

Anticoncepción Intrauterina

Por

Dr. Jack Lippes, M. D. *

En octubre de 1960, se inició en el Centro de Planeamiento Familiar de la ciudad de Buffalo, Estado de New York, un estudio para evaluar los anticonceptivos intrauterinos. Cuando empezamos este trabajo, usamos anillos de seda hechos a mano que son modificaciones del anillo japonés de Ota. Estos anillos se insertaban con un instrumento de metal y para poder removerlos se usaba un gancho de Graefenburg, este instrumento se semeja a un crochet de tejer. Por esta razón pensé que esta era una técnica difícil y por lo tanto añadí una sutura a estos anillos, la cual colgaba a través del cuello uterino y era más fácil poderlos remover, a su vez demostraba que el anillo se encontraba en su lugar. Posteriores modificaciones de estos artefactos de contracepción intrauterina, se hicieron en los dos años posteriores hasta que llegamos a la concepción de el ASA. Este artefacto tiene la forma triangular exactamente igual a la cavidad uterina y por estar hecha de material plástico suave puede ponerse completamente derecha dentro de un tubo e inyectarla dentro de la cavidad uterina, donde recobrará su forma original.

RESULTADOS:

En el cuadro siguiente les muestro un sumario de nuestros datos clínicos que resultan de la evaluación del anillo modificado de Ota, el ASA I y el ASA II:

I—	ASA II	ASA I	Anillo de Ota
Total de inserciones	1074	592	221
Casos activos	976	247	143
Total de meses de exposición	6193	6077	4295
Embarazos	3	15	3

TASA: N° de embarazos sobre 100 mujeres años de exposición
0.6/hma. 3/hma 0.8/hma

* Director Médico del Centro de Planeamiento Familiar de Buffalo, N. Y.

II. Análisis de Descontinuidad:

Total de Inserciones		1074		592		221
Total de Inserciones						
descontinuadas	9 %	98	26 %	152	27 %	60
Expulsión	3 %	31	11 %	67	8 %	17
Hemorragia	3 %	34	4 %	25	8 %	17
Dolor	1.6 %	17	1.4 %	8	3 %	7
Temor	0.1 %	1	1.5 %	9	3 %	7
Infección	0.75%	8	0.9 %	5	0.5 %	1
Deseo de salir						
embarazada	0.4 %	4	2 %	13	1 %	2
Cirugía	0.3 %	3	0.7 %	4	1.5 %	3
Leucorrea	—	0	0.17%	1	1 %	2
Cáncer	—	0	0.17%	1	0.5 %	1
Cambio de domicilio	—	0	1.4 %	8	2 %	4
Reemplazados por ASA II a criterios de médico				193		13

III.....Biopsias de endometrio:

	Biopsias en pacientes usando Anticoncepti- vos intrauterinos	Controles (Biopsias antes de la inserción)
Reacción desidual	3	2
Endometritis	7	2
Endometrio normal se- cretorio o proliferativo	112	142
	<u>122</u>	<u>146</u>

Este estudio se hizo con la finalidad de ver si el asa tiene algún efecto carcinogénico. El único efecto notable es una evidencia de ligero aumento de endometritis microscópica, sin embargo, todos estos pacientes se encontraban clínicamente bien, ellas no han tenido fiebre o dolor. Aparentemente esta evidencia similar a la que se puede producir alrededor del material de sutura usado en la sutura de las heridas.

IV. Estudio Bacteriológico:

1.	0	0
2.	0	0
3.	0	0
4.	0	0
5.	0	0
6. Estreptococo no hemolítico.		Estreptococo y difteroides
7. B. Coli-BAerógenos - Estafilococoalbo - Estafilococo albo y		
8. B. Coli Enterococo		enterococo

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 9. B. coli y Estreptococo Viridans | Estreptococo Viridans |
| Enterococo | |
| 10. Bactenioides | Bactenioides |

20 cultivos se tomaron, de éstos 10 fueron sujetos a control y 10 en sujetos usando asas, todos ellos son cultivos intrauterinos. Por el cuadro anterior puede verse que no existe diferencia entre los controles y las que usan asas.

SUMARIO:

Hemos presentado un estudio de Anticoncepción Intrauterina con instrumentos plásticos. Por las evidencias presentadas nos parece que el asa es un métodos de anticoncepción efectivo, seguro, simple, aceptable y de poco costo.

