

Artículo original

Dispositivo intrauterino transcesárea con ruptura prematura de membranas. Informe preliminar

Alfredo Alaniz Sánchez,¹ Abelardo Acuña Bernal,¹ Francisco Javier Degollado Bardales,¹ Roberto Huergo García,¹ Héctor Hernández García,¹ José Montes Reyes¹

¹Hospital de Ginecología y Obstetricia "Tlatelolco" IMSS

Resumen

Se aplicó el dispositivo intrauterino (DIU) transcesárea a 50 pacientes con antecedentes de ruptura prematura de membranas (RPM) de menos de 12 horas de evolución. En todas las pacientes, después del alumbramiento se realizó revisión de cavidad uterina en forma profiláctica y si no existían datos de corioamnionitis, se colocó un DIU modelo T 380 A en forma libre, sacando los hilos guía en forma retrógrada transcervicalmente hasta la vagina y, al finalizar el acto quirúrgico, los hilos del DIU se cortaron a nivel cervical para asegurarse que el DIU aún permanecía *in situ*. Todas las pacientes recibieron antibióticos.

En el puerperio inmediato y tardío la morbilidad fue de dos casos con inflamación de la decidua (4.6%); hubo tres expulsiones y a cuatro pacientes se les retiró el DIU por metrorragia. Se excluyeron siete pacientes. La estancia hospitalaria fue de 3.37 días en promedio y se realizó un seguimiento de seis meses con buen resultado en el 86%.

Palabras clave: Operación cesárea, ruptura prematura de membranas, dispositivo intrauterino.

Summary

During cesarean section an intrauterine device (IUD) was applied in 50 cases, all of whom diagnosed with premature rupture of membranes (PROM), less than 12 hours of evolution. After delivery, a prophylactic revision of the uterine cavity was made, and when no signs of chorioamnionitis were found a copper T 380 A intrauterine device was placed, the guides of which were taken through the cervix to the vagina. After the procedure it was certified that the IUD remained *in situ* and the guides cut at the cervix level. All patients received antibiotic therapy.

In the middle and late puerperium two cases showed evidence of decidual inflammation (4.6%). Three devices were

thrown out, and in four patients the IUD was retired due metrorragies. Seven cases were excluded. The mean hospital stay was of 3.37 days and a follow-up of six months revealed good results in 86%.

Key words: Cesarean section, Premature rupture of membranes, intrauterine device.

Introducción

La anticoncepción tiene sus antecedentes en la medicina árabe. Hacia el siglo XVI, los nómadas del desierto introducían guijarros en la cavidad uterina de los camellos para evitar la concepción antes o durante las travesías por el desierto.^{1,20}

La aplicación del dispositivo intrauterino (DIU) durante la operación cesárea fue descrita por primera vez por Zervazy en 1967^{1,13} y después de un prolongado período fue revalorizado en México^{1,5,15,17} y por investigadores de otros países.^{3,4,6,9,10}

Los diferentes tipos de dispositivos han variado con el tiempo y el interés de su uso se revivió gracias a que a finales de la década de los 60 se introdujo un plástico flexible e inerte, el polipropileno.¹

En el momento actual se está en la segunda generación de los DIU's,¹⁹ los cuales llevan medicamentos y tienen una configuración en "T" con cobre enrollado tanto en su rama horizontal como en la vertical y de acuerdo a la cantidad de cobre se le designa con un número.¹⁸⁻²⁰

Teniendo en cuenta el incremento en la última década de la operación cesárea, que se calcula en un 15 a 40% según informes de la literatura,² es importante dar cobertura anticonceptiva durante el acto quirúrgico, pero desafortunadamente los informes son escasos y los resultados controvertidos.^{2,7}

La protección anticonceptiva en la cesárea es baja aun cuando este método (DIU) permite el inicio y mantenimiento de la lactancia, espacia el período intergenésico, asegura un mayor porcentaje de anticoncepción, baja la morbilidad y da una adecuada continuidad del método.^{2,19,20}

Un punto a destacar es que, debido tal vez a aspectos de responsabilidad médico-legal, se generaron demandas y discontinuidad en 1986 de los DIU's en los Estados Unidos.^{14,19,20} En 1988 la FDA aprobó un nuevo DIU para su mercado, el T 380 A¹⁴ y en México de acuerdo a sus normas es el que se está aplicando.¹⁸

