 de sangrado continuo y abundante se realizaron de la siguiente manera : uno a los dos meses tres a los tres meses, uno a los 5 meses y 3 más a los 6 meses . Uno por salpingo transcesarea a los dos meses, y los 40 restantes se efectuaron a los dos años al haber terminado el estudio.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

RESUMEN Y CONCLUSIONES

Se estudiaron a 154 pacientes voluntarias y seleccionadas que asistieron al Hospital de Gineco Obstetricia # 3 del Centro Médico la Raza del Instituto Mexicano del Seguro Social a quienes se les realizó una operación cesarea y se les aplica un Dispositivo Intrauterino ML Cu 250 transcesarea.

Controlandose a las pacientes posteriormente al mes, a los tres meses, a los seis meses, a los doce meses, y a los 24 meses.

La edad de las pacientes varia de los 15 a los 39 años con un promedio de 20 a 29 años el 68.18 % .

Con gestaciones de 1-9, con promedio de 2, el 53.8% con paridad de I-V con promedio de 1, el 10.3 % y abortos de 1-5 con promedio de 1, al 13.6 % .

El 56.5% de las operaciones fueron programadas y el 43.5 % no programadas.

El Dispositivo Intrauterino fué aplicado en 65 casos de primera cesarea, 80 de segunda, y 9 de tercera.



De las pacientes estudiadas 40 de ellas cumplieron--
dos años.

La estancia hospitalaria y la morbilidad postcesa--
rea no se aumento con la aplicación de Dispositivo Intrauteri--
no.

El 8.1 % de las pacientes tenían sangrado loquial--
que duro más de cuarenta días, a los dos años el 90 % de las--
pacientes en control tenían menstruaciones normales.

El 8.1 % de las pacientes tuvieron sangrado loquial
que duró más de 40 días, y el 90.9 % presentaron loquios den--
tro de la normalidad.

La lactancia no se modificó, llamando la atención -
que el 5.8 % de las pacientes lactaban al seno al año, y a los
dos años el 10 % daba lactancia complementaria.

La presencia de leucorrea a los dos años se presen--
tó en el 57.5 % ameritando tratamiento unicamente el 12.5 % ya
que las características de leucorrea de las demás pacientes no
eran tributarias de tratamiento médico.

No se observó en ninguna paciente enfermedad inflg



matoria pelvica crónica.

Los trastornos menstruales por aumento en la canti-
dad y duración del sangrado su porcentaje más alto lo encontra-
mos a los tres meses y a los seis meses de control de las pa-
cientes llamando la atención además el número de mujeres que -
presentó mayor cantidad de sangrado conforme se incrementó el-
tiempo de portar el dispositivo, sin embargo el 82.5 % de las-
pacientes a los dos años tenían reglas dentro de los límites -
normales, lo que nos traduce las características de Dispositi-
vo Intrauterino utilizado como son: tamaño y promedio del dis-
positivo que se adapta a la cavidad uterina reduciendo así el-
traumatismo local sobre el endometrio, menor superficie de con-
tacto con el endometrio existiendo menor distensión uterina --
todo esto nos da como resultado una disminución importante en-
la cantidad y duración del sangrado.

En el primer mes de control clinicamente se demos-
tró la presencia del dispositivo en el 68.8 % de las pacien-
tes siendo necesario corroborar el resto por medio de la his-
terometría 7.4 % y por RX el 23.7 % esta cifra fué disminu-
yendo conforme paso el tiempo y a los dos años unicamente el-

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2.5 % fué corroborado por RX y el 5 % detectado con histerometría.

El promedio de relaciones sexuales fué de 2 a 3 a la semana.

Las pacientes controladas hasta el momento actual solamente 4 presentaron expulsiones siendo el 2.6 %, una al mes, dos fueron detectadas al control de los seis meses (sucediendo entre el 3o. y 6o. mes) y por último una paciente nota la salida del dispositivo en el 7o. mes, lo que nos demuestra que gracias a la forma y diseño del Dispositivo Intrauterino su superficie de contacto, su flexibilidad, colapsabilidad, la mayoría permanece dentro de la cavidad, resistiendo las contracciones uterinas, lo que demuestra que es un dispositivo con bajo índice de expulsión con respecto a las expulsiones de otros dispositivos.

