

11217

125



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION

Handwritten signature



LESIONES CERVICALES EN USUARIAS
CON DISPOSITIVO INTRAUTERINO EN
EL HOSPITAL DE LA MUJER S.S.



HOSPITAL DE LA MUJER
JEFATURA DE ENSEÑANZA

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
MEDICO ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A L A :

M.C. Virginia Marcela Quevedo Alcaraz

Asesor: Dr. Luis Enrique Batres Maciel.



México, D.F.

Handwritten number: 282129

2000



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.

Con mucho cariño para quienes ahora no
están conmigo pero estuvieron a mi lado.
A quienes ahora están conmigo José Antonio,
Pau y Susi.

INDICE

CAPITULO I./	INTRODUCCIÓN
CAPITULO II./	MARCO TEÓRICO
	II.1 Antecedentes
	II.2 Etiología
	II.3 Epidemiología
	II.4 Factores que se deben contemplar para su uso
CAPITULO III./	HIPÓTESIS
CAPITULO IV./	OBJETIVOS
CAPITULO V./	JUSTIFICACIÓN
CAPITULO VI./	DISEÑO Y TIPO DE INVESTIGACIÓN
CAPITULO VII./	MATERIAL Y MÉTODOS
CAPITULO VIII./	RESULTADOS
CAPITULO IX./	DISCUSIÓN

CAPITULO X./

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFÍA

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

El enfoque que se pretende en esta revisión es establecer la presencia de lesiones en cérvix uterino en pacientes usuarias de Dispositivo Intrauterino por seis meses como método de contracepción.

En la literatura internacional existen infinidad de publicaciones sobre el Dispositivo Intrauterino (DIU) que hablan de diferentes tópicos como es: la gran variedad de dispositivos existentes, su fabricación, material utilizado para su elaboración, mecanismo de acción, vida media, complicaciones, etc... sin embargo es muy difícil encontrar publicaciones que versen sobre una correlación clínica:

Partiendo de lo anterior, surgió la inquietud de estudiar las lesiones que presentan las usuarias del Dispositivo Intrauterino y cuales podrían ser las repercusiones anatómo-clínicas que pudieran tener.

Las lesiones lógicamente podrían ser de varios tipos y sus consecuencias dependerán del grado de lesión, las cuales serán analizadas en el desarrollo del presente trabajo.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

La inquietud de realizar este trabajo surge al realizar una revisión bibliográfica y no encontrar reporte alguno ni a nivel local, estatal o nacional, sobre la posibilidad de existencia de lesiones o no a nivel de cérvix en usuarias de Dispositivo Intrauterino, por lo que será de importancia el realizar este estudio en el Centro de Salud de Zamora, Michoacán al intentar obtener conclusiones que aporten datos que pueden ser utilizados para mejorar el aspecto de salud de las usuarias de Dispositivo Intrauterino y también mejorar el ejercicio profesional de los prestadores de servicios de salud.

Es de suma importancia afirmar que México presenta un crecimiento poblacional importante, ya que según el censo en 1990 nuestra población es de 81 millones de habitantes y de este total 9 millones en edad reproductiva practican algún método de anticoncepción. Y de acuerdo a esto los métodos utilizados más frecuentemente son los hormonales orales en primer lugar, en segundo lugar el Dispositivo Intrauterino y en orden de frecuencia el condón, hormonales inyectables, los métodos naturales y tradicionales como son la abstinencia sexual, coito interrumpido y menos frecuentemente los métodos de barrera como óvulos, jaleas, espumas y diafragmas con sustancias espermicidas.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

II.1 ANTECEDENTES:

La prevención del embarazo ya existía en las sociedades primitivas con prácticas como la lactancia prolongada, el matrimonio tardío, el celibato, el coito interrumpido, además de los ritos de curanderos, amuletos y pociones mágicas (10, 9-33).

En los diferentes papiros encontrados se habla de anticoncepción mencionando a los métodos locales principalmente; sin embargo ya en el Antiguo Testamento se menciona el coito interrumpido en... El Libro de Génesis, capítulo 38, versículo 9. "Onán sabía que aquella descendencia no sería suya. Cuando le toco tener relaciones con su cuñada derramo en la tierra, para no darle hijo a su hermano ..." por eso en algunos textos a veces se encuentra el término "onanismo", lo importante de resaltar en este aspecto es que el coito interrumpido es uno de los métodos más utilizados en esa región y también en algunos países desarrollados. Otras prácticas señaladas son el uso de jaleas espermaticidas. Sin embargo a pesar de todos los esfuerzos desarrollados la religión sigue jugando un papel de primordial importancia ya que se opone a prácticamente todos los métodos convencionales, no obstante la tendencia actual es el libre acceso a los métodos y su elección al libre albedrío.