En cuanto al DIU transcesárea con ruptura prematura de membranas corioamnióticas no hay informes en el ámbito internacional y a nivel nacional existen menciones aisladas.^{1,2,5,16}

Es de importancia conocer si la ruptura prematura de membranas corioamnióticas con evolución menor a 12 horas puede ser aplicado el DIU sin provocar mayor morbilidad. Por eso surge la pregunta si en las pacientes que presentan alto riesgo obstétrico se les debe o no aplicar el DIU.

Material y métodos

El presente estudio se llevó a cabo en el Hospital de Ginecología y Obstetricia "Tlatelolco" del Instituto Mexicano del Seguro Social. Es un estudio prospectivo y longitudinal entre el 30 de enero de 1995 y el 1o. de enero de 1996, se seleccionaron 50 pacientes en base a los criterios de inclusión y exclusión del protocolo de investigación.

Las pacientes seleccionadas fueron informadas sobre los efectos posibles de la aplicación del DIU transcesárea en casos de ruptura de membranas y aceptaron participar voluntariamente dando su consentimiento por escrito. Se tuvieron en cuenta las normas establecidas del subcomité de investigación de la unidad para la realización del estudio.

Con la técnica habitual para la realización de una operación cesárea, todas ellas recibieron anestesia del tipo bloqueo peridural y se empleó una incisión media infraumbilical. Posterior al alumbramiento se efectuó limpieza de la cavidad uterina en forma digitotextil, valorando datos para descartar corioamnioitis, y se aplicó el DIU T de cobre mo-



Figura 1. Aplicación del dispositivo intrauterino en el fondo uterino.

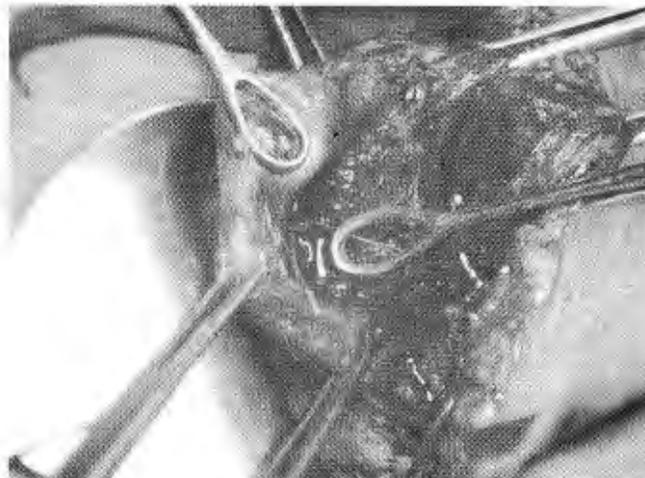


Figura 2. Salida retrógrada de los hilos guías del DIU transcervicalmente.

delo 380 A de filamento largo, el cual se colocó manualmente o con pinza de Foerester en el fondo uterino en forma gentil, a continuación los hilos se introdujeron vía retrógrada con las mismas pinzas a través del canal cervical llegando a vagina, descartando dicha pinza posteriormente del campo operatorio (figuras 1 y 2). El DIU quedó libre en la cavidad uterina y a continuación se efectuó la histerorrfaia teniendo cuidado de que no se tomen o fijen los hilos guías del DIU en el primer plano. Al término del acto quirúrgico se cortaron los hilos guías del DIU por vía vaginal para verificar que no se expulsó con los coágulos y visualizar su presencia *in situ*.

Resultados

La edad fue de 17 a 34 años, con una edad promedio de 25.37 años, es decir todas en edad fértil. La menarca fue en promedio de 13.32 años y el ciclo menstrual de 30.51 x 4.34 días. De ellas 31 fueron primigestas, 8 segundigestas y 4 trigestas.

El rango para el inicio de su vida sexual fue entre 15-31 años con un promedio de 21.16 años, mencionando un compañero sexual en 42 casos, y dos compañeros sexuales en un caso. En cuanto al antecedente de infección en el periodo prenatal, 13 tuvieron infección de vías urinarias y 15 con infección vaginal inespecífica, recibieron tratamiento adecuado. A 40 pacientes se les llevó control prenatal con un promedio de consultas de 6.32 y en tres pacientes no se llevó control del embarazo.

La edad gestacional al momento de la cesárea fue calculada entre las 36 a 42 semanas según la última menstruación, con un promedio de 39.94 semanas. El rango de tactos efectuados durante la exploración vaginal fue de 0 a 8 con un promedio de 3.13.

En 10 pacientes se encontró que el líquido amniótico era de características meconiales y en todas ellas la cavidad uterina fue eutérmica. Se excluyeron del estudio siete pacientes por abandono y proporcionar dirección y número telefónico incorrectos en las que no se pudo llevar a cabo buen seguimiento.

Cuadro 1. Dispositivo intrauterino transcesárea con ruptura prematura de membranas corioamnióticas.

Horas de latencia	No. de pacientes
1-3	9
4-6	18
7-9	9
10-12	7
Total	43

Con promedio de 6 horas de latencia

Cuadro 2. Dispositivo intrauterino transcesárea con ruptura prematura de membranas corioamnióticas.

Dilatación cervical	No. de pacientes
Sin dilatación cervical	6
1 cm.	21
2 cm.	8
3 cm.	5
4 cm.	2
10 cm.	1
Total	43

La dilatación cervical promedio de 1.89 cm el momento de la cesárea

Cuadro 3. Dispositivo intrauterino transcesárea con ruptura prematura de membranas corioamnióticas.

Indicación de la operación	No. pacientes
1. Cérvix desfavorable a inducto-conducción	18
2. Sufrimiento fetal agudo	7
3. Desproporción céfalo-pélvica	6
4. Presentación pélvica	4
5. Primigesta añosa	3
6. Cesárea previa	2
7. Trabajo de parto estacionario	1
8. RPMC	1
Total	43

Cuadro 4. Dispositivo intrauterino transcesárea con ruptura prematura de membranas corioamnióticas.

Días de estancia hospitalaria	No. pacientes
3	36
4	4
5	1
6	1
10	1
Total	43

Con promedio de 3.37 días.

La morbilidad en el puerperio inmediato y mediano fue de dos pacientes con deciduitis que ameritó retiro del DIU, antimicrobianos y vigilancia. En el puerperio tardío, para valorar la continuidad del método en base a las hojas de recolección de datos se les llamó vía telefónica o se les buscó en la dirección proporcionada al cumplir 6 meses posteriores a la cirugía; en otros casos se les citó a la consulta externa.

En 30 de ellas ya se había revisado el DIU en sus unidades de medicina familiar, tres de ellas aún portaban el DIU pero no lo habían revisado y tres mencionaron expulsión del DIU.

En otras cuatro pacientes se retiró el DIU por hemorragia uterina anormal y algomenorrea; los dos retiros del DIU por deciduitis tenían control de la fertilidad con productos hormonales orales. Otra paciente a quien se retiró el DIU se le puso otro en medio particular. En los cuadros 1,2,3 y 4 se proporcionan datos de importancia del estudio.

Comentario y conclusiones

Basándose en los resultados obtenidos en las pacientes con riesgo obstétrico, observamos que en la ruptura prematura de membranas corioamnióticas con evolución menor a 12 horas, la aplicación del DIU transcesárea puede considerarse como una indicación relativa, si estas pacientes son seleccionadas y se cubren con antimicrobianos antes, durante y posterior a la cirugía, ya que no les condicionó otro tipo de morbilidad.

Pese al antecedente de ruptura prematura de membranas y el que se llevaron los hilos guías del DIU hasta la vagina no hubo casos de la dehiscencia de la herida quirúrgica.

El DIU como material inerte y estéril en su aplicación no provocó mayor morbilidad que la operación cesárea por sí sola, las pacientes que tuvieron deciduitis tenían ambas más de 12 horas de RPM y se les hicieron múltiples tactos.

Con un seguimiento de seis meses se observó que el DIU se toleró bien el 86% de los casos y que la morbilidad en el puerperio inmediato, mediano y tardío fue apenas del 4.6% para la infección y de 16% para los trastornos menstruales del tipo metrorragia y las expulsiones.