Las extracciones practicadas fué del 9.74 % de estos cuatro casos fueron entre los 6 y los 8 días, 3 por duomiotritis y otra por absceso de pared abdominal y embolia pulmonar, otras dos por deseo de embarazo, 8 por presentar san grado continuo y abundante y uno más por haberse realizado sal

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

pingo transcesarea. El resto de las extracciones 25.97 % se efectuó a los dos años por haber terminado el estudio.

Por último no se detecto ningún embarazo.

Con los resultados obtenidos anteriormente concluimos que la aplicación del DIU ML Cu 250 transcesarea es un excelente método anticonceptivo para las pacientes que desean llevar un método temporal de control de la fertilidad y que no interfiere con la lactancia, las alteraciones menstruales son semejantes a otras pacientes portadoras de otros Dispositivos Intrauterinos.

No observamos pacientes con enfermedad inflamatoria-pélvica, la estancia hospitalaria y la morbilidad postcesarea no aumento con la aplicación del DIU.

Mencionamos además la gran aceptabilidad del método y la excelente efectividad del Dispositivo, por lo que concluimos que este método deberá de ir ampliando su uso.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

COMENTARIOS

Por los resultados obtenidos en el presente trabajo con la aplicación del Dispositivo Intrauterino ML Cu 250 trans cesarea, consideramos que nos representa grandes ventajas para aquellas mujeres a las cuales se les realiza una operación cesarea y que desea un procedimiento anticonceptivo desde su estancia hospitalaria, por lo que comentamos que con este método:

- 1.- Tuvo una gran aceptación por las pacientes.
- 2.- La estancia hospitalaria y la morbilidad postoperatoria no aumentó con la aplicación del dispositivo.
- 3.- Es fácil su aplicación y tenemos una seguridad de su sitio de ubicación, ya que este lo realizamos durante el acto quirúrgico.
- 4.- No interfiere con la evolución postoperatoria, la lactancia o la involución del tracto genital.
- 5.- Los efectos colaterales indeseables -

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

como dolor, molestia, y algunas alteraciones en el sangrado menstrual fueron igualmente parecidas a cualquier mujer portadora de un DIU.

6.- No presentaron repercusiones sistémicas.

7.- La eficacia y continuidad de éste método fueron excelentes.

8.- La tasa de expulsiones y extracciones por indicación médica fué muy baja. - Creemos que esta cifra es debida al - diseño y morfología del dispositivo - que usamos así como la técnica utilizada para su aplicación.

9.- Durante los dos años de control no hubo ningun embarazo.

De todo lo anterior consideramos que la aplicación del Dispositivo Intrauterino ML Cu 250 transcesarea es un excelente método anticonceptivo sobre todo para aquellas pacientes que se vaya a practicar una cesarea encontrandose sensibiliza-

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

das para la planificación familiar y desean tener un método -- de control de la fertilidad en forma temporal ya que como ob-- servamos la eficacia contraceptiva fué óptima y los efectos - colaterales mínimos, por consiguiente creemos que este método- deberá de irse ampliando ya que como es conocido de todos noso- tros actualmente la planificación familiar es necesaria para - tener un control adecuado en el crecimiento de las poblaciones y desarrollo sociocultural así como también para que cada fami- lia pueda desarrollarse y vivir mejor .

