

11217

42

24



*Universidad Nacional Autónoma
de México*

*División de Estudios de Postgrado
Facultad de Medicina*

*Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 3
Centro Médico La Raza*

**MORBILIDAD INTRAHOSPITALARIA
DEL
DIU TRANSCESAREA.**

TESIS DE POSTGRADO

*Para obtener el Título en la Especialidad de
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA*

presenta

Dra. Nora María Jiménez Martínez



México, D. F

1987

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



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.

INDICE .

INTRODUCCION	1
ANTECEDENTES CIENTIFICOS	2
OBJETIVO FUNDAMENTAL E HIPOTESIS	6
MATERIAL Y METODOS	7
ANALISIS DE ICS RESULTADOS	11
DISCUSION	25
CONCLUSIONES	29
BIBLIOGRAFIA	31

INTRODUCCION :

Con los avances de la obstetricia moderna se ha incrementado el número de cesáreas para la resolución del embarazo.

Esto se ha debido en gran parte a la detección oportuna de embarazos de alto riesgo. Se estima que aproximadamente el 20% de los nacimientos en los hospitales del IMSS de la República Mexicana se resuelven por vía abdominal y la mayoría de estas mujeres no son sujetas a protección anticonceptiva temporal; las acciones que en planificación familiar se realizan tienden a métodos definitivos. Tomando en consideración que un elevado número de ellas son primigestas o secundigestas jóvenes que con deseos expresos de espaciar sus embarazos, deberá brindarseles un método anticonceptivo eficaz que no interfiera con la lactancia y permita el espaciamiento de los embarazos. La planificación familiar actual tiene como objeto crear una paternidad responsable, entendiéndose a esta como el deseo y la convicción de engendrar en forma libre y consciente el número de hijos que se desean, el de espaciar el nacimiento de los mismos de acuerdo a circunstancias particulares y de permitir una adecuada integración del núcleo familiar.

ANTECEDENTES CIENTÍFICOS :

La historia de la anticoncepción se remonta a miles de años, pues está demostrado que la necesidad para su uso ha existido toda la vida.

Así los camelleros árabes y Turcos introducían en la matriz de los animales de silla, pequeñas piedras lisas, como preparación para las travesías del desierto. Por otra parte se sospecha que esta práctica se llegó a emplear en seres humanos, ya que los datos recabados confirman que durante muchos años, pueblos primitivos utilizaron haces de cordón, espirales de hule calentado y diversos materiales desde el peltre hasta metales finos, como : platino, oro, etc.; colocados en el cérvix como procedimineto anticonceptivo en la mujer(1-2). Hipócrates en su tratado sobre " Enfermedades de la Mujer " menciona en la antigua medicina, por primera vez los pesari- os intrauterinos; pero fue hasta el siglo actual cuando se le dio mayor importancia como método anticonceptivo (2).

En 1909, Ritcher, médico polaco ideó un dispositivo formado de un nudo de seda que se introducía mediante un tallo a la cavidad uterina, sin embargo sus publicaciones fueron criticadas con severidad y nunca se tomaron en consideración (1-2). En 1920, el profesor alemán Grafenberg, basándose en las publicaciones de Ritcher sostuvo que la forma de evitar las --

complicaciones de los dispositivos era el de colocarlos -- completamente dentro de la cavidad uterina, usando primeramente anillos de seda en diferentes tamaños, sustituyéndolos posteriormente por aros de plata y oro.

Posiblemente debido a el uso inadecuado de materiales de mal diseño, con poco cuidado en sus indicaciones y en la antisepsia al aplicarlos, los dispositivos intrauterinos cayeron en desuso; sin embargo, la aplicación de los mismos continuaba efectuándose sin publicidad, Hall en América, Jackson en Inglaterra y Knoch en Indonesia aplicaban dispositivos de diversos tipos (2).

Ota en Japón seguía empleando una modificación del anillo de Grafenberg desde el año de 1934; aunque hay algunos autores que señalan a Oppenheimer el primero en emplearlo en 1959.

En este año el Dr. Ishihama dio a conocer los resultados -- favorables obtenidos en 20 mil mujeres que habían usado anillos de nylon y polietileno, siendo el Japón el primer país que reporto una estadística amplia en el empleo del dispositivo intrauterino constituido de material inerte (1-2).