Esta estrategia es una modalidad que puede tenerse en cuenta si la paciente da su consentimiento informado en los programas de planificación familiar.

Referencias

- Alvarez PJ, Borbolla SM. DIU Transcesárea y sus complicaciones más frecuentes. *Ginec Obstet Mex* 1994;62:330-35.
- Guitrón CA, Muñoz PM, Martínez EG, Forsbach G, González MM. Dispositivo intrauterino transcesárea. *Ginec Obstet Mex* 1988;56:162-65.
- Chi I-C, Shou S-W, Sandor B, Katherine NG. Post-cesarean section insertion of intrauterine devices. *Am J Public Health* 1984;74:1281-2.

4. Chi I-C, Ji G, Siemens AJ, Waszad CS. IUD insertion at cesarean section. The Chinese experience. *Adv Contracept* 1986;2:145.
5. González RR, Santos MA, Villareal CHM. Inserción del dispositivo intrauterino transcesárea. *Ginec Obstet Mex* 1980 ;47 :163.
6. Van-Kets H, Thiey M, Van Der Pas H. IUD insertion during cesarean section. *Adv Contracept* 1985;1:337.
7. Lara R, Sánchez RA, Aznar R. Aplicación del dispositivo intrauterino a través de la incisión de la cesárea. *Ginec Obstet Mex* 1989;57:23-7.
8. Larry Mg, Watson WJ. Preterm premature rupture of membranes: Result of expectant management in patients with cervical cultures positive for group B streptococcus or neisseria gonorrhoeae. *Am J Obstet Gynecol* 1992;166:945.
9. Lui B-h, Zang L-y, Zang BR. Intrauterine contraception device insertion with suture fixation at cesarean section. *Chinese Med J* 1983;96:41.
10. Parikh V, Gandhi AS. Safety of cooper T as contraceptive after cesarean section. *J Indian Med Assoc* 1989;87:113.
11. Ruiz-Velazco V, García C, Castro H. Cesárea section IUD insertion. *Contracept Deliv Syst* 1982;3:211-4.
12. Silvin I, Schmidt F. Effectiveness of IUD's: A review. *Contraception* 1987;36:55-83.
13. Zervavy FM. Use of intrauterine contraceptive devices in the post partum period. *Am J Public Health* 1967;28:33.
14. ACOG Thechnical bulletin : The intrauterine devices. *Int J Gynecol Obstet* 1993 ;41 :189-93.
15. Alaniz SA, Eficacia y efectos colaterales del DIU transcesárea. Tesis para la especialidad de Ginecología y Obstetricia UNAM HGO 3 Centro Médico la Raza IMSS. 1986.
16. Lara RR, Aznar RR, Aplicación postparto y transcesárea del dispositivo intrauterino en mujeres con riesgo obstétrico. *Perinatol Reprod Hum* 1992;6:99-103.
17. Montes RJ. Dispositivo transcesárea en área rural. Tesis para la especialidad de Ginecología y Obstetricia. UNAM. HGO 3 Centro Médico la Raza IMSS 1986.
18. Diario Oficial : Respuesta respecto del proyecto de Norma Oficial Mexicana de especificaciones sanitarias del dispositivo intrauterino "T" de cobre modelo 3890 A. Miércoles 17 de abril de 1996.
19. Dispositivos intrauterinos. *Population Reports* 1988;5:1-32.
20. Dispositivos intrauterinos. *Population Reports* 1980;3:1-50.

Es obligación profesional formular algún diagnóstico para la familia o interesado, pero en términos generales, empleando por ejemplo las palabras insuficiencia, infección, tumor; a veces no lo preguntan; sin embargo, conviene dar una idea de lo que se trata, al alcance de su inteligencia. No aventurar finuras, ni detalles que puedan comprometer.

Pensar en el enfermo, sin pensar al mismo tiempo en el honorario; la razón es psicológica. Apartado uno por lo pronto del mundo, lejos de la finanza, se hace mejor clínica, pues con la cabeza limpia el trabajo se expedita, resulta mejor; después se le pone precio.

G. Castañeda