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Rosado, A., Hicks, J.J. Aznar, R., and Martinez-Manautou J. Effect of intra-uterine contraceptive device upon the biochemical composition of human endometrium Am. J. Obstet. Gynec. 114: 88, 1972.
- 2.- Zipper, J.; Medel, M.; Segura, R. y Torres, L. : Biological action of cooper. Development of a new type. of intrauterine contraception-Cu-7. Clinical proceedings IPPF. South East-Asia- and Oceania Congress, pág. 193. año 1973.
- 3.- Shaw, S.T. ; Macaulay, L.K. ; Hohmoan, W.R. ; Morphologic studies on IUD-Induced metrorrhagia, 1. Endometrial changes - and clinical correlations.- Contracepción .- Vol. 19, pág. 47 año 1979.
- 4.- Rosado, A. ; Hicks, J.J. ; Aznar Ramos, R., y Mercado, E : Intrauterine contraception with the Progesterone T device.- Contraception. Vol. 10 : pág. 39, año 1974.
- 5.- Sagiroyly, N. y Sagiroyly E. : Biological mode of action of the Lippes loop in intrauterine contraception. AM. J. Obstet. Gynecol. Vol. 107: pág. 506. año 1970.
- 6.- Kar. A.B. ; Engineer. A.D.; Goel. R.; Kamboj, BP.; Dasgupta, P.R., y Chowhury . S.R.: Effect of intrauterine contracep



device on biochemical composition of uterine fluid. AM. J. ---
Obstet. Gynecol. 101: 966, 1968.

7.- Keith, L.; Hughye , M.J.; y Berger, G.S. : Experience with-
modren inert IUD to date: Areview and comments.J. Reprod. Med. v
21: 125, 1978.

8.- Tamada, T.: Okagaki. T.; Maruyama, M.. y Matsumoto. S.: En-
dometrial histology associated with and intrauterine contracepti
ve device. AM. J. Obstet. Gynecol. 98: 811, 1967.

9.- Holub, W.R.; Reyner, E.C., y Forman, G.H. Increased levels-
of serum immunoglobulins G and Min womwn using intrauterine devi
ce. AM. J. Obstet. Gynecol. 110: 362, 1971.

10.- Morgenstern. L.L. : Observations of spermatozoa in the hu--
man uterus an oviducts in the chronic presence of intrauterine -
devoce. AM. J. Obstet. Gynecol. 95: 114. 1966.

11.- Moyer, L.A. y Mishell D.R.: Reactions of human endometrium-
of the intrauterine foreign body. 11. Long-term effects on the -
endometrial histology and citology AM.J. Obstet. Gynecol. 110: -
66. 1971.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- 12.- Middleton, J.C. y Kennedy, M.: the biological actions-
of endouterine copper. Contraception. 12: 209. 1975.
- 13.- Control of Fertility, Evaluation of intra-uterine contra-
ceptive devices. Committee on human reproduction. JAMA. Vol.-
199: pág. 647, año 1967.
- 14.- Dr. Victor Ruiz Velasco, Aspectos prácticos de los méto-
dos de planificación familiar, Editorial Méndez Oteo.
- 15.- W.A.A. Van Os, C.C.A. De Nooyer, S. Bakker, Evaluation -
of the Combined Multiload Copper IUD (MLCu 250^F and MLCu 375^F
Int. J. Fertil. 23: 152-155, 1978.
- 16.- Meza, V.M. Aplicación DIU MLCu 250 Postalumbramiento, --
Tesis de obtención del título de Ginecología Obstetricia H.G.
O. 3 1978.
- 17.- Rodriguez A.J. Tobías A.G. Experiencia con el uso de los
dispositivos intrauterinos.- Anuario de Actualización en Medi-
cina, Planificación Familiar, I.M.S.S. año 1973.
- 18.- Tatum H.J. : Clinical aspects of intrauterine devices --
contraception.-Fertil.Steril. Vol. 28 pág. 93 año 1973.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- 19.- Mishell D.R. : Historical considerations in the development of the modern IUD's: patient edn device selection and -- the importance of insertion techniques.J.Reprod Med.20:201978
- 20.- Dr. Hugh J. Davis., Dispositivos Intrauterinos para la - anticoncepción, Editorial M.M.
- 21.- Malkani,P.K. Sujan.S.: Sperm migration in the female reproductivetractin the presence of intrauterine device.AM.J. - Obstet. Gynec. 88: 963, 1964.
- 22.- Martinez Manautou. J.;Correu,S., y Aznar-Ramos,R. Experiencia en México con el sistema anticonceptivo hormonal intrauterino. Ginec. Obstet. Méx. 40: 61, 1976.
- 23.- Aznar-Ramos,R. y Martinez Manautou.J.: Anticoncepción -- con sistemas de liberación intrauterina de progesterona Ginec Obstet. Méx. 38: 69, 1975.
- 24.- Dr. Sergio Correu A., Mecanismos de acción de los Dispositivos Intrauterinos (Ginec. Obstet. Méx.) Vol.45 ,261,79.
- 25.- Rosado,A, Hicks, J.J. Aznar R., and Martinez-Manautou,J.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Effect of intra-uterine contraceptive device upon the biochemical composition of human endometrium AM. J. Obstet. Gynec.-114. 88, 1972 .