El movimiento moderno de Planificación Familiar ha encontrado diferentes obstáculos y los principales son: religión, creencias morales, aspectos socio-políticos, en los que diferentes gobiernos afortunadamente han entendido las bondades de estos métodos de Planificación Familiar, los cuales como es natural han llevado un proceso histórico con avances, retrocesos y pausas como en el saber humano.

Fallopious en el año de 1564 describe una vaina o funda de lino para cubrir el glande del pene con la finalidad de protegerse de la sífilis y no es posible sino hasta 1850 en que se fabrica el condón, es a partir de esta fecha que los diferentes métodos logran un gran auge y se describen entre otros los pesarios y los diafragmas. A finales del siglo XIX aparecen los primeros productos espermicidas y entre 1920 - 1930 se crean las pastillas espermicidas liberadoras de dióxido carbónico desencadenándose una espiral de descubrimientos y mejoras tecnológicas hasta llegar a los productos actuales (10, 117-138).

Referente al tema de esta tesis que es acerca del Dispositivo Intrauterino (DIU) se describe como primer antecedente la colocación de piedrecillas o guijarros en el útero de las camellas para evitar se embarazaran en las grandes travesías que realizan los beduinos en el desierto. Es en 1909 que Richter describe el primer Dispositivo Intrauterino de metal que más tarde popularizo Grafenberg en 1929, era una estrella con hilos de seda entrelazados, para mejorar los resultados agrego un nudo de plata al centro de la seda, el problema

más serio con este aditamento era que las usuarias presentaban cuadros infecciosos importantes que en algunos casos eran muy severos (9, 2,6).

Entre 1959 y 1964 la fabricación de dispositivos con variación en su forma y materiales para su elaboración, siendo el principal elemento el "plástico", entre los más comercializados se pueden mencionar el anillo de Hall, la lazada de Bienberg, anillo de Zipper, Asa de Lippes, todos estos 100% elaborados con plástico (9-9).

El punto más importante en el desarrollo del Dispositivo Intrauterino fue eliminar poco a poco todas las complicaciones que se presentaban y entre ellas podemos mencionar: expulsión, dolor pélvico (uterino), sangrados anormales (6-12), es por eso que Tatum en 1972 (20) crea un dispositivo que se acerca más a la forma anatómica del útero siendo la "T"; en su elaboración se utilizó inicialmente exclusivamente material plástico, después Zipper agregó a la "T" un filamento de cobre que contribuyó en forma importante a mejorar su eficiencia y se vio claramente al disminuir los embarazos de un 18% a un 2%, el siguiente paso fue aumentar el cobre a 200 mm y la tasa de embarazos disminuyó a un 1.5%. Antes de llegar a la "T" de Cobre en sus diferentes variedades existieron otros tipos de dispositivos como son el "7" de cobre como un intento para mejorar los resultados obtenidos en ese tiempo. La adición más reciente a la "T" fue hecha por Doyle quien le agregó un progestágeno al "tallo" del dispositivo logrando incrementar su eficiencia y disminuyendo la incidencia de sangrados anormales.

Siempre ha despertado controversia el Dispositivo Intrauterino en cuanto a su MECANISMO DE ACCION y se puede concluir que todos los Dispositivo Intrauterinos estimulan una reacción a cuerpo extraño en el endometrio, potencializada por el cobre (19,21). Los dispositivos Intrauterinos liberadores de progestina producen supresión endometrial (8) similar a la que se observa cuando el medicamento se administra por otras rutas (oral o intramuscular).

Es poco probable que un solo mecanismo de acción sea responsable del efecto anticonceptivo del Dispositivo Intrauterino, es probable que causen alteración o inhibición de la migración espermática en el tracto genital superior de la mujer, en la fertilización y el transporte del óvulo. Esos factores pueden desempeñar una función más importante que la prevención de la implantación que resulta de cambios bioquímicos e histológicos en el endometrio.