Instrucciones para inserción del asa intrauterina

Antes de intentar la inserción del asa se debe efectuar un examen pélvico (que puede incluir el examen citológico de Papanicolau si se desea) para determinar la posición del útero, es decir para saber si está antevertido o retrovertido y además para poder detectar una posible contraindicación tal como:

- 1.—Presencia de grandes fibromas.
- 2.—Enfermedad inflamatorias de la Pelvis, aguda o subaguda (PID).
- 3.—Carcinoma.
- 4.—Embarazo.
- 5.—Historia de menorragia o metrorragia reciente, también es una contraindicación.

Es importante evitar inserciones de asas intrauterinas en presencia de cualquier clase de infecciones. Cuando se trate de la infección gonorreica, conociendo que la paciente está libre de síntomas por 6 meses es posible la inserción.

El tiempo en que se debe efectuar la inserción es preferible hacerla uno de los dos últimos días que siguen al período menstrual o a más tardar uno de los dos primeros días que siguen al período menstrual, con la finalidad de no interferir con la posibilidad de un embarazo precoz. Además hay menos posibilidad de sangrado posterior a la inserción, durante estos días. La inserción no se debe hacer antes de 60 días después del parto o de un aborto. En pacientes lactando y con amenorrea, la inserción debe hacerse 60 días o más después del parto. En pacientes que no están lactando el tiempo más conveniente es al final de la segunda menstruación después del parto.

La esterilización del asa y del tubo de inserción se puede hacer sumergiéndolos por 18 horas o más a la temperatura ambiente en una solución acuosa al 1/750 de Zephiran, Monocide, Cetyl-icide, Radiol (Cloruro de Benzalconium), el componentes de las tabletas de Cystan: es similar al cloruro de Benzalconium. LAS ASA NUNCA PUEDEN SER HERVIDAS O ESTERILIZADAS EN AUTOCLAVE.

Para asegurarse que el asa se encuentra colocada en el plano frontal del útero (sea a la derecha o a la izquierda), el tubo de inserción, cuya sección transversal es ovalada y el diámetro mayor está indicado por dos indicadores o rebordes. Cuando el asa se va a introducir dentro del útero, el diámetro mayor del tubo de inserción debe estar colocado en el plano sagital de la paciente. El primer indicador está a $1\frac{3}{4}$ de pulgada (4.5 centímetros) del extremo vaginal del tubo de inserción y cuando se inyecte el asa los indicadores deben estar en íntimo contacto con el cuello uterino.

El cuello uterino se visualiza con un espéculo estéril, luego se limpia con una bola de algodón estéril embebida en una solución acuosa de benzalconium.

Luego una sonda uterina estéril es introducida para conocer la dirección y la profundidad del canal uterino. Ocasionalmente se requiere un tenaculum para enderezar el canal uterino o para dilatar un cuello con cicatrices, para lo cual utilizamos un dilatador de Hank, número 16 o 18 que nos parece más aceptable para esta operación que el dilatador de Hegar.

El asa se coloca en el tubo de inserción con guantes de jébe estériles o con las manos lavadas como para cirugía. El extremo más grande del asa se inserta primero dentro del extremo proximal o vaginal del tubo de inserción, luego se continúa alimentando el tubo con el asa hasta que el extremo esté dentro del tubo, la sutura del asa permanece afuera del tubo apareciendo por el extremo proximal o vaginal del tubo, luego el émbolo del tubo se empuja una o dos pulgadas dentro del tubo. El asa tiende a permanecer derecha al ser mantenida dentro del tubo, por esta razón debe ser colocada en el tubo de inserción no más de un minuto antes de su inserción, ya que el plástico "pierde su memoria" y no puede recobrar su posición original.

El tubo de inserción se coloca dentro del útero $1\frac{3}{4}$ de pulgada, que es la distancia indicada por el primer indicador. Luego se debe rotar hasta que el diámetro mayor del indicador se encuentre en la misma dirección del plano antero-posterior de la paciente (sagital). En esta posición, el asa al ser inyectada dentro de la cavidad uterina lo hará en el plano frontal (derecho o izquierdo), de acuerdo a los cuernos uterinos. El émbolo que previamente había sido empujado una o dos pulgadas dentro del tubo de inserción, ahora es empujado totalmente inyectando el asa de la cavidad uterina. Después de lo cual el émbolo es sacado completamente para prevenir que se ajuste o jale la sutura, y por último se saca el tubo de inserción fuera del útero.

