



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E
INVESTIGACIÓN



DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR
"Dr. Enrique Von Borstel Labastida" La Paz, Baja California Sur

Incidencia de expulsión de Dispositivo Intrauterino en su aplicación postparto

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. ARMANDO RODRÍGUEZ AYALA

Departamento Clínico de Educación
e Investigación Médica
H.G.Z. M.F. No. 1 LA PAZ

La Paz, Baja California Sur

2007

**Incidencia de expulsión de Dispositivo Intrauterino en su aplicación
postparto**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis 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.

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA EN ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

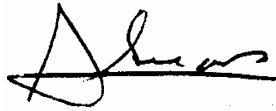
PRESENTA:

DR. ARMANDO RODRÍGUEZ AYALA

AUTORIZACIONES:



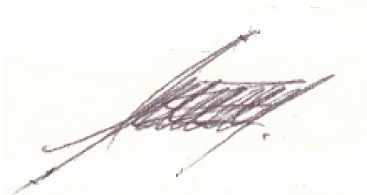
DRA. MARTHA LAURA HERNÁNDEZ OROZCO
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN
LA PAZ, BAJA CALIFORNIA SUR



DR. ADOLFO GARCÍA GONZÁLEZ
ASESOR METODOLOGÍA DE TESIS
COORDINADOR DELEGACIONAL DE EDUCACIÓN
E INVESTIGACIÓN EN SALUD EN BAJA CALIFORNIA SUR.



DRA. MARTHA LAURA HERNÁNDEZ OROZCO
ASESOR DEL TEMA DE TESIS
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR



DR. JOAQUÍN MONTAÑO ULLOA
JEFE DEPARTAMENTO CLÍNICO DE EDUCACIÓN E
INVESTIGACIÓN EN SALUD

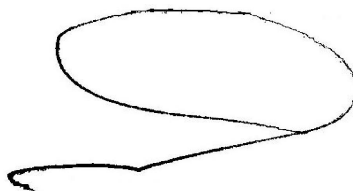
Incidencia de expulsión de Dispositivo Intrauterino en su aplicación
postparto

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA EN ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

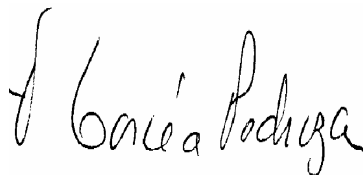
PRESENTA:

DR. ARMANDO RODRÍGUEZ AYALA

AUTORIZACIONES:



DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



DR. FELIPE DE JESUS GARCIA PEDROZA.
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

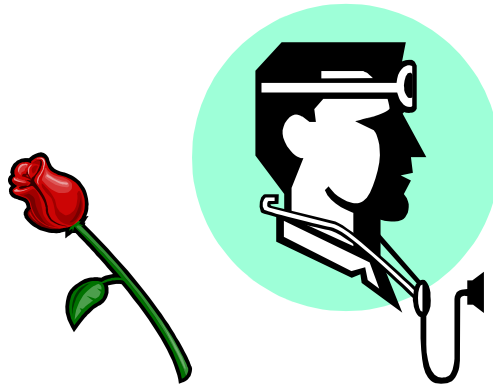
Índice General

I. Título.

2. Índice general.

3. Marco teórico.
4. Planteamiento del problema.
5. Justificación
6. Objetivos
 - 6-1 General.
 - 6-2 Específicos
7. Hipótesis
8. Metodología
 - 8.1 Tipo de estudio
 - 8.2 Población
 - 8.3 Tipo de muestra y tamaño de la muestra
 - 8.4 Criterios de inclusión, exclusión y de eliminación
 - 8.5 Información a recolectar (variables)
 - 8.6 Método o procedimiento para captar la información
 - 8.7 Consideraciones éticas
9. Resultados
10. Discusión
11. Conclusiones
12. Referencia bibliográficas
13. Anexos

AGRADECIMIENTO



A DIOS:

Por haber puesto en mí camino la medicina y permitirme realizar la especialidad que es de las más nobles la *Medicina Familiar*, mi eterna gratitud.

A MI ESPOSA Y A MIS HIJAS:

Que me brindaron su comprensión, confianza y apoyo incondicional, para que realizara mi sueño, que se convirtió en nuestro sueño, ser Especialista, fuiste mi empuje cuando me encontraba abatido por la lejanía, *gracias*, por ser unos *angeles* en mi vida.

A MI ASESORA DE TESIS:

A la Dra. Martha Laura Hernández Orozco, quien siempre se mantuvo activa y dedicada al desarrollo de mi trabajo, además mostró ser una gran *amiga*, dando su confianza, apoyo incondicional, definitivamente fue mi guía para que cumpliera con mi meta.

Índice General

- I. Título.
2. Índice general.
3. Marco teórico.
4. Planteamiento del problema.
5. Justificación
6. Objetivos
 - 6-1 General.
 - 6-2 Específicos
7. Hipótesis
8. Metodología
 - 8.1 Tipo de estudio
 - 8.2 Población
 - 8.3 Tipo de muestra y tamaño de la muestra
 - 8.4 Criterios de inclusión, exclusión y de eliminación
 - 8.5 Información a recolectar (variables)
 - 8.6 Método o procedimiento para captar la información
 - 8.7 Consideraciones éticas
9. Resultados
10. Discusión
11. Conclusiones
12. Referencia bibliográficas
13. Anexos

.

RESUMEN

Incidencia de Expulsión de Dispositivo Intrauterino en la aplicación Posparto.

OBJETIVOS GENERAL: Determinar la incidencia de expulsión del DIU en la aplicación post parto en el año de 2005 en el HGZ+MF # 1.

ANTECEDENTES: La planificación de la familia significa en principio lograr una actuación consciente y responsable de la pareja en el derecho de decidir el número de hijos que se desea tener además de propiciar la salud materno infantil y la paternidad responsable. El DIU puede insertarse después del alumbramiento o expulsión de la placenta, durante o inmediatamente después de una cesárea y antes de dar de alta a la paciente (hasta 48 h. después del parto), incluso a las 4-6 semanas posparto para así facilitarle el acceso a las mujeres que vienen a la clínica para la atención posparto de rutina y solicitan DIU. Las principales ventajas del uso del DIU son: Alta efectividad, pueden ser usados por años, los controles son infrecuentes, no interfiere con las relaciones, más del 70% de las usuarias no tienen molestias mayores, los dius con progesterona reducen el sangrado menstrual.

MATERIAL Y METODOS: Tipo de estudio: observacional, descriptivo, retrolectivo.

Lugar de estudio: HGZ+MF # 1. LA PAZ BCS

Periodo de estudio: Enero a Mayo de 2006.

Tamaño de la muestra: totalidad de expedientes de mujeres a las que se aplico DIU posparto en el 2005.

Variables a estudiar: Edad, estado civil, numero de gesta, numero de paras, tipo de DIU aplicado, presenta consentimiento informado (conserjería reproductiva) presencia o no de expulsión de DIU y tiempo que duro inserto. .

RESULTADOS: Se revisaron 211 expedientes, siendo la mayoría (143) casadas, el 48% eran gesta uno. Se encontraron 37 expulsiones de DIU, se buscó asociación entre las variables no encontrando ninguna significativa.

CONCLUSIONES: La incidencia de expulsión de DIU se observó en el 17% de la población estudiada, siendo más frecuente en primigestas.

Planteamiento del problema

Uno de los programas prioritarios del Sector Salud es la atención integral de la mujer, dentro de este programa se contempla la planificación familiar, basada en el riesgo reproductivo. Uno de los métodos más usados por su confiabilidad y comodidad es el Dispositivo Intrauterino.

En nuestra unidad el año pasado se atendiendo un promedio de 137 partos mensuales, durante el año pasado sólo se aplicaron 237 dispositivos, pero desconocemos cuantos se expulsaron. Como método anticonceptivo de alta continuidad es importante determinar cuál es la incidencia del DIU expulsado en aplicación posparto, ya que un gran número de personas no acepta el método por temor a su expulsión argumentando aplicárselo posterior a la cuarentena por recomendación principalmente por un familiar allegado como es el caso de la suegra y comadre entre otros, lo que lleva consigo un incremento en el riesgo reproductivo por un periodo ínter genésico corto y un aumento en la morbimortalidad materno infantil así como embarazos deseados con el costo social y psicológico que esto trae consigo.

Por lo anterior nos preguntamos **¿Cuál es la incidencia de expulsión del dispositivo intrauterino aplicado posparto?**

LA FRECUENCIA DE EXPULSION del dispositivo intrauterino DIU TCU aplicado en el puerperio inmediato en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar se realizo el estudio para identificar los factores asociados a la expulsión del dispositivo intrauterino en un estudio prospectivo longitudinal , participaron 237 mujeres que fueron atendidas de parto y con aceptación y aplicación de dispositivo 237 de las cuales 211 expedientes que se encontraron ,37 mujeres expulsaron el dispositivo lo que corresponde al 17.5% de la muestra , que en relación a estudios realizados dentro del mismo instituto en el IMSS de LEON Guanajuato ,en un grupo de 125 mujeres expulsaron 16 pacientes el dispositivo lo que corresponde al puerperio inmediato y un 2.7% , en puerperio tardío, en grandes multíparas en puerperio inmediato se encontró el 25.9% y en puerperio tardío el 4%,en relación con el resultado encontrado en HGZMFNO: 1 se encontraron 19 expulsiones en gesta 1 y 10 en gesta 2 no se encontró asociación con la multiparidad ya que en el grupo de estudio la edad promedio fue de 24.5 años con una desviación estándar de 4.98,las edades en las que se dio la expulsión

fue en menores de 18 años en 5 pacientes y en el grupo de 19 a 34 años fue de 29 pacientes , en estudios realizados en Oxford en estudios multicéntricos en los que usaron dispositivos intrauterino en inserción inmediata post evento obstétrico, de tcu 220C demostró ser un evento seguro y practico en comparación al Copper 7 con un índice de confiabilidad del 95% .

Marco teórico

HISTORIA: El primer dispositivo intrauterino, que se utilizó con propósitos contraceptivos fue en 1909, el cuál fue elaborado de intestino de gusano de seda, en forma de un anillo, en 1931 Graefenberg describió un dispositivo consistente en un núcleo de intestino de gusano de seda circundado por plata alemana, una aleación de cobre, níquel, y zinc, posteriormente fue seguido de 1934 por el anillo de OTA, un anillo de oro o de plata dorada conectad por tres, radios con un pequeño disco en el centro, en 1959, Oppenheimer utilizó el anillo de OTA en 20,000 mujeres en Ishihama. En 1960 se producen los primeros dispositivos llamados DIU de segunda generación entre los que se encontraban la Espiral de Mangulies, el cual estaba hecho totalmente de plástico sin ningún metal pero con adición de sulfato de bario para hacerlo radio-opaco., en 1962 el Dr. Jack López introdujo el dispositivo López Loop, que fue uno de los dispositivos más utilizados en los programas nacionales de planificación familiar, éste dispositivo tiene una configuración en forma de S, y fue el primero en tener un filamento de nylon fijado a la parte inferior del dispositivo, lo que facilitaba su revisión mediante un simple examen vaginal así como su extracción. ¹

Dispositivo con Cobre. Este dispositivo se dio posterior a la observación de que un pequeño tramo de alambre de cobre colocado en un cuerno uterino de una coneja, reducía en forma impresionante el número de sitios de implantación en comparación con el cuerno contra lateral Zipper y colaboradores presentaron reportes en 1974 sobre estudios clínicos realizados en Chile, en donde se demostró que las mujeres que portaban una T simple sin cobre tenían una tasa de embarazos de 18 por cada 100 años mujer, y con la adición de cobre en un área superficial de aproximadamente 200 mm², reducía la taza aproximadamente a 1 por cada 100 años mujer. Actualmente se encuentran disponibles varios dispositivos con cobre, como el Copper -7, el Shangai V. de la T de cobre en varias formas, como la TCU 380 A, Nova T, TCU 380 Ag el cuál es un dispositivo con un alambre con núcleo de plata, en 1972 se incorpora el Multiload 375 Standard, el que es un dispositivo de menor tamaño con menos superficie de cobre, para ser usados por mujeres en las que en sus dimensiones de la cavidad uterina no es apropiada para la inserción del DIU STANDARD Corto para nulípara el cual tiene forma de herradura, unida en el centro al vástago o rama vertical, en éste punto de unión se redondea en el extremo de la rama vertical en el punto de unión se desprenden dos

brazos laterales flexibles y con nódulo de retención monofilamento de nylon, el alambre de cobre se encuentra enrollado en la rama vertical con una superficie de 375mm. El dispositivo LNG-20 liberador de hormonas, aprobado por 10 países, puede ser el dispositivo más eficaz ya que se presentan 0.3 embarazos por cada 100 mujeres después de cinco años, los dispositivos intrauterinos como cualquier otro método temporal tiene un índice de falla aún correctamente usado, cuando ocurre espontáneo., con mayor frecuencia en el segundo trimestre, cuando el embarazo continua existe la posibilidad mayor de amenaza de parto prematuro, excepcionalmente puede haber una complicación de tipo infeccioso en mujeres portadoras de DIU, disminuye la incidencia de embarazos ectópicos. 2

Con el uso de los diferentes dispositivos, se previenen embarazos eficazmente, lo que constituye a disminuir muertes maternas, por lo que se hayan dentro de los mejores métodos de planificación familiar par proteger la vida de las mujeres, el cual se puede aplicar posterior al parto, como es el caso que en éste momento nos ocupa, dar seguimiento para la adopción de un dispositivo intrauterino depende de la decisión libre e informada de la pareja, depende también de la empatía y gentileza del proveedor, la elección de un dispositivo se basa en la oportunidad comprensible y suficiente información que se posee sobre la gama de opciones, la persistencia en un dispositivo se basa en la información y atención adecuada, oportuna y confirmada del proveedor al cliente, puede insertarse en cualquier momento del ciclo menstrual, teniendo la certeza de que la mujer no está embarazada. Puede usarse en cualquier edad siempre y cuando la mujer tenga escaso riesgo de adquirir Enfermedad de transmisión sexual , es necesaria una visita de seguimiento de tres a seis semanas después de la inserción para verificar una posible infección o expulsión antes de su aplicación deberá de darse información amplia y comprensiva a la usuaria de un DIU, deberá saber cuando tiene que ir a su revisión, cuando debe acudir a cambiarse su dispositivo o en el momento en que tenga algún problema con su dispositivo., acudir de inmediato. En caso de aplicación pos-parto su cita para revisión del binomio es a los 7 días, en los cuáles es importante la revisión del método y en caso de aplicación de un nuevo dispositivo intrauterino, por las ventajas que trae en la lactancia materna. 3

La planificación de la familia significa en principio lograr una actuación consciente y responsable de la pareja en el derecho de decidir el número de hijos que se desea tener además de propiciar la salud materno infantil y la paternidad responsable.¹⁴

El DIU puede insertarse después del alumbramiento o expulsión de la placenta, durante o inmediatamente después de una cesárea y antes de dar de alta a la paciente (hasta 48 h. después del parto), incluso a las 4-6 semanas posparto para así facilitarle el acceso a las mujeres que vienen a la clínica para la atención posparto de rutina y solicitan DIU.⁵

Las principales ventajas del uso del DIU son: Alta efectividad, pueden ser usados por años, los controles son infrecuentes, no interfiere con las relaciones, más del 70% de las usuarias no tienen molestias mayores, los dios con progesterona reducen el sangrado menstrual.

Desventajas.

Dolor abdominal durante la **inserción** o en los primeros días después de la aplicación que se puede acompañar de sangrado escaso e intermitente, la menstruación es más abundante, irregularidades menstruales, es común que se presente una secreción mucoide sin efecto patológico, la expulsión es más frecuente en el primer año.⁹

El uso de DIU intrauterino con levonogestrel además de su efecto anticonceptivo, disminuye significativamente el sangrado uterino esto hace que los DIU expresen beneficios tales como el control del sangrado uterino, especialmente en metrorragias i meno metrorragias por enfermedades orgánicas como miomatosis uterina.⁷

Complicaciones

Perforación uterina, dolor, infección, embarazo y embarazo ectópico.⁹

La aplicación del DIU postalumbramiento ofrece muchas ventajas de acuerdo al programa de planificación familiar por lo que su utilización se ha visto en aumento, sin embargo su principal desventaja es el alto porcentaje de expulsión que varía desde 4-6% de éstas expulsiones, 20% transcurren sin que la usuaria lo detecte. Los DIU modificados con filamento de cromo, se cree que pueden proporcionar una mayor fijación al endometrio, debido al tiempo en que tarda el cromo en absorberse, permitiendo por tanto menor posibilidad de expulsión.¹⁷

Consentimiento

La inserción inmediata postplacenta sólo debe realizarse si la mujer ha recibido asesoramiento prenatal adecuado, lo ideal es que se informe sobre los métodos durante

las visitas prenatales rutinarias, para darle a la mujer a elegir el método más apropiado en ese momento.²

En una encuesta se determinó que el rechazo a la colocación del DIU posparto principalmente fue por falta de conocimiento sobre el DIU y negativa de los esposos para su colocación.¹³

Al periodo ínter genésico corto se le han asociado riesgos maternos y fetales, éste riesgo es la cusa del 60% de la mortalidad materna y del 75% de la mortalidad perinatal., así es espaciar los embarazos en la población general puede dar lugar a las reducciones importantes en la mortalidad materno-fetal.¹⁷

Reputación

El DIU tiene una injustificada mala reputación. Buena evidencia científica sugiere que el riesgo de EPI asociado con el DIU está relacionado solamente con el proceso de inserción, y que después de un mes de uso el riesgo de EPI no es mayor que de las mujeres con dispositivo intrauterino.

Satisfacción¹⁰.

La oferta actual de métodos contraceptivos es amplia sin embargo ninguno de ellos puede considerarse óptimo para la totalidad de las mujeres todas presentan ventajas e inconvenientes que en algunos casos pueden llegar a representar un riesgo grave par la salud. La forma de optimizar los resultados, reducir los riesgos y conseguir la máxima satisfacción de las usuarias es adecuar la elección del método de forma individualizada a las características de la paciente teniendo en cuenta aspectos tan variados como la edad, el estado de salud, los hábitos sexuales, el nivel intelectual, las expectativas de descendencia, las actitudes y tendencias entre otros.⁸

Embarazo

En pacientes que portan DIU con embarazo, deberá establecerse si se trata de una gestación intrauterina o ectópico, si el embarazo es intrauterino, valorar el deseo gestacional, informar que si el DIU no se extrae existe un 50% de riesgo de aborto, pero que no se asocia con un incremento de malformación fetal ni prematuridad. Si la gestación es ectópica hay que solucionar el cuadro clínico y valorar el retiro del DIU. (Prog Obster Gineol)

Disponibilidad

Cabe destacar en el uso de DIU posparto es la mayor prevalencia anticonceptiva entre pacientes a quienes les fue insertado antes de su salida de la institución de salud, en

comparación con aquellas que eligen o deben regresar posteriormente por el método de planificación elegido ya que resultan embarazos no deseados.⁷

Una de las formas de valorar el uso adecuado de la anticoncepción y la eficacia de la planificación es conociendo la efectividad y continuidad de los métodos anticonceptivos.¹²

Seguridad

Los dios intrauterinos no tienen efectos sistémicos en la salud ni efectos secundarios nocivos, salvo el hecho de que aumentan el riesgo de anemia lo que hace que sean los métodos más atractivos de todos los métodos anticonceptivos.

Los DIU s que contienen Cobre no son una causa directa de la enfermedad pélvica inflamatoria, aunque las usuarias corren el riesgo de contraer la enfermedad cuando el DIU se inserta en condiciones no asépticas. Las mujeres que corren un alto riesgo de transmisión sexual no son buenas candidatas para el uso del DIU porque existe una correlación entre las ETS y la EPI.¹¹

Mecanismo

La función principal del DIU es evitar la fecundación evitando el ascenso de espermatozoides al tracto genital superior por diversos factores como: por producir alteraciones histobioquímicas en el endometrio por inflamación crónica aséptica, invasión de los polimorfo nucleares y linfocitos, con producción de edema fibrosis del estroma y aumento de la vascularidad en los tejidos inmediatamente adyacentes al DIU, y postula además que la liberación de los iones de cobre causa reacciones biológicas, quizá hay antagonismo catiónico con el zinc de la anhidraza carbónica del tracto reproductivo.¹⁸

Mecanismo de Acción:

Se basa en cambios bioquímicos en el endometrio con aumento en la concentración de enzimas lisosoma les que actúan como espermaticidas. Existe un aumento en la infiltración leucocitaria, lo que condiciona efecto inflamatorio, además de bloquear la respiración celular del espermatozoide por interferencia del cobre en el ciclo de Krebs., las referencias marcan una efectividad del 95 al 98 %.⁴

Efectos secundarios se presentan frecuentemente durante los tres primeros meses de su uso como son trastornos menstruales del tipo de la hiperpolimenorrea o sangrado ínter menstrual, dismenorrea, anemia los dispositivos uterinos DIU, actualmente disponibles ofrecen protección casi completa contra el embarazo, algunos modelos

mantienen su eficacia por más tiempo que cualquier otro método reversible de planificación familiar, se comprobó en 1994 que su uso fue aprobado hasta por 10 años el DIU TCU-380 reconociendo que el DIU de Cobre es el de más larga duración, menor a 1 mujer entre 100 mujeres queden embarazadas en el primer año de uso y sólo 2 entre 100 mujeres quedaron embarazadas en 10 años de uso. Siendo los dispositivos intrauterinos más eficaces que los hormonales orales, y se encuentran a la par con los hormonales inyectables y los implante.

ASPECTOS DEL PARTO:

La duración del embarazo en los seres humanos es de 266 días desde la concepción , y de 280 días o cuarenta semanas desde el comienzo de la última menstruación .el trabajo de parto se divide en tres etapas , la primera comienza con las contracciones uterinas que percibe la parturienta que tienen una duración de un minuto o más y que se presentan en un mínimo de 3 en diez minutos , terminan con la dilatación completa del cervix de 10 centímetros ,la segunda etapa comienza con la dilatación completa del cervix y termina con el nacimiento del producto ,la tercera etapa se inicia con el nacimiento y termina con el alumbramiento de la placenta y las membranas ,la primera etapa considerada como cervical y la segunda como pélvica ,lo que refleja el descenso del feto por el conducto del parto y la tercera etapa como placentaria ,la duración del trabajo de parto es muy variada y depende entre otros factores.

La consulta prenatal inicial es el momento idóneo para que el médico familiar informe la importancia de los cuidados prenatales, y hacer señalamientos de que puede esperar un embarazo y parto sin complicaciones, así como informar sobre signos y síntomas de alarma, otorgar la consejería y la importancia de acudir en forma regular al control prenatal durante los primeros seis meses cada mes, en el tercer trimestre cada quince días, y en el último mes del embarazo acudir cada semana.

En relación a la atención del parto, hay que informar a la embarazada la importancia de la actividad corporal como un índice de bienestar, además de reforzar a la embarazada los signos y síntomas de alarma obstétrica

Justificación

El presente trabajo consideró que es importante determinar la incidencia de expulsión del DIU en aplicación posparto, para tomar medidas preventivas en las mujeres que presenten la expulsión y realizar la adopción de otro dispositivo intrauterino o bien ofertar otro método de alta continuidad ya que los jóvenes cada vez inician su actividad sexual a más corta edad, y sin protección lo cual al quedar embarazada se en un porcentaje importante cuello uterino se encuentra dilatado. Quedan solas con la responsabilidad de lo que implica la crianza del menor y al no tener una pareja estable y quedar desprotegidas se encuentran en riesgo de tener otro embarazo a muy corta edad, ya que en América latina se tiene que el 15-25% de todos los nacimientos ocurren entre los adolescentes además de tener mayor número de hijos y un menor espaciamiento entre éstos incrementa los factores de riesgo, y con ello la morbi-mortalidad materno infantil.

Magnitud.

La situación mundial de la década de los sesentas a la fecha, ha fomentado el uso de anticonceptivos, debido a las altas tasas de natalidad y sobre población. Esta problemática ha derivado en la invención de métodos que permitan planear los embarazos. Uno de los métodos que tiene mayor uso es el dispositivo

En nuestro hospital existen 20 mil mujeres en edad fértil, se atendieron 713 partos y de éstas sólo 237 fueron protegidas con dispositivo intrauterino. Existe controversia en el momento adecuado de su inserción, hay autores que apoyan que se realice en el post parto inmediato, mientras que otros sugieren que sea en el puerperio tardío. La política de nuestro hospital es que se aplique post parto; esta técnica puede favorecer la expulsión, dado que el

Trascendencia

Debido a la falta de acceso y dificultad de servicios de salud originan embarazos no deseados.⁷

El rechazo por la falta de información previo respecto implante del DIU, los rumores Aunque está normado que la puérpera acuda a los 7 días a revisión con su médico familiar y dentro de la revisión se explore si se encuentra el dispositivo adecuadamente inserto. No todas las pacientes acuden y no a todas se les realiza esta maniobra, lo que

provoca que la mujer tenga la falsa seguridad de que este protegida. Cuando se da la expulsión y no se documenta puede generar embarazos no planeados ni deseados.

La problemática conyugal y familiar cuando se da un embarazo no programado puede ocasionar crisis insuperable.

Vulnerabilidad

Contar con los servicios de planificación familiar, modulo materno infantil, trabajo social y medicina familiar y así en forma multidisciplinaria llevar a cabo conserjería de PPF y consentimiento informado, capacitación continua al personal involucrado en ese nivel de atención, promoción de los métodos anticonceptivos desde un punto de vista científico sin involucrar situaciones personales de quien otorga esta promoción. Otorgar métodos de planificación familiar considerando los factores de riesgo de forma individualizada para obtener un mejor resultado y alcanzar el objetivo contraceptivo. Vigilancia y seguimiento adecuado de la usuaria del método a fin de detectar oportunamente efectos secundarios o colaterales provocados por el método en uso.

Factibilidad

Para el otorgamiento de métodos contraceptivos en el IMSS se cuenta con la oportunidad de tomar cursos de actualización continua, así como con la infraestructura para poder dar una atención personalizada y otorgar métodos de forma individual. Los recursos humanos con que se cuenta además del médico familiar existe un modelo de planificación familiar atendido por un gineco obstetra, una enfermera materno infantil capacitada para dar orientación y conserjería anticonceptiva. También el servicio de trabajo social colabora en este programa organizando sesiones grupales donde se otorga amplia información al respecto. El servicio de gineco-obstetricia en el área de hospital, unidad toco quirúrgica y puerperio de bajo riesgo se hace énfasis para procurar que toda paciente posterior a un evento obstétrico pueda salir protegida con un método anticonceptivo elegido libremente elegido previa conserjería.

Objetivos del estudio

6.1 Objetivo general: Determinar la incidencia de expulsión del DIU en la aplicación posparto en el año 2005 en el HGZ + MF #1.

6.2 Objetivos específicos

Determinar si se aplicó consejería amplia sobre el uso del dispositivo intrauterino.

Determinar si se otorgaron indicaciones del cuidado en el uso del dispositivo.

Determinar la incidencia de expulsión del DIU contribuyendo así a disminuir el mito entre las pacientes de su rechazo por la expulsión en la paliación posterior al parto

Hipótesis

No requiere por ser un estudio descriptivo

Material y métodos

TIPO DE ESTUDIO

Observacional, abierto, transversal, Descriptivo, retrospectivo

POBLACION LUGAR Y TIEMPO

Características del lugar donde se realizó el estudio. Pacientes que fueron atendidas de posparto en el HGZ+MF No 1 y que se les aplicó dispositivo intrauterino en el periodo de 1ª de noviembre del 2004 a 30 de noviembre del 2005 y que están adscritas en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 1. En la pirámide poblacional de dicho hospital se tiene en el rango de mujer en edad fértil de 14 a 48 años de 20 614 derechohabientes.

El número de partos atendidos de enero a noviembre es de 713.

De estas mujeres hay 462 usuarias de DIU, siendo 137 de primera vez.

Se reportan 237.DIU aplicados pospartos.

TAMAÑO DE LA MUESTRA.

Dado que el estudio pretende muestrear a todas las mujeres que se les aplicó dispositivo intrauterino posparto en el periodo de un año. No se realizó tamaño de muestra, se pretende estudiar a las 237 pacientes puérperas, que se les aplico DIU posparto.

Criterios de Inclusión.

Mujeres con aceptación del DIU en el posparto,

Derechohabientes

Criterios de exclusión.

Mujeres con evento de cesárea mas DIU

Mujeres con evento de aborto mas DIU

Criterios de eliminación.

Mujeres embarazadas con ruptura prematura de membranas,

Pacientes que no acudieron a su cita de atención de puerperio.

Pérdida de derechohabiencia, y baja del sistema institucional.

VARIABLES

Variable	Definición Conceptual	Definición Operativa	Tipo	Escala
Estado Civil	Estado civil que se guarda con la pareja	Tipo de unión Conyugal que tiene una persona con su pareja	Cualitativa Nominal	Soltera Unión libre Casada
Tipo de dispositivo	Diferentes tipos de aparatos para controlar el tiempo en que se desea un nuevo embarazo	Características del DIU intrauterino	Cualitativa Nominal	T DE COBRE 380. DIU con levonorgestrel
No. De Gestas	No de embarazos	Cantidad de embarazos que ha tenido un mujer durante su edad fértil	Cuantitativa Escalar	1....
Para	Números de partos que ha tenido una mujer	Partos que ha tenido una mujer durante su vida reproductiva	Cuantitativa Escalar	1....
Consentimiento Informado	Documento médico legal que es requisitado al adoptarse un método de Planificación Familiar	Formato que acredita la aceptación de un método de planificación familiar y que este bien requisitazo en el expediente	Cualitativa Nominal discontinua	Presente ausente
Tiempo promedio con DIU inserto	Periodo de tiempo que transcurre desde la inserción hasta la expulsión posparto	El tiempo descrito en el expediente clínico que la paciente porto el DIU	Cuantittiva escalar	Días o meses.
edad	Tiempo medido en años que tiene una	Tiempo de vida extrauterina que ha vivido	Cuantitativa discontinua	14.....

	persona	una persona		
Expulsión de dispositivo intrauterino	Quedar fuera salir sacar	Mecanismo de defensa del cuerpo ante un cuerpo extraño	Cualitativa nominal	Presente o ausente

DESCRIPCION DEL ESTUDIO

Se realizará el estudio en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No 1, en donde se atienden los partos de la población adscrita al hospital así como su área de influencia que es la Unidad de Medicina Familiar No 34 que se encuentra a 15 minutos de distancia en tiempo la cuál se encuentra en zona urbana, y los consultorios médicos auxiliares de San Juan de los Planes que se encuentra a 45 Km. de distancia que se encuentra en zona rural, los Barriles se encuentran a 60 Km. distancia la cual es una zona rural y de Todos Santos que se encuentra a 50 Km., los pacientes son trasladados por carretera, en éste caso se incluirán a las paciente que son adscritos al HGZ con MF y Unidad de Medicina familiar No 34 por la accesibilidad de consultar los expedientes clínicos.

Se utilizará el sistema de información SUI, expedientes clínicos, libreta de control de enfermería, formato de consentimiento informado, formato MF5-200, hojas para concentrado de datos lápiz, computadora.

El investigador principal a través de un censo de las pacientes que tuvieron un parto en el periodo de enero a diciembre del 2005, buscara en los expedientes las variables de estudio, posteriormente capturara la información en una base de datos y el procesamiento

Consideraciones éticas

El presente estudio no se contrapone con los lineamientos que en materia de investigación y cuestiones éticas se encuentran aceptados en las normas establecidas en la declaración de Helsinki (1964), revisada en Tokio en 1975, en Venecia en 1983 y en Hong Kong en 1989.

La presente investigación se encuentra acorde con los lineamientos que en materia de investigación y ética se encuentran establecidos en las normas e instructivos institucionales.

Antes del inicio del estudio, el protocolo del mismo y los otros documentos relevantes serán sometidos al Comité Local de Investigación de la unidad hospitalaria y autoridades competentes, conforme a los requisitos legales locales.

Resultados

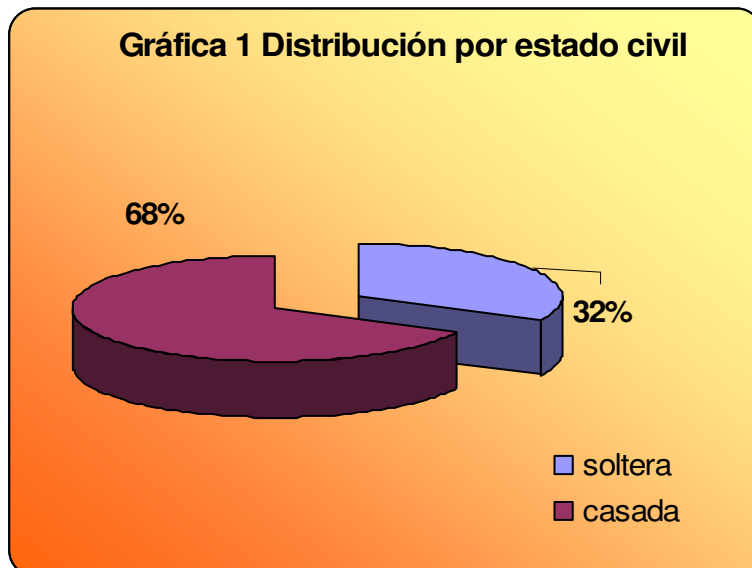
De la muestra de 237 pacientes que fueron atendidas de parto y con aceptación y aplicación de Dispositivo intrauterino, en el periodo de enero a diciembre del 2005, se encontraron 211 expedientes ya que los 26 restantes ya habían sido depurados por encontrarse en bajas de los cuales ya no se recolectaron datos.

De la revisión de los 211 expedientes se encontraron 37 mujeres con expulsión de dispositivo intrauterino, lo que corresponde al 17.5 % de la muestra revisada.

La edad de las mujeres que se les aplico el dispositivo intrauterino fue en promedio de 24.56 años con una desviación estándar de ± 4.98 . las edades en las que se dio la expulsión fue en menores de 18 años en 5 pacientes, en el grupo de 19 a 34 años fue de 29 pacientes y mayores de 35 años fue en 3 pacientes.

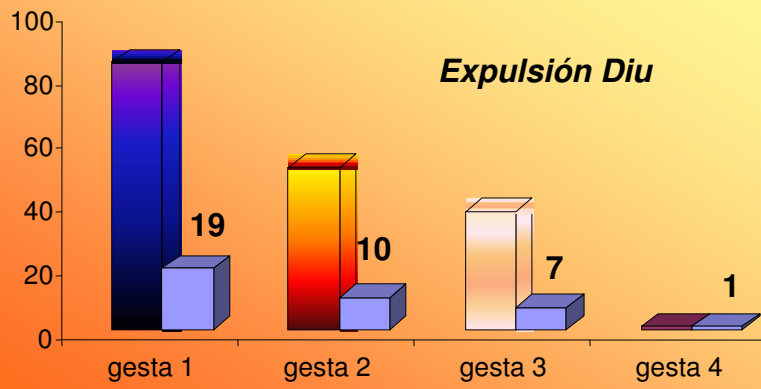
Estado Civil: solteras 68 con un 32.2%, casadas 143 que corresponden a 67.8%

El total de expulsiones fueron en solteras 16 y casadas 21.



En relación al número de gestaciones se dieron 19 expulsiones en primeras gestas de un total de 84, en gestas II expulsaron 10 pacientes de un total de 51, en Gestas 3 fueron 37 pacientes de las cuales expulsaron 7 pacientes, con gesta 4 se encontró una paciente con una expulsión.

Gráfica 2. Distribución por número de gesta y expulsión de DIU



DISCUSION.

Debido a que el mayor numero de expulsiones de dispositivos intrauterinos se dio en primigestas, es importante que dentro de la consejera, se tome en cuenta que no han tenido ninguna experiencia previa y refuerce los datos de alerta ante una posible expulsión del mismo, así como de sensibilizar a la paciente para la adopción de otro método o la continuación del mismo, por el equipo multidisciplinario de salud.

Es importante retomar la capacitación en el personal becario en las rotaciones por el servicio de toco cirugía ,tanto para la familiarización de la técnica de aplicación del dispositivo posparto a traves de adiestramientos en el servicio , al igual que dar a conocer los lineamientos en consejera y salud reproductiva ,consentimiento informado y riesgo reproductivo ,para evitar embarazos no deseados . Así mismo hacer promoción para que a la semana o al mes a mas tardar de su aplicación acudir a su revisión, para corroborar que la paciente sea portadora del mismo ante la duda de una probable expulsión, y así espaciar los embarazos que desea la pareja y tener una mejor atención y convivencia con los padres con el nuevo integrante de la familia.

CONCLUSIONES

Es importante fomentar la planificación familiar desde el inicio del embarazo dando una buena consejera para lograr la aceptación del método deseado, para lograr una planificación familiar, si se llevo a cabo durante su control prenatal, indicaciones del cuidado y revisiones del DIU, y cada cuanto tiempo, ya que la incidencia de expulsión de DIU de 211 partos atendidos fueron solo el 17%. esto se cotejo con la revisión del expediente clínico , es importante para disminuir la expulsión del DIU dar una buena consejería desde el inicio del embarazo y en cada consulta de control del embarazo fomentar y reforzar las ventajas y desventajas del método aceptado , revisiones , intervalo y duración de los mismos para llevar una buena planificación familiar y así planificar cuando se desea un nuevo embarazo se determino que existe mayor riesgo de expulsión del dispositivo intrauterino en pacientes primigestas y cuando existe asociación con la falta de acudir a revisión del puerperio y por ende de su revisión del dispositivo así como del estado civil de las pacientes ya que las solteras fue el 32.2% de las cuales se encontraron 16 expulsiones de dispositivo y que acudieron en forma irregular a sus controles además de encontrarse dentro del grupo de adolescentes que sabemos que es un grupo vulnerable que no acuden con frecuencia a sus consultas y de estado civil solteras que no cuentan con el apoyo de la pareja tanto económico como moral

Ante Esta asociación estadísticamente significativa tendremos como médicos que reforzar las acciones de consejería en este grupo y aprovechar las oportunidades perdidas cuando acudan a la consulta prenatal.

El porcentaje de expulsión en el puerperio inmediato es semejante al reportado en la literatura.

Bibliografía

1. Hernández Valencia M. Becerril Flores L. Ginecología y obstetricia de México. 2000;68:70-6
2. Finger WR. El momento de la inserción del DIU es vital en el posparto. Network en Español. 1996;16(2)0-00 Disponible en http://www.FHI.org/sp/RH/Pubs/Network/v16_2/nt1627.htm
3. Valdez – G. P. Sánchez G. R. Dispositivos intrauterinos con levonorgestrel. Una nueva alternativa terapéutica en el sangrado uterino anormal de origen orgánico. Rev Chil Obstet Ginecol 2004;69:35-4
4. Gutiérrez Sarmiento N-El dispositivo intrauterino. Fundación Oriéntame 2003-64:10-6
5. Revisión Cochrane Inserción inmediata posparto del dispositivo intrauterino. Cochrane Plus B. 2005;2:84-4
6. Martínez Román S. Anticoncepción en la paciente de bajo riesgo. Med Integral 2002;40(5):207-11
7. Ruiz Povea J. Gómez Sánchez P. Experiencia Clínica con la aplicación del DIU. TCu380 en el periodo posparto. Rev Coloma Ginecol 1998;49(1):351-8
8. Lemarroy Martínez I. Salas M. Causas de rechazo del dispositivo intrauterino posparto. Ginecología Obstetricia de México 1996_64(1):43-44
9. Hernández Valencia M. García Miranda L. Landeros Montes de Oca E. Escamilla-Godínez G, Angeles L, Zárate A. Selección de método no quirúrgico de planificación Familiar para establecer el periodo ínter genésico. Acta Médica Grupo Ángeles 2004;2(2): 93-5
10. Arribas Mir L. Panorama anticonceptivo 2002 Aten Primaria 2002;29(6):359-65
11. Keller S. La seguridad puede ser atrayente. En los países donde no se usan los DIU en forma generalizada, las inquietudes infundadas en cuanto a sus efectos en la salud pueden ser la causa de ello. Network en español 1996;16 (2):2-5
12. Álvarez Vázquez L. Martínez Pérez T. Valentí Varona R. Chaco A. Efectividad y continuidad de la anticoncepción en el municipio 10 de Octubre. Rev Cubana Salud Pública.1997; 23 (1-2) :1-5

13. Gómez I. Gaitan H. G. Dispositivo intrauterino (DIU) como anticonceptivo de emergencia: conocimientos, actitudes y prácticas en proveedores de salud latinoamericanos. Encuesta. Rev Colomb Obstet Ginecol 2004;55(4):4-8
14. Prendes Labrada M. Lescay Margret O. Guibert Reyes W. Planificación De La Familia. Rev Cubana Med Gen Integr 1998;14(3):236-42
15. Bonacho Paniagua I. Castro Pérez A. Doval Conde JL, Giménez Garay E, López Arregui E, Martínez Salmeán J, Pérez Campos E y col. 2ª Documento de consenso de la sociedad española de contracepción: Actualización del tratamiento clínico de la anticoncepción intrauterina. Prog Obstet Ginecol 2002;45(10):457-60
16. Herrera Gómez V. Rodríguez Domínguez L. Quintero Santana M, Febles Tardío L. Anticonceptivos en la consulta de planificación familiar. Rev Cubana Med Gen Integ 1997;13(4):4-8
17. Hernández Villa M. Factores que influyen para la permanencia de DIU en las pacientes post evento obstétrico. Resumen 54 del VII Foro Regional de Investigación en Salud del IMSS- Región Norte. RESPYN 2002;5:1-1
18. Recomendaciones para la Actualización de Prácticas Seleccionadas en el Uso de Anticonceptivos. ¿Cuándo puede insertarse un DIU después del parto? Dispositivos Intrauterinos Noviembre 1994. Disponible en <http://www.Reproline.jhu.edu/spanish/6read/6multi/6tgw1/iu/tgiu02.spdf>