Es conveniente también señalar las contraindicaciones, tiempo de inserción y efectos secundarios,

CONTRAINDICACIONES en el uso del Dispositivo Intrauterino

- Enfermedad Inflamatoria Pélvica
- Embarazo confirmado o sospechado
- Signos y síntomas ginecológicos
- Miomas uterinos
- Estenosis cervical
- Riesgo de Enfermedades de Transmisión Sexual

TIEMPO OPORTUNO para la inserción del DIU

- Intervalo
- Post-coito
- Post-parto
- Post-aborto
- Trans-césarea

EFFECTOS SECUNDARIOS

- Sangrados anormales
- Dolor pélvico
- Dismenorrea
- Leucorrea
- Expulsión
- Embarazo
- Perforación Uterina
- Dispositivo Intrauterino Traslocado
- Enfermedad Pélvica Inflamatoria

II.2 ETIOLOGÍA

Se acepta generalmente que el Dispositivo Intrauterino causa "úlceras" (5) sin embargo, en la literatura no se habla específicamente de esto y se señala otro tipo de aspectos a saber:

- Modificaciones en la secreción de mucina (1, 8)
- Alteraciones en la producción de albúmina (5, 8)
- Alteraciones en la producción de IgG y C3c (5)
- Efectos inflamatorios locales tanto a nivel de exocérnix como endocérnix y endometrio (3, 6)
- Pérdida de epitelio superficial (17)
- Reacción a cuerpo extraño con la consiguiente infiltración leucocitaria (5, 6, 14).

Toda esta gama de problemas en ocasiones terminan en la extracción del Dispositivo Intrauterino (4, 17, 18)

En forma aislada se ha reportado que las usuarias de Dispositivo Intrauterino presentan más frecuentemente cervicitis y salpingitis con respecto a las no usuarias del mismo (3, 12).

Es importante hacer la observación de que el incremento en albúmina, IgG y C3c a nivel local no se acompaña de signos clínicos de infección (5).

Desde el punto de vista histopatológico se han encontrado incrementos discretos de metaplasia, discariosis o displasia leve (11, 13, 15, 16), no existiendo diferencia significativa en relación a las lesiones neoplásicas en la población general, otros autores señalan que en las usuarias de Dispositivo Intrauterino las lesiones más frecuentemente encontradas están: alteración del medio ambiente microbiológico, cambios degenerativos y hallazgos de procesos de reparación, todos estos datos obtenidos por colpo-citología (3, 17, 18, 19).

II.3 EPIDEMIOLOGÍA

A este respecto prácticamente no hay publicación alguna señalando lesiones cervicales y obviamente mucho menos estadísticas referentes a este tema, éstas se limitan a señalar, como ya se mencionó, aspectos de fisiopatología tales como cambios en el epitelio superficial, cambios inmunológicos, procesos infecciosos y /o patología agregada, así pues, de aquí la importancia del presente trabajo.

II.4 FACTORES QUE SE DEBEN CONTEMPLAR PARA SU USO

- Antecedentes clínicos de importancia
- Hallazgos a la exploración referente a datos de leucorrea y /o Enfermedad Inflamatoria pélvica
- Datos de citología cervico-vaginal
- Especuloscopia

En general no existe un lenguaje médico de usos cotidiano (aunque existe la terminología adecuada) sobre términos que deben ser bien valorados y por ende el siguiente paso a seguir es aclarar la terminología a utilizar, señalando en primer término que el proceso inflamatorio puede ser condicionado por varios factores como son: traumático por ejemplo al introducir el espejo, infeccioso que es el más común y puede ser polimicrobiano por Gardnerella, Trichomonas, etc..., neoplásico que nos da una inflamación secundaria. El término más frecuentemente utilizado y mal comprendido es el de "úlceras" que corresponde a la ruptura de la mucosa que involucra el epitelio y el estroma subyacente, la mayoría se asocian con infección, trauma, neoplasia o combinación de todo esto, en ocasiones se confunde con una "erosión" que corresponde a un área de epitelio denudado asociado al trauma del espéculo u otros instrumentos, un término conocido y que pasa desapercibido por personal médico y/o paramédico es el "ectropión" que corresponde a una eversión del epitelio cilíndrico simple secretor de moco del endocérnix hacia exocérnix y que por clínica, quizá por comodidad se reporta como una úlcera, y que en este

trabajo se hará énfasis en diferenciar una verdadera úlcera del mencionado ectoprión.

Una vez especificadas las definiciones de los términos anteriores, vale la pena aclarar que en ocasiones en la literatura estos términos son utilizados en forma indiscriminada sin establecer diferencia alguna entre uno y otro, como es el caso de la úlcera y la erosión.

En cuanto al aspecto citológico el diagnóstico se lleva a cabo siguiendo la terminología aceptada internacionalmente y de acuerdo al proceso descrito por George N. Papanicolaou en 1928, es decir, se toman células del fondo del saco posterior y de la unión escamo-columnar (en este caso con espátula de Ayre), se procesan de manera clásica con la tinción diseñada por Papanicolaou y los términos a utilizar en este tipo de reporte son los aceptados como es: Displasia... serie de lesiones premalignas clasificadas en leve, moderada y severa, que también se reporta como NIC (Neoplasia Intraepitelial Cervical) clasificación que como sabemos fue propuesta por Richart en 1967 y se caracteriza por:

- Afección del epitelio superficial
- Pérdida de polaridad y estratificación celular
- Ausencia de diferenciación y maduración celular
- Aumento en el número de mitosis
- Mitosis anormales
- Relación núcleo-citoplasma aumentada.

En este caso particular se ha eliminado la clasificación de Bethesda ya que es poco práctica y no es útil para los fines de este estudio.

CAPITULO III

HIPOTESIS

- 1.- Demostrar que existen lesiones cervicales en usuarias de Dispositivo Intrauterino y que normalmente no se reportan en la literatura.
- 2.- Establecer y comprobar que los gérmenes infecciosos encontrados en las usuarias de Dispositivo Intrauterino en nuestro medio son diferentes a los reportados internacionalmente.

CAPITULO IV

OBJETIVOS

- 1.- Determinar la frecuencia de presentación de lesiones cervicales en usuarias de Dispositivo Intrauterino en el Centro de Salud de Zamora, Mich.
- 2.- Establecer posibles factores etiológicos de las lesiones cervicales encontradas en usuarias de Dispositivo Intrauterino.
- 3.- Obtener probables condicionantes de las lesiones cervicales en usuarias de Dispositivo Intrauterino.
- 4.- Comparar los resultados obtenidos con lo publicado en la literatura mundial.
- 5.- Proponer alternativas para disminuir la presentación de las lesiones cervicales en usuarias de Dispositivo Intrauterino.
- 6.- Establecer conclusiones que beneficien tanto a las pacientes como a la institución misma.

CAPITULO V

JUSTIFICACIÓN

La presencia de lesiones cervicales en usuarias de Dispositivo Intrauterino es quizá una de las primeras causas para el retiro del mismo y cambiar a otro método de Planificación Familiar lo que en muchas mujeres repercute en un nuevo embarazo (no deseado la mayoría de la veces) al no elegir otro método de su agrado, ya sea por la existencia misma de la lesión, infección o una Enfermedad Pélvica Inflamatoria, por lo que, la detección temprana de una lesión cervical y el tratamiento adecuado puede llevar a continuar en forma adecuada este método, así pues, de aquí la importancia de la detección oportuna de estas lesiones y que la usuaria del Dispositivo Intrauterino continúe con su método. Además, no existen reportes recientes sobre este tema.

CAPITULO VI

DISEÑO Y TIPO DE INVESTIGACIÓN

De acuerdo a lo establecido previamente el presente trabajo es OBSERVACIONAL ya que no se modifica ninguna variable, TRANSVERSAL porque se examinan las características de un grupo en un momento dado, RETROSPECTIVO porque se basa en la revisión de expedientes y DESCRIPTIVO porque no se establecen comparaciones con ningún otro tipo de pacientes o fenómeno.

El tiempo comprendido fue de enero a junio de 1999.

CAPITULO VII

METODOLOGÍA:

POBLACIÓN Y MUESTRA

El total de pacientes agrupadas en este estudio fue un total de 70 que acudieron en forma espontánea o bien fueron canalizadas al servicio de Planificación Familiar del Centro de Salud de Zamora.

A este grupo de pacientes se les aplicó el dispositivo intrauterino, así como también se les realizó toma citológica cervicovaginal con espátula de Ayre.

Dado que la Secretaría labora con políticas de salud de "puerta abierta" en este grupo había algunas derechohabientes del ISSSTE (3) y del IMSS (2) lo cual no se considero como factor que alterará los resultados del estudio.

Los CRITERIOS DE INCLUSION fueron:

Edad, escolaridad, tiempo transcurrido entre la última citología cervicovaginal y la actual, menarca, antecedentes gestacionales, IVSA, hallazgos a la especuloscopia, infecciones asociadas, número de parejas sexuales y que fuera usuaria de Dispositivo Intrauterino.

Los CRITERIOS DE EXCLUSION fueron:

Usuaría de DIU menor de 6 meses, tratamientos tópicos recientes (crioterapia, electrofulguración, cirugía, etc...), menopausia, cirugía uterina previa, diabetes mellitus, lesión cervical previa a la inserción del Dispositivo Intrauterino.

CAPITULO VIII

RESULTADOS

Se estudiaron un total de 70 pacientes que eran usuarias de Dispositivo Intrauterino por un mínimo de seis meses y en las que no existiera lesión cervical previa a la inserción del dispositivo intrauterino.

La edad de las pacientes no fue limitante por lo que había pacientes menores de 20 años y mayores de 40 años, obteniéndose una edad media de 28.3 años, con un rango desde 16 hasta 45 años, la mayoría acudieron a su cita programada y un grupo menor por presentar problemas de tipo inflamatorio y/o infeccioso, el grupo etéreo predominante fue de los 21 a los 30 años con un total de 39 pacientes (55.7%). Cuadro I.

El estado civil del 97.2% de ellas (68 en total) era casada y solo el 2.8% vivían en unión libre sin que esto influyera en el uso del dispositivo intrauterino, además todas (70) eran monógamas. Cuadro II.

El nivel educativo desafortunadamente es bajo ya que entre las que no terminan la primaria y aquellas que si lo hicieron dieron un promedio de escolaridad de cuarto año con un total de 52% de pacientes, lo que nos señala que a pesar del bajo nivel educativo se interesan por mejorar su nivel de vida al planificar el número de hijos deseados. Cuadro III.

En el cuadro IV se señalan los datos obtenidos respecto a edad y antecedentes gestacionales que muestran como en las pacientes mayores de 40 años existía una frecuencia de embarazos importante que ha ido disminuyendo conforme pasan las generaciones y los servicios de Planificación Familiar están más cerca de ellas.

Cuadro V. En éste se observa la asiduidad importante que se ha logrado con las campañas de concientización para la detección oportuna de cáncer cervicouterino. Los porcentajes obtenidos no influyeron en los resultados finales de este estudio.

El acudir como se les indica a su cita de citología cervicovaginal es muy importante ya que un total de 61 pacientes lo han realizado cuando se les indicó, es decir, se ha ido avanzando en la educación para la salud.

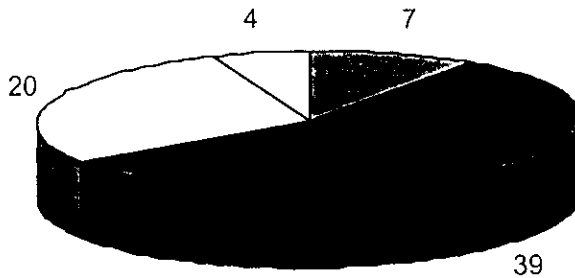
De suma importancia es lo que se pueda observar en el Cuadro VI ya que prácticamente el 75% de las pacientes tuvieron su IVSA antes de los 20 años lo que se refleja en la presencia de lesiones cervicales sobre todo de tipo premaligno y la alta frecuencia de micro-traumas que sufre el cérvix.

Del cuadro VII al IX encontramos los datos importantes para este trabajo, iniciemos con el cuadro VII en el que podemos observar que sólo 1 de cada 5 pacientes se encontraba asintomática y que los hallazgos clínicos encontrados son importantes ocupando el primer lugar la leucorrea con ectroprión con un total de 24 pacientes (34.3%), en segundo lugar la leucorrea

inespecífica con un total de 19 pacientes (27.1%) y el ectropión solo se encontró en 10 pacientes (14%), lo que nos señala que la leucorrea y el ectropión pueden jugar un papel importante en el uso o abandono del dispositivo intrauterino.

Del total de 70 pacientes solo en 6 se reporto displasia leve por citología, en este rubro hubiera sido importante dar tratamiento tópico a base de anti-inflamatorios y anti-infeccioso ya que como sabemos un proceso infeccioso aunado a un proceso inflamatorio severo nos puede dar una imagen sugestiva de displasia, el resto de las pacientes fueron reportadas con resultado negativo más inflamación probablemente condicionado por la leucorrea existente o bien por el proceso irritativo de los "hilos" del DIU. Cuadro VIII.

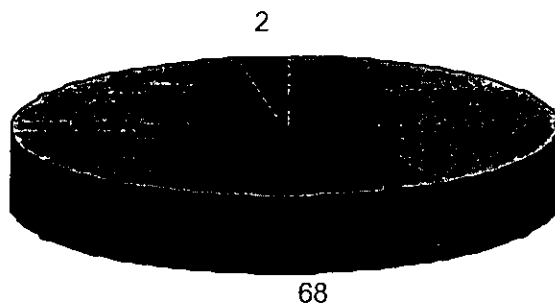
Finalmente podemos observar que el 77.1% de las pacientes no tenían infección alguna lo que coincide con el proceso irritativo del DIU y su incremento en la producción de mucina, en cuanto al agente infeccioso, el más común fue la Candida (en 13 pacientes) y en otros(3) fue el VPH y Herpes Virus, lo cual se considera no significativo para los fines de este trabajo. Cuadro IX.



Fuente: Centro de Salud Zamora, Mich.. 1999

CUADRO I
DISTRIBUCIÓN POR GRUPO ETAREO

EDADES	NUMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
Menor de 20 años	7	10
21 - 30 años	39	55.7
31 - 40 años	20	28.6
41 y más	4	5.7



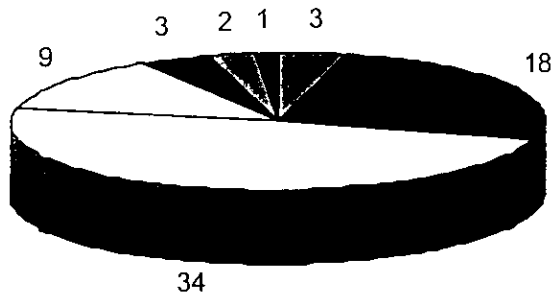
Fuente: Centro de Salud, Zamora, Mich. 1999

CUADRO II

ESTADO CIVIL

ESTADO CIVIL	NUMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
Casadas	68	97.2
Unión libre	2	2.8

(TODAS ERAN MONOGAMAS).



Fuente: Centro de Salud Zamora, Mich..1999

CUADRO III

ESCOLARIDAD

ESCOLARIDAD	NÚMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
Analfabetas	3	4.3
Primaria incompleta	18	25.8
Primaria completa	34	48.5
Secundaria	9	12.9
Preparatoria	3	4.3
Profesional	2	2.8
Otros	1	1.4

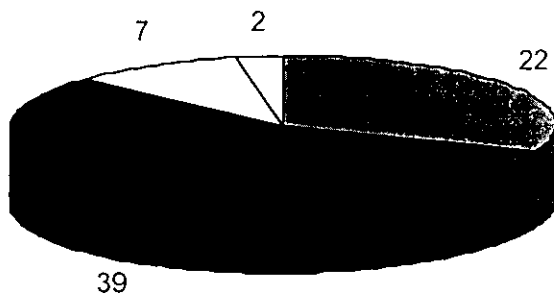
CUADRO IV

EDAD Y ANTECEDENTES GESTACIONALES

EDAD	GESTA	PARA	ABORTOS	CESÁREAS
Menos de 20 años	2	1	1	0
21 - 30 años	3	2	0	1
31 - 40 años	3	3	1	0
41 y más	8	7	1	0

Los números anotados fueron obtenidos al realizar la media de cada grupo etáreo.

Fuente: Centro de Salud Zamora, Mich..1999

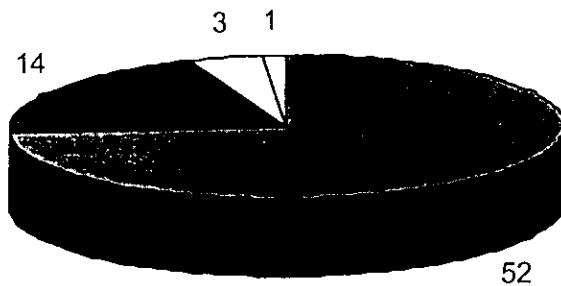


Fuente: Centro de Salud Zamora, Mich., 1999

CUADRO V

FECHA DE ULTIMA CITOLOGIA VAGINAL

	NUMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
Primera vez	22	31.4
Menos de 1 años	39	55.8
1 - 4 años	7	10
Más de 4 años	2	2.8

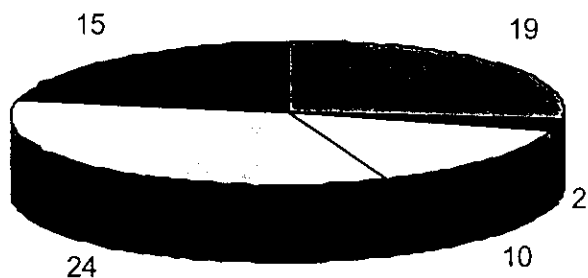


Fuente: Centro de Salud Zamora, Mich..1999

CUADRO VI

INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA POR GRUPO ETAREO

EDAD	NUMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
15 - 20 años	52	74.4
21 - 25 años	14	20
26 - 30 años	3	4.2
30 y más	1	1.4

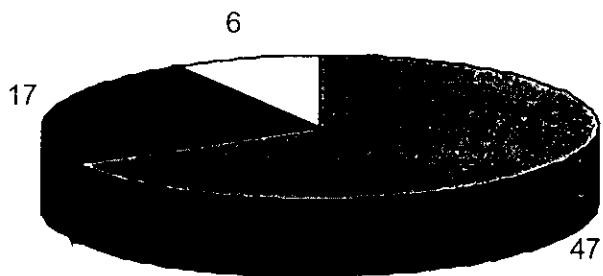


Fuente: Centro de Salud Zamora, Mich..1999

CUADRO VII

SIGNOS Y SINTOMAS

	NUMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
Leucorrea	19	27.1
Leucorrea más enf. pélvica inflamatoria	2	2.8
Ectropión	10	14
Leucorrea más ectropión	24	34.3
Asintomáticas	15	21.5

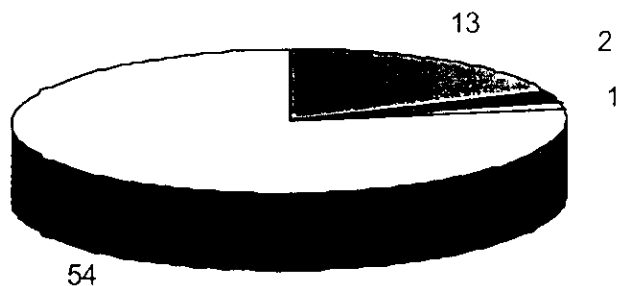


Fuente: Centro de Salud Zamora, Mich., 1999

CUADRO VIII

DIAGNOSTICO CITOLOGICO

	NUMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
Negativo más inflamación	47	67
Negativo más inflamación severa	17	24.4
Displasia leve	6	8.6



Fuente: Centro de Salud Zamora, Mich..1999

CUADRO IX

INFECCIONES

AGENTE	NUMERO DE PACIENTE	PORCENTAJE
Candida	13	18.6
Virus del papiloma humano	2	2.8
Herpes virus	1	1.4
Sin infección	54	77.1

CAPITULO IX

DISCUSIÓN

Los hallazgos de este estudio señalan varios puntos importantes a saber:

El ectropión se encontró en un número importante de pacientes, aproximadamente el 50%, lo cual no se encontró reportado en la literatura y esto puede deberse a que los avances tecnológicos han hecho que la mayoría de los trabajos se enfoquen a otro tipo de investigación y se deja un poco en el olvido lo básico, como es la clínica y que en manos de personal no apto puede condicionar el abandono del uso del Dispositivo Intrauterino al informarles que tienen una "úlceras" y esto como sabemos es falso.

Referente a la leucorrea podríamos concluir que corresponde al aumento en la producción de moco (mucina) condicionada por un factor irritativo local por los "hilos" del Dispositivo Intrauterino (8,17).

En cuanto a los procesos infecciosos, lo encontrado está lejos de concordar con lo reportado en la literatura mundial, ya que podría decirse que todos ellos hablan del *Actinomyces* (3,19,21) exclusivamente, ignorando algún otro agente etiológico como lo es la *Candida* en nuestro medio.

Respecto a los otros factores tomados en cuenta en este estudio desafortunadamente no existen parámetros con los cuales hacer algún comentario al respecto.

Es importante la aceptación del Dispositivo Intrauterino al ser el segundo método más usado en nuestro medio.

Es preocupante que se este iniciando la vida sexual activa en un alto porcentaje de pacientes antes de los 20 años de edad.