20.- Tzu-Tzu;Y.; and Wen-Hsum,: carbonate disposition on intrauterine contraceptive devices. Am.J. ~~Obstet. Gynec.~~109: 684 1971.

27.- Oster.G. y Oster, G.K.: Free radical production of metallic copper. Contraception. 10: 273, 1974.

28.- Amador Gonzalez Angulo; y Ramon Aznar Ramos: Ultrastructural studies on the endometrium of women wearing TCU-200 intrauterine devices by means of transmission and scanning electron microscopy and x-ray dispersive analysis Am.J. Obstet. Gynecol. May. 15 pág-170 1976.

29.- Hefnawi, F.Saleh, A.; Kandil, O.; El-Seika. Z.; Hassencin M.; Askalini, H.: Fibrinolytic activity of menstrual blood in normal and menorrhagic women and in women wearing the Lippes-Loop and the Cu-T 200 int.J. Gynecol. Obstet. vol. 10 pág. -- 407, año 1979.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

30.- Behrman, S.J. and Burchfiels, W.: The intra-uterine contraceptive device and myometrial activity. Am.J.Obstet. Gynec. 100: 194, 1968.

31.- Noyes R.W. Dickmann, Z. Clewe, T.H. and Bonney.W.A.: Pro-nuclear ovum from a patient using an intra-uterine contraceptive Science 147: 744, 1965.

32.- William C.;Scott M.A.: Pelvic abscess in association --- with intrauterine contraceptive device. Obstet. Gynecol. May. 15 1978.

33.- h. Wayne Agnew , M.D., and Jack A. Pritchard, M.D.,: --- Abortion and Bacterial Shock Induced with an Intrauterine Con-
traceptive Device. Obstet. and Gynecol. Vol. 28 No. 3 pág. ---
332, SEPTIEMBRE 1973.

34.- Anthony R. Measham, MD. Dr P.I and Abel Villegas, MD.: --- Comparison of Continuation Rates of Intrauterine Devices. Obs-
tet. and Gynecol. Vol. 48, no. 3. pág 336, September 1976.

35.- Zatuchni, G.I.: International post-partum family program
Am. J. obstet. and Gynecol. 100. 1028, 1968.

36.- Boria, M.M.: Goedon, M.: Complications from Intrauterine de-
vices: Postpartum and postabortal insertion. J.rep-med. Vol. 14 -
pág. 251 año, 1975.

37.- Lewit, S.: a. outcome of pregnancy with intrauterine device.-
Obstet. Gynec. 41: 894, 1973.

38.- Ruiz Velasco, V.; Meza, V.M.; Goldsmith, A.: Aplicación ---
post-alumbamiento del dispositivo intrauterino ML Cu 240, re---
porte preliminar.- Ginec. Obstet.-vol. 45, pág. 359, año 1979.

39.- Thiery, M.; Van, Der Pas, V. ; Van Os and van Kets. Clinical
experience with two newer cooper-Loaded IUD's (TCu 220 and ML Cu
250). Simultaneous use of an IUD and seprmeicide. Postplacental -
insertion of the ML Cu 250. Essen IUD Woskshop 1976.

40.- Van Os, WA. A. ; Rhamrev, P.E.R. Bomert, L. ; Aarts en E.J.;
Gasthuis, E.; Experience with acombined multiload contraceptive-
intrauterine device.- 86H World Congress Fertil. Steril. Abstra-
ct. 165, 1974.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN