

11226
101
103-A

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION ESTATAL EN OAXACA
JEFATURA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No.1 C/M.F.

" APLICACION TRANSCESAREA DEL DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU) TCU 220C
EN LA CLINICA HOSPITAL GENERAL DE ZONA No.1 CON MEDICINA FAMILIAR "

Número de Registro:
86390001003

Realizaron:

Dr. Jarquín García, Efraín D.
Dra. Cervantes Ruiz Rosario
Médicos Residentes en M.F.

OAXACA, OAX. DICIEMBRE 1986.

FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

P R O L O G O

El presente trabajo fué realizado en el servicio de Obstetricia de la Clínica Hospital General de Zona No.1 con Medicina Familiar de la ciudad de Oaxaca. Participando los médicos Ginecoobstetras asignados al servicio, el jefe de departamento de éste servicio, coordinador delegacional de Planificación Familiar, médicos internos de pregrado y el servicio de Trabajo Social que nos brindó su colaboración para reincorporar o conocer las causas de abandono de las pacientes sometidas al estudio.

La duración total del proyecto fué de 24 meses, 9 para el reclutamiento de las pacientes (enero a septiembre de 1985), siendo encargada de ésta etapa la Dra. Cervantes Ruiz Rosario 12 meses para el seguimiento y 3 más para el procesado de los datos y analisis de los resultados a cargo del Dr. Efrén Donaciano Jarquín García, ambos médicos residentes en periodo de adiestramiento en la especialidad de Medicina Familiar.

Agradecemos profundamente la valiosa colaboración de todas las personas que gustosamente contribuyeron de alguna manera para la elaboración de éste modesto trabajo.

Dr. Efrén Donaciano Jarquín García.

CONTENIDO

- I.- INTRODUCCION
 - II.- ANTECEDENTES CIENTIFICOS
 - III.- JUSTIFICACION
 - IV.- MATERIAL Y METODOS
 - V.- RESULTADOS
 - VI.- DISCUSION Y CONCLUSIONES
 - VII.- TABLAS
 - VIII.- BIBLIOGRAFIA
-

I.- INTRODUCCION.

Actualmente se ha incrementado el número de operaciones cesárea para la solución de los nacimientos. Esto se ha debido en gran parte a los avances de la obstetricia actual que nos permite por métodos modernos de diagnóstico la detección temprana de embarazos de alto riesgo y de las anomalías en el desarrollo del trabajo de parto que ponen en peligro a la madre y especialmente al feto si son sometidos a un nacimiento vaginal.

Se estima que aproximadamente el 20% de los nacimientos -- en los hospitales del Instituto Mexicano del Seguro Social de la República Mexicana se resuelven por operación cesárea y la mayoría de estas mujeres no son sujetas a protección anticonceptiva temporal.

Tomando en consideración que un elevado número de ellas son primigestas o secundigestas jóvenes en las que existe indicación médica para el control temporal de la fertilidad, además de su deseo expresado de espaciar sus embarazos, deberá brindarseles un método anticonceptivo temporal eficaz -- que no interfiera con la lactancia y permita el espaciamiento deseado.

II.- ANTECEDENTES CIENTIFICOS.

Son escasos los reportes en la literatura médica sobre la aplicación del DIU transcesárea. En nuestro país, el Dr. Rafael González Ramírez y colaboradores del Hospital "Dr. Ignacio Morones Prieto" del IMSS de Monterrey, N.L.; publicó en el año de 1980 (1) sus resultados en 55 casos de I20 en los que se aplicó con la mano el asa de Lippes D de filamento largo a través de la histerotomía, en el fondo de la cavidad uterina. A un grupo se le fijó el DIU al miometrio -- con un punto en cruz de catgut y a otro grupo se le dejó el DIU libre en la cavidad uterina. Sus resultados los presentó en valores por ciento, lo que no permite compararlos con las tasas de eventos reportados para el DIU posplacenta. No obstante encontró solamente 5 casos de "endometritis" como complicación relacionada con el procedimiento pero no necesariamente atribuida al DIU.

En otro estudio realizado también en México en el Hospital de Gineco-Obstetricia No.3, el Dr. Victor Ruiz Velasco (2) reportó los resultados de la aplicación transcesárea del DIU MLCu 250 en 154 mujeres. La frecuencia de extracciones relacionadas con el método fue de 2.6% en los primeros 8 días y de 7.1% para los siguientes, hasta los dos años de observación. Hubo 4 expulsiones y no se presentó ningún embarazo.

En algunas otras Unidades del IMSS con atención Obstétrica se han aplicado DIUs transcesárea pero los casos han carecido de seguimiento adecuado.

En 1983 y 1984 (3 y 4) se ha publicado que las tasas de expulsión en un grupo de 52 mujeres chinas a quienes se les aplicó transcesárea la T Delta y el asa de Lippes Delta, -- fueron menores que las observadas en 147 mujeres controles a quienes se les insertaron estos DIUs en el periodo posplacenta. No encontraron diferencias en las tasas de extracción y embarazo entre los grupos y no se presentó ningún caso -- de perforación ni de infección.

Recientemente (6) se realizó un estudio multicéntrico sobre la aplicación del DIU transcesárea llevada a cabo en varias Delegaciones del País, incluyendo la muestra, participando médicos ginecoobstetras de 15 delegaciones del IMSS. El DIU utilizado fué la T de cobre 220C (TCu 220C) de filamento -- largo actualmente en uso en la institución. Se integraron -- dos grupos controles con los mismos criterios de inclusión, uno formado por mujeres a las que se les aplicó la TCu 220C en el periodo posplacenta (control I) y que sirvió para comparar las tasas de eventos presentados con el DIU y otro -- grupo formado por mujeres a quienes se les realizó operación cesárea y que no aceptaron la aplicación del dispositivo (control II), este control sirvió para comparar la morbilidad inherente a la operación cesárea.

El seguimiento se realizó a I, 3y 6 meses de aplicado el DIU para casos y controles I y unicamente a un mes de operadas para los controles II.

Se analizaron los datos de 448 casos, 417 controles I y 135 controles II.

La tasa de eventos presentados a 6 meses fué de 0 embarazos para casos y controles I. Expulsiones de 9.6% para los casos y 23.5% para controles I.

Retiros por causas médicas incluyendo dolor y sangrado fué de 6.9% para los casos y de 21.6% para los controles I; en tre otras causas médicas en las cuales se incluye la endometritis fué de 19.6% para los casos y de 2.0% para los controles I.

En relación a la tasa y número de infecciones a un mes de observación para mujeres que recibieron el DIU intrauterino transcesárea, posplacenta y mujeres operadas de cesárea sin aplicación de DIU fué la siguiente:

Infección endometrial.- Número; 6 para los casos con tasa de 1.3%; 6 para los controles I. con tasa de 1.4%. y 0 casos para los controles II.

Infección de pared abdominal.- 5 para los casos, tasa de 1.1%; 2 para los controles II, tasa de 1.5%.

III.- JUSTIFICACION.

Se considera que aproximadamente 136,000 mujeres que ingresan al año para la atención de su parto en el Instituto Mexicano del Seguro Social son sometidas a operación cesárea, aproximadamente la mitad de ellas jóvenes y de baja paridad ameritan protección anticonceptiva temporal, por lo que se propone la aplicación del DIU TCu 220C transcesárea.

Se supone que si el DIU es aplicado con la técnica aséptica a través de la incisión de una cesárea y bajo control directo en su colocación en el fondo uterino, sus tasas de retiro por infección endometrial y la tasa de expulsión serán más bajas que las presentadas con el DIU aplicado en el posparto y es el motivo del presente trabajo.

IV.- MATERIAL Y METODOS.

Se decidió realizar un estudio en la CHGZ No I con M.F de esta ciudad en la cual participaron los médicos ginecoobstetras adscritos al servicio. El DIU utilizado fué la T de cobre 220C (TCu 220C) de filamento largo actualmente en uso en la institución. El DIU fué aplicado a mujeres aceptantes voluntarias cuyo embarazo fué resuelto por operación cesárea, estaba indicada la anticoncepción temporal y que no presentaban alguna de las siguientes contraindicaciones: /
corioamniotitis, inserción anormal de la placenta, sobredistensión uterina (polihidramnios, embarazo múltiple), hipotonía uterina, anomalías de la cavidad uterina o antecedentes de embarazo ectópico. Después de la extracción de la placenta se colocó el DIU con la mano y se dejó libre en el fondo de la cavidad uterina, los filamentos se pasaron, con la ayuda de una pinza, a través del canal cervical hacia la vagina, o se dejaron libres orientados hacia el orificio cervical interno.

Esta CHGZ No I se consideró adecuada para el estudio por las siguientes características:

Tener un número adecuado de ingresos obstétricos que garantizaron la obtención de aceptantes al estudio, por disponer de estructura y organización que permitió el buen seguimiento de los casos y disponer de gineco-obstetras con deseos de participar en el estudio.

Se ingresaron 40 casos (aplicación de DIU transcesárea) y se integraron dos grupos de controles con igual número de pacientes cada uno de ellos, con los mismos criterios de inclusión. Uno que se formó con mujeres a las que se les aplicó la TGu 220C en el periodo posplacenta (control I) y que sirvió para comparar las tasas de eventos presentados con el DIU y otro grupo formado por mujeres a quienes se les realizó operación cesárea y que no aceptaron la aplicación del DIU (control II), este control sirvió para comparar la morbilidad inherente a la operación cesárea.

A toda mujer participante en el estudio se les llenó un formulario de admisión. Previa al alta hospitalaria de la paciente se le dió cita correspondiente a la primera revisión de seguimiento.

El seguimiento se realizó con revisiones a 1, 3, 6 y 12 meses de aplicado el DIU para los casos y controles I, y únicamente a un mes de operadas para los controles II.

La duración total del proyecto fué de 24 meses, 9 para el reclutamiento de las pacientes (enero a sept. 1985), 12 para el seguimiento y 3 para el procesado de los datos y análisis de los resultados.

V.- RESULTADOS.

Se analizaron los datos de 40 casos, 40 controles I y 40 - controles II reclutados en la CHGZ No I con M.F. del IMSS - servicio de obstetricia. La distribución de las mujeres por grupos etarios mostró para los casos predominancia por edades de 20 a 24 años con cifras de 37.5% y 32.5% para las edades de 25 a 29 años; igualmente observamos predominio en estas edades para los controles I con tasas de 35 y 30% respectivamente. Para los controles II la tendencia fue mayor hacia el grupo de edad comprendido entre los 25 a 29 años - con tasa de 42.5%. El promedio de edad resultó de 23.8, 23.4 y 25.8 para casos, controles I y controles II respectivamente. (tabla I).

Distribuidas por paridad, considerando a ésta como el nacimiento por vía vaginal o abdominal de un producto viable, - la agrupación de las mujeres tomando en cuenta el parto motivo de estudio, mostró que alrededor del 50% de los casos, controles I y II eran primíparas y solamente un poco más - del 30% de las mujeres tenían dos partos. (tabla II).

Se encontraron antecedentes de cesáreas previas en 18 de - los casos, 40%; ninguna en los controles I, 0%; y en II de los controles II, 35%. El 94.4% de los casos y el 81.8% de los controles II tenían una cesárea anterior.

No se encontraron mujeres con 3 o más cesáreas previas. De las mujeres con antecedente de cesárea, en 12 casos, 66.6% no se les permitió entrar en trabajo de parto antes de la cesárea motivo de estudio y en 8 de los controles II, 72.7% (tabla III).

Las indicaciones para practicar la cesárea actual se agruparon en causas maternas, fetales y obstétricas. La causa principal para casos y controles II fue la desproporción céfalopélvica con 47.5% y 45% respectivamente, siguiendo en orden de importancia la presentación pélvica para ambos grupos con 17.5% y 15% respectivamente y el sufrimiento fetal agudo 12.5% para ambos grupos. Se observó un mayor número de indicaciones por cesárea previa para los controles II 20%; y 15% para los casos. (tabla IV).

Al analizar los eventos ocurridos a 12 meses con el uso de DIU en casos y controles I, encontramos que la tasa de expulsión en los casos fue de 7.5 y en los controles I de 17.5. Los retiros por causas médicas resultaron con tasas de 5.0 para dolor y sangrado para los casos y de 10.0 para los controles. Los retiros por otras razones médicas en las que se incluyen endometritis fue de 5.0 para los casos y de 7.5 para los controles I. Las tasas de retiro por razones no médicas fueron de 5.0 y 7.5 respectivamente a los 12 meses. (tabla V).

Se reportaron una infección endometrial a un mes de observación para los casos, 2 para los controles I y ninguna en los controles II, las tasas resultantes son de : 2.5, 5 y 0 respectivamente. Se observaron 2 infecciones abdominales - en los casos y I en los controles II, con tasas de 5.0 y - 2.5 respectivamente. (tabla VI).

La duración en días del sangrado loquial mostró una tendencia a ser menor en los casos y controles II que en los controles I; situación similar se presentó con la cantidad de sangrado loquial estimado por la paciente, que resultó normal en el 60% y 80% de casos y controles II respectivamente, a diferencia de sólo el 40% de los controles I.

VI.- DISCUSION Y CONCLUSIONES.

El número de casos incluidos en este estudio aunque no es muy numeroso nos revela datos interesantes de lo ocurrido - en el servicio de Obstetricia de esta CHGZ No I, y nos aproxima al resultado que en la práctica real tiene el uso del DIU aplicado a través de la incisión cesárea.

Nos demuestra que las mujeres sometidas a operación cesárea son en más de la mitad de las veces de 20 a 29 años con predominio a los 24 años y con un promedio de paridad de 1.7 - hijos. Estas características las hacen tributarias de un método temporal como el DIU que ha mostrado su eficacia y seguridad en su aplicación transcesárea, con tasas a los 6 meses de expulsión de 9.6, de extracción por sangrado y dolor 6.9 y de extracción por endometritis de 0.9. (5)(6):

Los casos y controles II fueron sometidos a cesárea por causas similares, aún cuando se observó un mayor número de indicaciones por cesárea previa, un elevado porcentaje fueron operadas antes de desarrollar trabajo de parto. Estas circunstancias pudieran influir en el desarrollo de infecciones posoperatorias.

La tasa de expulsión presentada por los casos fue significativamente menor desde el punto de vista estadístico que la presentada por los controles I en los que se aplicó el DIU posplacenta, situación ya planteada y esperada ante la mayor seguridad de que el DIU quedara colocado en el fondo uterino cuando se inserta a través de la incisión cesárea. Por otra parte la tasa de expulsión de los controles I de este estudio, de 17.5 resultó comparable a lo reportado en otros estudios de DIU posplacenta (5)(6). Otra diferencia estadísticamente significativa fue la tasa de retiros por y sangrado siendo superior para los controles I. Esto puede explicarse por la limpieza que se hace siempre de la cavidad uterina durante la operación cesárea, con la consiguiente seguridad de no dejar restos ovulares y retirar la mayor parte de la decidua lo que da lugar a un menor sangrado loquial. En otros estudios similares se reportan hasta 3 veces menores las tasas de retiro por esta situación para los casos en relación a los controles I (6).

Las tasas de retiro a 12 meses por otras causas médicas que incluyen la endometritis fueron de 5.0 para los casos y 7.5 para los controles I o sea 2 pacientes para los casos y 3 - para los controles I. Cuando se analiza unicamente la endometritis durante el primer mes de observación, lapso en el que puede ser atribuida al procedimiento, la tasa fue unicamente de 2.5% para los casos, (un paciente)

Comparando este resultado con el estudio realizado por González con tasa de endometritis de 9.1 en 55 casos de asa de Lippes, resulta mayor que la encontrada por nosotros, Ruiz Velazco reporta tasa de endometritis de 1.9 en 154 casos de DIU MLu 250, en tanto que en el estudio de I Ching en 52 mujeres con asa de Lippes Delta y TCu 220 Delta no se reporta ningún caso de endometritis, LIU en 150 mujeres con dispositivo en anillo tuvo una tasa de endometritis de 0.7.

En cuanto a las expulsiones observadas según los distintos estudios debe mencionarse que en los estudios (Iy3) los dispositivos fueron fijados al miometrio con un punto de catgut y se reportan 6 y 1 expulsiones respectivamente, sin que puedan estimarse las tasas. Igual sucede con el estudio de Ruiz Velazco que reportó 4 expulsiones. Chi con casos y controles con DIU posplacenta reportó tasas de expulsión a los 6 meses de 4.1 y 20.5 respectivamente.

Podemos concluir con estos datos que el uso del DIU aplicado a través de la incisión cesárea constituye una estrategia de anticoncepción que beneficia al gran número de mujeres sometidas a esta intervención quirúrgica y que ameritan anticoncepción temporal eficaz, que no interfiere con la lactancia y que resulta como se ha mostrado, con un mínimo de complicaciones.

T A B L A I

DISPOSITIVO INTRAUTERINO TRANSCESAREA
DISTRIBUCION DE CASOS Y CONTROLES SEGUN GRUPOS ETARIOS

E D A D	C A S O S		C O N T R O L I		C O N T R O L II	
	NUMERO	%	NUMERO	%	NUMERO	%
\leq 19	8	20%	7	17.5	8	20
20--24	15	37.5	14	35	11	27.5
25 - 29	13	32.5	12	30	17	42.5
30 - 35	3	7.5	6	15	4	10
36 - \geq	1	2.5	1	2.5	-	-
T O T A L	40	100	40	100	40	100
\bar{x}	23.8		23.4		25.8	

T A B L A II

DISPOSITIVO INTRAUTERINO TRANSCESAREA
DISTRIBUCION DE CASOS Y CONTROLES SEGUN PARIDAD.

PARIDAD	C A S O S		CONTROL I		CONTROL II	
	NUMERO	%	NUMERO	%	NUMERO	%
1	21	52.5	20	50	23	57.5
2	15	37.5	14	35	11	27.5
3	3	7.5	4	10	5	12.5
4	1	2.5	2	5	1	2.5
T O T A L	40	100	40	100	40	100
\bar{X}						

T A B L A, III

DISPOSITIVO INTRAUTERINO TRANSCESAREA

DISTRIBUCION DE CASOS Y CONTROLES SEGUN ANTECEDENTES DE CESAREAS PREVIAS

No. DE CESAREAS PREVIAS	C A S O S		CONTROL I		CONTROL II	
	NUMERO	%	NUMERO	%	NUMERO	%
1	17	94.4	-	-	9	81.8
2	1	5.6	-	-	2	18.2
SIN TRABAJO DE PARTO	12	66.6	-	-	8	72.7

T A B L A IV

DISPOSITIVO INTRAUTERINO TRANSCESAREA

DISTRIBUCION DE CASOS Y CONTROLES SEGUN MOTIVO DE CESAREA

DIAGNOSTICOS	C A S O S		CONTROL II	
	NUMERO	%	NUMERO	%
DESpropORCION CEFALO PELVICA	19	47.5	18	45
PRESENTACION PELVICA	7	17.5	6	15
CESAREA PREVIA	6	15	8	20
SUFRIMIENTO FETAL AGUDO	5	12.5	5	12.5
TOXEMIA	2	5	2	5
ANORMALIDADES EN LA INSERCIÓN DE LA PLACENTA	1	2.5	1	2.5
T O T A L	40	100	40	100

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

T A B L A / V

DISPOSITIVO INTRAUTERINO TRANSCESAREA

TASA DE EVENTOS PRESENTADOS A 12 MESES POR LAS MUJERES QUE RECIBIERON UN
DISPOSITIVO INTRAUTERINO TRANSCESAREA (CASOS) Y POSPLACENTA (CONTROL I)

EVENTOS	CASOS	CONTROL I
EMBARAZOS .	0.0	0.0
EXPULSIONES	7.5	17.5
RETIROS CAUSAS MEDICAS DOLOR/SANGRADO	5	10
OTRAS	5	7.5
RETIROS CAUSAS NO MEDICAS PLANEA EMBARAZO	2.5	2.5
OTRAS	2.5	5
TERMINACIONES	22.5	42.5
CONTINUACION	77.5	57.5
ACEPTANTES	40	40

T A B L A / VI

DISPOSITIVO INTRAUTERINO TRANSCESAREA

TASA Y NUMERO DE INFECCIONES A UN MES DE OBSERVACION PARA MUJERES QUE RECIBIERON UN DISPOSITIVO INTRAUTERINO TRANSCESAREA (CASOS), POSPLACENTA (CONTROL I) Y MUJERES OPERADAS DE CESAREA (CONTROL II)

TIPO DE INFECCION	C A S O S	CONTROL I	CONTROL II
TASA:			
ENDOMETRIAL	2.5	5	6.0
PARED ABDOMINAL	5	-	2.5
NUMERO:			
ENDOMETRIAL	1	2	0.0
ABDOMINAL	2	-	1
ACEPTANTES	40	40	40

VIII.- BIBLIOGRAFIA:

- 1.- González Ramírez, R.; Santos Martínez, A. y Villarreal - Cavazos, H.M.
Inserción de Dispositivo Intrauterino Trancesárea. Repor - te Preliminar. Ginec.Obstet. Méx. 47:163, 1980.
- 2.- Ruiz Velazco, V., García, C., Castro, H.: Cesarean Sec - tion IUD Insertion. Contracept. Deliv. Syst. 3:21, 1982
- 3.- Liu B-h., Zhang, L-y, Zhang, B-r.: Intrauterine Contra - ceptive Device Insertion With Suture Fixation at Cesa - rean section. Chinese Med.J. 96:141, 1983.
- 4.- I Cheng Ch., Zhou S-W., Sandor, B. and Katherine, N.G.; Post-cesarean Section Insertion of Intrauterine Device . A.J.P. H 74:1281, 1984.
- 5.- Aznar, R.R., Reynoso, L., Montemayor, G and Giner. J.: - Post-pacental Insertion of IUDs. Contracept. Deliv. Sys I:143, 1980.
- 6.- Lara, R.R., Sánchez, R. R.A., Aznar, R.R. y cols.
Aplicación del Dispositivo Intrauterino a través de la - Incisión Cesárea. Reporte preliminar de estudio realiza - do en el IMSS. 1985-1986.