En vista de estas experiencias se torno evidente la necesidad de evaluar la efectividad de los dispositivos intrauterinos por lo que se llevó a cabo en el año de 1962 en los Estados Unidos, la primera conferencia internacional de dispositivos intrauterinos originándose como consecuencia de ella " El programa estadístico cooperativo para la evaluación de dispositivos intrauterinos " (2).

Como se podrá apreciar los conceptos sobre los dispositivos intrauterinos han cambiado radicalmente desde un rechazo -- absoluto en sus inicios a una mayor aceptabilidad en la época actual, mediante una información efectiva, logrando con lo anterior una población altamente receptiva y como consecuencia de lo mencionado una disminución significativa de las tasas de fecundidad de la población femenina en edad reproductiva (3-4).

Por otra parte, son escasos los reportes en la literatura médica sobre la aplicación de DIU transcervicaria. En nuestro país el Dr. Rafael González Ramírez y Col. del hospital "Dr. Ignacio Morones Prieto" del IMSS de Monterrey, N.L., publicó el año de 1980, sus resultados en 55 casos de 120 en los que se aplicó con la mano el asa de Lippes D de filamento largo a través de la histerotomía durante la cesárea, en el fondo de la cavidad uterina. A un grupo se le fijó el DIU al miometrio con un punto en cruz de cadgut y a otro grupo se le dejó el DIU libre en la cavidad uterina; sus resultados los presentó en valores porcentuales, lo que no permitió compararlo con las tasas de eventos reportados para el DIU postplacenta; solo reportó 5 casos de " endometritis " como complicación relacionada con el procedimiento pero no necesariamente atribuida al dispositivo intrauterino.

En otro estudio realizado también en México en el hospital de

Gineco-obstetricia # 3, del IMSS (5); se reportaron los resultados de la aplicación transcesárea del DIU ML Cu 250 en 154 mujeres. La frecuencia de extracción relacionadas con el método fue de 2.6% en los primeros 8 días y de 7.1% para los siguientes hasta los 2 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.

Recientemente se a publicado (6) que las tasas de expulsión en un grupo de 52 mujeres chinas a quienes se les aplico transcesárea la T delta y el asa de Lippes delta, fueron menores que las observadas en 147 mujeres controles a quienes se les colocaron estos DIUs en el período postplacenta.

No encontraron diferencia en las tasas de extracción y embarazo entre los grupos y no se presento ningun caso de perforacion ni de infeccion.

Ya que practicamente no se cuenta con bibliografía que apoye o descarte el uso del DIU transcesárea; puesto que puede ser un medio propicio que aumente las complicaciones, aunado a su descrédito por las expulsiones e infecciones; existe por esta razón inquietud legítima para su utilización (7-8-9).

OBJETIVO FUNDAMENTAL DEL ESTUDIO :

Considerando que la aplicación del DIU transcesárea es poco frecuente, porque el médico ginecobstetra no está convencido aún de este método para la planificación familiar de los embarazos de alto riesgo que terminan en una operación cesárea, probablemente por el desconocimiento de la morbilidad temprana o tardía, de las ventajas o desventajas que ofrece en forma real el método. Se hace indispensable la investigación de este método en nuestro medio, lo que proporcionará beneficios en forma directa a este tipo de pacientes, y a los médicos ginecobstetras que tendrán conceptos y experiencias previas un tanto equivocadas a falta de información actual.

H I P O T E S I S :

- H_1 : Cuando el dispositivo intrauterino transcesárea es aplicado correctamente el índice de complicaciones durante la estancia hospitalaria de las pacientes, debe ser igual que en las pacientes sometidas a operación cesárea sin aplicación de dispositivo intrauterino.
- H_0 : La aplicación del dispositivo intrauterino transcesárea eleva significativamente las complicaciones del puerperio postquirúrgico.

MATERIAL Y METODOS:

Material .- Constituido por 100 pacientes que fueron sometidas a operación cesárea, dividiéndose en 2 grupos:

GRUPO I ó PROBLEMA .- Incluye 50 pacientes a las cuáles se les aplicó el dispositivo intrauterino transcesárea.

GRUPO II ó TESTIGO .- Incluye 50 pacientes a las cuales NO se les aplicó el dispositivo transcesárea. Este grupo servira para establecer la morbilidad inherente a la operación cesarea.

Los criterios de inclusión de dichos grupos fueron:

- 1.- Toda aquella paciente sometida a operación cesárea en forma programada.
- 2.- Que se encuentre en edad reproductiva.
- 3.- Que el producto de el embarazo sea único y este vivo.
- 4.- Que presente la primera o segunda cesárea solamente.
- 5.- Sin procesos infecciosos clínicamente demostrables.
- 6.- Que no presenten enfermedades sistémicas.
- 7.- Que no presenten complicaciones anestésicoquirúrgicas - transoperatorias graves.
- 8.- Que no presente alguna contraindicación para la aplicación del dispositivo intrauterino.

Criterios de exclusión :

- 1.- Corioamnicitis.
- 2.- Inserciones anormales de placenta .
- 3.- Sobredistensión uterina (polihidramnios, embarazo múltiple, etc.) .
- 4.- Hipotonía uterina .
- 5.- Anomalías de cavidad uterina.
- 6.- Todas las pacientes que no cumplan con los criterios de inclusión.

Características del dispositivo intrauterino empleado : Tcu 220 , de filamento largo.

Dicho dispositivo tiene forma de " T " ; cuya estructura es de polietileno, con un contenido de 20% de sulfato de Bario. Su rama horizontal mide 32 mm y la vertical 38 mm y el diámetro de ambas ramas es de 1.55 mm. El cobre se encuentra distribuido en 5 " camisas " cilíndricas, distribuidas en la siguiente forma : 2 en la rama horizontal y 3 en la rama vertical; conteniendo 503 mg de metal puro, del cual se liberan aproximadamente 25.7 microgramos al día. Del extremo caudal de la rama vertical se desprende un monofilamento de polietileno de 30 cm. de longitud.

Los medios de cultivo utilizados para la toma de aerobios y anaerobios tanto de cavidad uterina como cervicovaginales - fueron:

Para aerobios el denominado BHI (infusión de cerebro-corazón) y solución fisiológica; sembrándose posteriormente en : EMB (azul de metileno y socina), Gelosa sangre, Agar chocolate, 110 o manitol, y medio de Biggys.

Para anaerobios se utilizó medio de cultivo de Cooked meat - con hemina y menadiona.

La valoración de manifestaciones clínicas patológicas secundarias al método se realizaron en base a :

1. edad de los pacientes.
2. Antecedentes gineco-obstétricos.
3. método anticonceptivo previo.
4. Tiempo de estancia y número de tactos efectuados en la sala de labor.
5. edad gestacional del embarazo.
6. Indicación de la operación cesárea y duración de esta.
7. Complicaciones durante la operación cesárea.
8. Valoración de la permeabilidad cervical.
9. Complicaciones intrahospitalarias.
10. Antibióticos utilizados u otro tipo de medicamentos.

Métodos .- A las pacientes que se les efectuó operación cesárea programada en el preoperatorio inmediato se les tomarón cultivos cervicovaginales para gérmenes aerobios y anaerobios. Durante la operación cesárea inmediatamente después del alumbramiento y limpieza de la cavidad uterina , bajo la acción de occitocina intravenosa; se tomarón cultivos para gérmenes aerobios y anaerobios de el sitio donde se colocó el dispositivo intrauterino ,Fcu 220, aplicándose este con pinzas forcester en el fondo uterino; desliándose los filamentos guías de este, envueltos cuidadosamente en una gasa por el orificio cervical previa valoración de la permeabilidad del cérvix y teniendo pfección de no mover el dispositivo del sitio de colocación. La gasa se rescato al termino de la cirugía por via vaginal.

En el postoperatorio inmediato se valorarón : la involución uterina, hemorragias, expulsiones, extracciones accidentales del dispositivo, o cualquier otro dato que alterara la evolción normal de las pacientes en puerperio postquirúrgico; -siguiendo la evolución clínica de ellas hasta darse de alta de la unidad.

ANALISIS DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS :

Durante el estudio se excluyeron 5 pacientes del grupo I ; y 12 pacientes del grupo II, las cuales no cumplieron con alguno de los criterios de inclusión. Los datos fueron obtenidos por interrogatorio directo y/o por el expediente clinico.

E D A D :

En el cuadro numero 1, se observa que el mayor numero de casos estuvo comprendido entre los 21 a 30 años(67.4%) de los grupos estudiados; el 22.8% de las pacientes fueron menores de 20 años lo que evidentemente aumenta el riesgo reproductivo.

CUADRO # 1 .

EDAD	GRUPO I	GRUPO II	TOTAL	%
15 - 20	14	5	19	22.8%
21 - 30	26	30	56	67.4%
31 - 40	5	3	8	9.6%
TOTAL	45	38	83	100.0%

ANTECEDENTES GINECO - OBSTETRICOS :

Dentro de estos cabe mencionar que el porcentaje mayor de gestaciones se encontró en el grupo de las primigestas que representan el 44.5% de ambos grupos. En las pacientes de riesgo elevado en las cuáles se resuelve el embarazo por operación cesárea y que en nuestro hospital por ser de alta especialidad sucede en el 47% de los nacimientos, la colocación del DIU transcesárea es el método de elección, sobretodo para aquellas pacientes que no teniendo contraindicación para su uso y que no hayan satisfecho su paridad desean espaciar sus embarazos.

Teniendo en cuenta que el 55 % de las pacientes de ambos grupos habian presentado una cesarea anterior y que el 9.6% presentaron antecedentes resientes de una cicatriz uterina no consolidada, lo que aumenta el riesgo de dehiscencia y por lo tanto indica la repetición de la cesarea. Aun mas, se debe reflexionar si a estas pacientes con antecedentes de cesarea que constituyen mas de la mitad de ambos grupos se les hubiese aplicado el DIU transcesárea en el nacimiento anterior, posiblemente hubiera disminuído el riesgo reproductivo intergenesico. Cuadro # 2 .

Sea como fuere la realidad es que existe una tendencia actual nacional y mundial a incrementarse el porcentaje de cesárea

condicionado en parte por el avance en los recursos tecnológicos actuales que corroboran el riesgo materno - fetal .
 Por esta razón se debe reflexionar e implementar en los -
 hospitales de alta especialidad el lugar que ocupa la aplicación del dispositivo intrauterino transcesárea como método anticonceptivo.

CUADRO # 2 .

GESTAS	GRUPO I	GRUPO II	TOTAL	%
G I	20	17	37	44.5%
G II	18	13	31	37.3%
G III	5	5	10	12.0%
ó más	2	3	5	6.0%
TOTAL	45	38	83	100.0%

METODO ANTICONCEPTIVO PREVIO :

Dentro de los antecedentes de anticoncepcion previa se encontro que el 32.5% de las pacientes de ambos grupos habia utilizado algun metodo de planificacion familiar de los cuales los mas utilizados fueron los hormonales bivaldo y el DIU , en periodos no mayores a 2 años.

Por otra parte el 67.4% de las pacientes de ambos grupos no utilizo anticoncepcion previa. Cuadro # 3 .

CUADRO # 3 .

	GRUPO I	GRUPO II	TOTAL	%
CON METODO	15	12	27	32.5%
SIN METODO	30	26	56	67.4%
TOTAL	45	38	83	100.0%

INFECCION CERVICOVAGINAL PREVIA :

El 22.8% de las pacientes de ambos grupos presentó leucorrea irritativa en algun momento de la gestación, aplicándoseles tratamientos sin corroboración bacteriológica; la gran mayoría refirió que nunca se les efectuó exámenes de exudado - cérvicovaginal para la aplicación de éste. Siendo los tratamientos más utilizados el metronidazol, nistatina y nitrofurazona en óvulos, pomadas o tabletas vaginales.

El 37.3% presentó leucorrea no irritativa, no aplicándoseles ningún tratamiento, ni exudado cérvicovaginal.

El 39.7% de las pacientes de ambos grupos refirió no haber presentado leucorrea; y/o carecía de información el expediente clínico. Cuadro # 4 .

CUADRO # 4 .

	GRUPO I	GRUPO II	TOTAL	%
LEUCORREA IRRIT.	11	8	19	22.8%
LEUCORREA NO IRRITATIVA	19	12	31	37.3%
SIN DATOS	15	18	33	39.7%
TOTAL	45	38	83	100.0%

EDAD GESTACIONAL :

En ambos grupos el 89.1% de los embarazos llegó a término - aparentemente sin complicaciones. En 3 de las pacientes - (3.6%) el embarazo fué interrumpido antes de la 36 semana de gestación; en un caso por presentar datos de isoimmunización materno fetal; en otra, por presentación pélvica y ruptura - prematura de membranas de 2 hrs. de evolución; y en la tercera por situación transversa y trabajo de parto prematuro el cual no fue posible inhibir.

En 6 pacientes (7.2%) la interrupción del embarazo fue por - postmadures y baja reserva fetal. Cuadro # 5 .

CUADRO # 5 .

EDAD GESTACIONAL	GRUPO I	GRUPO II	TOTAL	%
MENOS DE 38 sem.	1	2	3	3.6%
DE 38 a 42 sem.	42	32	74	89.1%
MAS DE 42 sem.	2	4	6	7.2%
TOTAL	45	38	83	100.0%

DIAGNOSTICO PREOPERATORIO :

En el cuadro # 6, se ponen en orden de frecuencia las indicaciones de cesárea, y se puede observar que el mayor número de casos corresponde a la desproporción cefalopélvica en 1er. lugar. Este es un fenómeno esperado pues la mayoría de los reportes publicados de cesárea aparece este hallazgo y lo corrobora en nuestro medio el trabajo de González y Col. (10).

En segundo lugar de nuestros grupos encontramos el periodo intergenesico corto y cesarea anterior en el 9.6%, lo cual nos traduce la necesidad de brindar un metodo adecuado a estas pacientes para espaciar sus embarazos en pro del bienestar materno fetal. El tercer lugar es ocupado por la presencia de baja reserva fetal en el 8.4%, pensando que este se incrementara día a día por las modernas técnicas de diagnóstico perinatal que existe en la actualidad.

En menor proporción, pero no con menos importancia encontramos la presentación pélvica (6%), la primigesta añosa (6%), la isoimmunización materno fetal (3.6%), las transversas (2.4%).

CUADRO # 6 .

INDICACION POR ORDEN DE FRECUENCIA DE LA INTERRUPCION DEL
EMBARAZO POR VIA ABDOMINAL .

	GRUPO I	GRUPO II	TOTAL	%
DESPROPORCION CEFALOPELVICA	23	27	50	60.2%
PERIODO INTERGENE- SICO CORTO .	6	2	8	9.6%
BAJA RESERVA FETAL	4	3	7	8.4%
PRESENTACION PELVICA	5	0	5	6.0%
PRIMIGESTA ANOSA	4	1	5	6.0%
ISOINMUNIZACION MATERNO-FETAL	1	2	3	3.6%
SITUACION TRANS- VERSA	2	0	2	2.4%
OTROS	0	3	3	3.6%
TOTAL	45	38	83	100.0%

EXPLORACIONES EFECTUADAS :

Dentro de estas, encontramos que el 13.2% de las pacientes de ambos grupos se les efectuó de 1 a 2 tactos durante su estancia en la sala de labor; 50% de nuestros grupos se les efectuó de 3 a 4 tactos; así como el 36.1% de 5 o más tactos. Esta valoración va directamente relacionada con el diagnóstico preoperatorio indicativo de la cesárea; ya que a un buen número de pacientes que presentaron desproporción cefalopélvica se les permitió iniciar una prueba de trabajo de parto con la finalidad de disminuir el índice de operación cesárea no justificada. Cuadro # 7 .

CUADRO # 7 .

No. DE TACTOS	GRUPO I	GRUPO II	TOTAL	%
DE 1 a 2 tactos	4	7	11	13.2%
DE 3 a 4 tactos	23	19	42	50.0%
DE 5 a MAS .	18	12	30	36.1%
TOTAL	45	38	83	100.0%

Así mismo, al momento del tacto se valoró la permeabilidad cervical en el preoperatorio inmediato, encontrándose que el 38.5% de las pacientes de ambos grupos presentó de 0 a 1 cm., de dilatación; el 27.7% de 2 a 4 cm.; el 24% de 5 a 7 cm.; y el 9.6% de 8 a 10 cm. Al igual que la valoración anterior la permeabilidad cervical estuvo en relación directa con el motivo de la cesárea. Cuadro # 8 .

CUADRO # 8 .

PERMEABILIDAD CERVICAL	GRUPO I	GRUPO II	TOTAL	%
De 0 a 1 cm.	18	14	32	38.5%
De 2 a 4 cm.	14	9	23	27.7%
De 5 a 7 cm.	8	12	20	24.0%
De 8 a 10 cm.	5	3	8	9.6%
TOTAL	45	38	83	100.0%

TECNICA ANESTESICA :

En todas las pacientes la anestesia aplicada fue el bloqueo peridural, no presentándose insidentes o accidentes durante o posterior a la cirugía por esta causa.

TECNICA QUIRURGICA :

En ambos grupos no se reportan complicaciones o accidentes - trans o postoperatorios. El tiempo quirúrgico en promedio fue de 45 min. Y la histerotomía efectuada en todas las - pacientes fue de tipo Kerr.

TECNICA DE APLICACION DEL DISPOSITIVO.

En lo referente a la técnica de aplicación no se reportaron dificultades para aplicar el DIU transcesárea; esto tal vez debido a que su aplicación durante el acto quirúrgico se efectúa a cielo abierto y no se requiere demasiada manipulación por el cirujano, tanto para dejarlo en el fondo uterino como para sacar los hilos guías por vía transcervical.

TRATAMIENTO MEDICO POSTOPERATORIO :

En el 72.2% de las pacientes de ambos grupos no recibieron ningun tratamiento antibiotico postoperatorio. Mientras que el 27.7% recibieron antibiotisoterapia con ampicilina o gentamicina; de las cuales el 19.2% no tenían indicación o justificación precisa para la aplicación de los antibióticos.

Quadro # 9 .

CUADRO # 9 .

	GRUPO I	GRUPO II	TOTAL	%
SIN TRATAMIENTO MEDICO .	31	29	60	72.2%
CON TRATAMIENTO MEDICO .	14	9	23	27.7%
TOTAL	45	38	83	100,0%

RESULTADOS DE LOS CULTIVOS .

Se efectuaron solamente 37 tomas para cultivo de aerobios los cuales reportaron : en 26 pacientes negatividad; en 6 pacientes *Candida albicans* y en 5 tricomonas vaginalis.

No fue posible obtener muestras de mas pacientes por la dificultad técnica para la toma de los productos y su envio a los laboratorios de bacteriología.

Por otra parte, de las 37 tomas para cultivo de anaerobios solo se reportaron 25 resultados, los cuales fueron negativos o dudosos; ya que la mayoría de tomas se encontraron contaminadas por aerobios, debido a la dificultad técnica de la obtención de las muestras.

EVOLUCION Y COMPLICACIONES :

Durante los días de hospitalización, en promedio de 4.5 días; en los que se valoro la evolución clínica de las pacientes - solo se encontraron 2 casos de deciduomimetritis en el grupo II. El primer caso presentó hipertermia hasta de 39° , a las 48 hrs. de postoperatorio, con subinvolución uterina y loquios fétidos; por lo que se le trato con penicilina sodica cristalina, gentamicina y ergonovínicos, dándose de alta con evolución satisfactoria al décimo día postoperatorio.

El segundo caso, presentó hipertermia hasta 38°, unido a -
loquios fétidos, a las 72 hrs. de postoperatorio; tratándo-
se con ampicilina intravenosa, evolucionando satisfactoriamente
te hasta el día de su egreso al séptimo día de hospitalización.

DISCUSION:

A pesar de que el grupo I de nuestro estudio no presentó morbilidad intrahospitalaria; y que en el grupo II, sólo se encontraron complicaciones en 2 pacientes; debido quizás a la estricta selección de nuestros grupos, nos queda la duda al igual que muchos autores, de que la presencia de un dispositivo intrauterino estéril colocado en una cavidad aparentemente aseptica pueda ser la causa de complicaciones infecciosas, o si ya existía una infección latente al momento de la aplicación ya que estudios previos en nuestro hospital han demostrado aumento de la contractilidad uterina en mmHg lo que seguramente favorece la expulsión de coágulos que sirvan de medio de cultivo para aumentar el problema .(10-11-12)

Pensamos que las complicaciones estan directamente relacionadas con el uso racional y un criterio adecuado en la selección de los pacientes.

El riesgo reproductivo elevado, la selección de las indicaciones de la cesárea, la técnica quirúrgica depurada, el seguimiento personal de la usuaria con criterio clínico adecuado, ecconografía para la visualización de la colocación correcta del DIU, los estudios bacteriológicos seriados y la capacidad resolutive que afronta el ginecoobtetra seran parametros obligados a observar para disminuir las complicaciones tempranas o tardías.

Sin embargo, la desconfianza en la aparición de cualquier dato de inflamación pélvica debe estar presente en la mente del ginecoobstetra.

La aplicación del dispositivo intrauterino transcervical es un procedimiento controvertido en la actualidad, por existir -- pugna entre escuelas de diferente ideología, que en realidad no tienen una base firme para asegurar o descartar que el DIU sea el causante de las complicaciones en forma directa .(10-13).

La realidad de la baja cobertura que existe en las pacientes sometidas a cesarea con un método anticonceptivo temporal que tenga continuidad, efectividad, sin efectos sistémicos, y el temor o falta de convencimiento del médico que piensa que no es el momento oportuno para su aplicación es lo que aumenta el riesgo reproductivo de los embarazos subsiguientes.(14)

Los reportes y resultados son escasos y controvertidos de tal manera que información bacteriológica que se obtuvo en este trabajo no nos permite hacer un juicio crítico, pero si tener la intención de sembrar inquietudes que conlleven a efectuar una vivencia personal para que cada médico se forme un criterio propio.

Este mensaje es en base a las pocas complicaciones y el gran beneficio que se le puede brindar a una paciente obstétrica de alto riesgo, con un riesgo reproductivo elevado sin con-

traindicación para la aplicación de este DIU y que muy probablemente como es usual que acurra en nuestra institución no regresen para la cobertura del método ideal, si no es por un nuevo embarazo o por una complicación del puerperio. (13)

Por lo tanto pensamos que el perfil de esta paciente postcesárea que no tiene un método anticonceptivo temporal ideal hace necesario reflexionar acerca de la aplicación de un DIU transcesárea con el cual además de brindar un beneficio para la aplicación anticonceptiva durante la lactancia sin alterar su fisiología sistémica, puede dar oportunidad de una mayor conocimiento del problema para que el médico de mayores servicios y satisfactores para el núcleo familiar de la usuaria y mayor beneficio en la relación materno infantil.

Al no obtener morbilidad en el grupo problema, en relación con el 3.3% de infecciones que se obtuvo en un trabajo anterior en este hospital comparativamente con el 0.6% reportado por el Dr. Castelazo en 1982. (15-16); demostramos que el criterio de selección de pacientes a las que se les aplicó DIU transcesárea, a mejorado notablemente; consecuentemente esto se traducirá en mayor aceptación del método, por el médico el cual no desea tener complicaciones secundarias a la colocación de un dispositivo intrauterino transcesárea.

No se encontrarán expulsiones o retiros durante la estancia de las pacientes en el hospital.

Por se un estudio prospectivo, no contamos aun con el seguimiento posterior de las pacientes para verificar otro tipo de efectos secundarios o complicaciones, como : traslocación del DIU, inflamación pélvica, infecciones , hemorragias, dismenorrea, dispareunia, o fallas del método.

CONCLUSIONES :

1. Las pacientes postcesarea, NO tienen un método anticonceptivo temporal adecuado para el control de la fecundidad.
2. En nuestros resultados, el mayor número de pacientes se encontró en la 3a. década de la vida, siendo el 44.5% primigestas; lo que limita el uso de métodos anticonceptivos definitivos.
3. El 67.4% de las pacientes no tenían información previa, ni habían usado algún método anticonceptivo .
4. Si bien la leucorrea se considera un síntoma fisiológico del embarazo, puede enmascarar a la leucorrea patológica-agregada de origen microbiano o parasitario, observada en el 22% de nuestros casos.
5. El mayor porcentaje de las indicaciones de operación cesárea fue la desproporción cefalopélvica, por lo que puede utilizarse un dispositivo intrauterino trascesárea.
6. Que equivocadamente se piensa que el DIU, pueda ser un vehículo de infección, por lo que se subestima el papel tan importante que puedan tener los tactos repetitivos.
7. Que en el grupo problema y en el grupo testigo se administraron antibióticos profilácticos en una proporción semejante.

8. Las complicaciones observadas fueron de tipo inflamatorio en 2 pacientes del grupo testigo.
9. Se puede concluir que la aplicación del DIU transcesúrea es un buen método de control de la fecundidad que ofrece: facilidad y seguridad en su aplicación, no interferir en la lactancia o en la involución del tracto genital, una frecuencia baja de efectos colaterales, no presenta repercusiones sistémicas, una eficacia contraceptiva óptima; - además de evitar la pérdida de tiempo que significaría a la paciente el tener que retornar a su clínica para que se le proporcione un método de regulación de la fecundidad; y evitar un nuevo embarazo durante el intervalo que transcurre entre su alta hospitalaria y su control puerperal.

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

1. Rodríguez A.J.; Tobias A.G.: Experiencia con el uso de los dispositivos intrauterinos. Anuario de actualización en - Medicina, Planificación Familiar, IMSS. año 1973.
2. Ruiz-Velasco, V.: Aspectos prácticos de los métodos de - Planificación Familiar. Ed. Mendez Oteo. Mex. 1978.
3. Gastadot, G.: Postpartum contraceptive methods. Int. J Gynec. Obstet. Vol. 12, pag. 187, año 1974.
4. Guilleband, J.: The safety of intrauterine devices. Studies in family planning. Vol. 10, pag.174, año 1979.
5. Ruiz - Velasco, V.; Garcia, G., Castro, H. : Cesarean - section IUD insertion. Contracept. Deliv. Syst. 3:21, 1982.
6. Piac. Product information memo. 7: (1)2, 1984.
7. Chi Ic, Belogh S. : Interval insertion of intrauterine - device in Women with previus cesarean section. Contraceptiva 30 (11) sept. 1281-2 : 1984.
8. Chi Ic, Zhou Sw. : Postcesarean section insertion of intrauterine devices. Am. J. Public Health 74 (11)1261 -2 nov. 1984.
9. Chung Hua Fu, Chan Kotesa : Preliminary observation on The use of intrauterine devices after cesarean section (A report of 735 cases) China, Enc. 20 (1) 40-50, 61; 1985.

10. González Ramírez: Inserción de dispositivos intrauterinos transcesarea. Ginec. Obstet. Mex. Mar. 47 (281) 163 - 7 : 1980.
11. Liu Eh, Zhan Ly ; Intrauterine contraceptive devices insertion with fixation al cesarean section. China Med. J. 96 (2) Feb. 141 - 4; 1983.
12. Martínez, L.; La T postparto un contraceptivo intrauterino para el puerperio inmediato. Ginec. Obstet. Mex. 320 - 51; 1983.
13. Montes Reyes, Jose : Dispositivo transcesarea en area - rural. Tesis para obtener el título en la especialidad de Ginecología y Obstetricia. HGO 3, CMR. 1986.
14. Reynoso, L.: Aplicacion postplacenta de 5 tipos diferentes de dispositivos intrauterinos. Ginec. Obstet. Mex. 320:51; 1983.
15. Alaniz Sánchez, Alfredo: Eficacia y efectos colaterales del DIU Transcesárea. Tesis para obtener el título en la especialidad de Ginecología y Obstetricia. HGO3. CMR. 1987.
16. Castelazo, J.M.; Palomino, L. : Diu tras el alumbramiento, frecuencia de expulsión y morbilidad puerperal. Rev. Med. INSS. 6, 20 : 1982.