La sutura debe verse en la vagina por lo menos dos o tres centímetros de ella deben ser visibles. Como esta sutura es suave y está en un medio húmedo, el esposo no debe sentirla. Sin embargo, ha sido posible enseñar a las pacientes a sentir esta sutura de tal manera de que estén seguras que el asa se encuentra en su lugar. Un examen con espéculo confirmará la posición del asa, después que la paciente ha diagnosticado la colocación. Las pacientes deben ser instruidas a que se examinen ellas mismas, todos los días hasta que aprendan a sentir la sutura; una vez que han aprendido, ellas deben examinarse semanalmente para tener la seguridad de que el asa se encuentra en su lugar.

Instrucciones para las pacientes. A la paciente debe decirse que puede presentarse un pequeño sangrado durante el primer mes y que la primera y segunda menstruación pueden ser más copiosas que de costumbre. Si este sangrado es muy llamativo; debe descansar en cama una hora diaria con una bolsa de hielo en el abdomen. Vitamina K Oside 5 mg. tres veces al día durante cinco días, puede ser útil.

Asimismo se debe prevenir a la paciente que va a tener retorcijones después de la inserción, más frecuentes que los que tuvo cuando fue criatura. Calor local, aspirina, Codeína 30mg cada 3 - 4 horas puede ser de utilidad.

La posibilidad de que el asa se escape debe ser explicada a la paciente, asimismo debe decirse que este hecho puede ocurrir más frecuentemente durante la menstruación, por lo tanto todas las almohadillas menstruales deben ser cuidadosamente inspeccionadas. Por esto las pacientes deben aprender a examinarse y localizar la sutura y determinar si está presente y si es del del mismo tamaño original.

Equipo necesario para la inserción:

1. Asas plásticas en solución acuosa al 1/750 Cloruro de Benzalconium.
2. Tubos de inserción, esterilizados con la solución antes mencionada.
3. Guantes de jebe estériles.
4. Pinza de presión larga, estéril.
5. Sondas uterinas estériles.
6. Tenaculum, de un sólo diente, estéril.
7. Dilatadores de Hank estériles.
8. Tijeras curvas (de preferencia tijeras de Ferguson con filo cortante y aserrado).
9. Depósito para la solución de Cloruro de Benzalconium.
10. Bolas de algodón estériles.

NOTA: Para que la inserción del asa sea más fácil, todos los instrumentos deben estar secos. Si las asas y los tubos de inserción se sacan de la solución esterilizante una hora o mejor dos antes de su uso y se envuelven en un paño estéril, ellos se encontrarán razonablemente secos para ser usados.

Instrucciones y Observación de la Inserción del Asa: Si fuera posible, es aconsejable para aquellos que deseen la inserción de asa intrauterinas, que vayan a la ciudad de Buffalo, N. Y., para observar aunque sea una sesión clínica en nuestro Centro de Planeamiento Familiar. Nuestro Centro se encuentra localizado en 319 Main Street en el centro de Buffalo. El Dr. Lippes atiende personalmente los martes de 2 a 4:30 de la tarde en el Centro de Planeamiento Familiar. La Sra. Irwin Alpern, Director Ejecutivo, estará muy contenta de efectuar la cita con aquellos que se interesen. Es importante que ella conozca con anticipación su deseo para poder hacer los arreglos necesarios. Recuerden que al hacer una visita a las cataratas del Niágara, pueden pasar a conocer nuestro Centro en Buffalo, a sólo 20 minutos de las cataratas.

Tamaño de las asas y su uso adecuado:

Asa I: 25 mm. Para mujeres nulíparas solamente.

Asa IV: 27½ mm. Reservadas para mujeres que han tenido embarazos pero han terminado en partos prematuros y multiparas en las cuales su útero al ser sondeado mide menos de 2¼ pulgadas.

Asa III: 30 mm. Para mujeres con un solo niño y para reemplazar el Asa II cuando ésta ha sido responsable de retorcciones muy severas.

Asa II: 31 mm. Adecuada para el 95% de todas las mujeres multíparas. Para mujeres con uno o más niños El Asa II debe ser usada en el 90% a 95% de todas las inserciones.

REFERENCIAS

1. GRAEFENBERG IN THE PRACTICE OF CONTRACEPTION by Sanger & Stone pub. Williams & Wilkins, 1931.
 2. OPPENHEIMER, W. Am. Jr. Ob. Gyn. Vol. 78 N° 2 P. 446 - 454 August, 1959.
 3. Ishimana, A. Yokohama M. Bull. 10.89, 1959.
 4. Intrauterine Contraceptive Devices — Report of an International Conference held in New York City April 30th and May 1st, 1962, under the auspices of the Population Council of the Rockefeller Foundation. 2 East 103rd Street, New York, 29, New York.
-