CAPITULO X

CONCLUSIONES

De los resultados expuestos se pueden obtener las siguientes conclusiones:

1. El ectropión es una "lesión" que se presenta frecuentemente y que no se reporta en la literatura.
2. La gran mayoría de las pacientes toleran adecuadamente el Dispositivo Intrauterino y el número de pacientes con infección agregada no es exagerado y puede ser tratado con métodos convencionales.
3. El uso del Dispositivo Intrauterino no es una condicionante para la aparición de las displasias cervico-uterinas.
4. Se encontró un aumento en la secreción de moco en las usuarias de Dispositivo Intrauterino que concuerda con lo publicado en la literatura mundial
5. Es necesario hacer un seguimiento adecuado y minucioso de las pacientes portadoras del Dispositivo Intrauterino y limitarse su aplicación cuando exista un factor de contraindicación
6. Este estudio aporta datos que pueden ser de utilidad (al menos localmente) en el control de las usuarias del Dispositivo Intrauterino.

7. Se debe invertir no solo en el Programa de Planificación Familiar sino también en la investigación relacionada con los métodos que proporcionan.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

BIBLIOGRAFÍA

1. Barbosa I; Olsson SE.
Ovarian Function after seven years use of a levonorgestrel IUD.
Adv. Contracept, Jun 1995, 11(2) p85-95.
2. Broso PR; Buffeti G.
The IUD and uterine perforation.
Minerva Ginecol Sep 1994, 46(9) p505-9.
3. Chatwani A; Amin-Hanjani S.
Incidence of actinomycosis associated with intrauterine devices.
J Reprod Med, Aug 1994, 39(8) p585-7.
4. Fahmy K; Ismail H; Sammour M et al.
Cervical pathology with intrauterine contraceptive devices a cyto-colpo-
pathological study.
Contraception Mar 1990, 41(3) p 317-22.
5. Fleetwood L; Landgren BM.
IUD-related changes in cervical secretion content of albumin, IgG, factor
C3c.
Contraception May 1984, Vol 29 No 5, p 465-69.
6. González Merlo J.
Ginecología
Salvat Editores 1991.
7. González Merlo y cols.
Oncología Ginecológica
Salvat Editores, 1991
8. Johnsson B; Landgren BM; Eneroth
Effects of various IUDs on the composition of
Cervical mucus.
Contraception, May 1991, 43 (5) p.447-58

9. Kindman Sharon
La nueva identidad del DIU
Origin 1-1999 (2-6)
10. Knut Haeger
History of Surgery
Bell Publicing Company
New York, 1988
11. Lassise DL; Savits D; et al.
Invasive cervical cancer and intrauterine device use.
Int J Epidemiol Dec 1991, 20(4) p.865-70
12. Li BZ; Zhang YJ; Zhang ZM.
Clinico-pathologic study of 285 cases of ectopic
Pregnancy in intrauterine devices-users and
Non users.
Carta al editor. Contraception p.995.
13. Medhat I; Boyce J et al.
A colposcopic study of the effect of IUDs on cervical epithelium.
Int Gynaecol Obstet Mat-Apr 1980. 17(5) p.440-3
14. Moser W
Modern aspects of contraception.
Wien Med Wochenschr Jun 30 1986, 136 (11-12) p.286-98.
15. Mossa B; Marziani R; Galeano C.
Epidemiologic study of cervico-vaginal pathology
In IUD users.
Minerva Ginecol Jan-Feb 1993; 45(1-2); p.27-30
16. New Zeland Health Study Group
Risk of cervical dysplasia in users of oral contraceptives,
Intrauterine devices or depot- medroxy- progesterone acetate.
Contraception 1994, nov. 50(5); p.431-41

17. Pillay B; Gregory A.
Cytopathologic changes associated with intrauterine
Contraceptive devices.
Med J Malaysia 1994 Mar; 49(1); p.74-7
18. Robbins Stanley MD
Pathologic Basis of Diseases
W.B. Saunders Company, 1984.
19. Ulstein M; Steier A.
Microflora of cervical and vaginal secretion in women using copper
and norgestrel-releasing IUCDs.
Acta Obstet Gynecol Scand. 1987, 66(4) p.321-2
20. Zsabo Z; Ficsor E.
Rare case of the utero-vesical fistula caused by intrauterine
Contraceptive device.
Acta Chir Hung 1997, 36(1.4) p.337-9
21. Seif MW; et al.
The effect of the intrauterine contraceptive device on
Endometrial secretory function: a possible mode of action.
Contraception July 1989, Vol. 40 No. 1 p.81-9
22. Tatum H.J.; Connell E.B.
A decade of intrauterine contraception, 1976 to 1986.
Fertil Steril 46; p.173-92
23. Zarate Treviño A.
Ginecología
Méndez Cervantes Editor 1983.