

Original

Complicaciones menores en el uso de dispositivo intrauterinos

R. Aguiló, R. Lizarbe, P. Vinagre, J. Vergés, A. Forteza, M. Durán

Introducción

Durante el uso de un D.I.U. pueden presentarse algunas complicaciones con una pequeña repercusión local o sistémica que las denominaremos complicaciones menores. Las complicaciones mayores serán estudiadas en otro trabajo. Este trabajo estudia las complicaciones menores dada su importancia sobre la usuaria produciendo intolerancia psicológica y/o desconfianza en el método.

Siguiendo la clasificación de Albert y cols.² dividimos las complicaciones menores en cinco grupos:

- Expulsión del D.I.U.
- Metrorragia
- Dolor
- Metrorragia más dolor
- Extracciones realizadas por otra causa

Material y métodos

El estudio comprende las complicaciones menores ocurridas durante el uso de 887 dispositivos del modelo nova-T, insertados en el servicio de Ginecología entre los años 1981-1987 y la comparación de los mismos con las complicaciones con otros modelos de D.I.U.s de cobre.

Se analizan:

- 21 expulsiones

- 35 extracciones por metrorragia
 - 28 extracciones por dolor
 - 5 extracciones por metrorragia más dolor
 - 87 extracciones por otras causas
- Fueron rechazados del estudio un total de 157 dispositivos por no cumplir los criterios establecidos para el estudio.

Vigilancia del D.I.U.

Insertamos el D.I.U. preferentemente durante el sangrado menstrual a excepción de las púérperas. Aconsejamos a la paciente un control a la semana otro después del siguiente período menstrual y posteriormente controles semestrales. No aconsejamos la autoexploración dado el nivel socio-cultural de las pacientes que acuden a nuestro servicio. Reservamos la ecografía para los casos en que no se visualizan los hilos guía por cervix.

Expulsión

La mayor parte de los autores relacionan la expulsión del D.I.U. con los siguientes factores:^{3, 4}

- Tipo y tamaño de D.I.U.
 - Tiempo de uso
 - Edad de la usuaria
 - Paridad
 - Existencia o no de la incompetencia cervical
 - Pericia y cualificación del profesional que lo inserta
- Según Tietze³ a igual modelo de D.I.U. se expulsan más, los más pequeños y la mayor tasa de expulsiones se producen en los 6 primeros meses. A igual edad la tasa de expulsión es mayor a medida que aumenta la paridad y para la misma paridad disminuye con la edad, siendo la edad más que la paridad el factor más favorable para evitar la expulsión.

Ante un D.I.U. en vía de expulsión algunos autores han llevado a cabo la reintroducción del mismo. Para Zipper⁵ la reintroducción de un D.I.U. parcialmente expulsado acaba en nueva expulsión la mayor parte de las veces y para Hasson⁶ la reintroducción de un D.I.U. parcialmen-

te expulsado puede provocar invasión bacteriana.

Nosotros sistemáticamente procedemos a la extracción de los D.I.U.s parcialmente expulsados y la inserción de otro si la usuaria así lo desea.

Metrorragia

La valoración objetiva del sangrado es difícil. Inicialmente ante una metrorragia o hipermenorrea empleamos ácido tranexámico durante los primeros días de la menstruación o durante el sangrado.

La metrorragia persistente puede llegar a ser motivo de la extracción del D.I.U.

Dolor

Este síntoma es también muy difícil de valorar objetivamente. Puede ser durante o fuera de la menstruación. Si es un aumento de la dismenorrea utilizamos inhibidores de las prostaglandinas, si ocurre en el período intermenstrual hay que descartar la presencia de un abdomen agudo o una expulsión en curso. Descartadas estas causas empleamos tratamiento sintomático con analgésicos y espasmolíticos.

Metrorragia más dolor

Es una asociación frecuente con el uso del D.I.U. Para algunos autores son responsables de la mitad de las extracciones.⁷ Cuando se combinan y una vez excluida la existencia de patología asociamos las pautas ya citadas para ambos.

TABLA I
COMPLICACIONES MENORES DE D.I.U.s EN
NUESTRO SERVICIO
(PORCENTUALES SOBRE EL TOTAL
ANALIZADO: 887 CASOS)

	Casos	(%)
Expulsión	21	2.4%
Metrorragia	35	3.4%
Dolor	28	3.2%
Metrorragia + Dolor	5	0.6%
Otras	87	9.9%
Total	176	19.0%

Otras causas

En este apartado englobamos las pacientes insatisfechas con el método no atribuible a las causas descritas anteriormente.

Resultados

Expulsión:

Hemos tenido un total de 21 expulsiones (2.4%) cifra superponible a la de otros autores¹ para el mismo modelo de D.I.U. Tabla II: Relación entre paridad/expulsión.

Tabla III: Relación edad/expulsión.

Tabla IV: Relación meses/expulsión.

Metrorragia:

Hemos extraído por metrorragia 31 D.I.U.s que presenta el 3.4%.

Tabla V: extracciones por metrorragia/tiempo colocación.

TABLA II
RELACION ENTRE PARIDAD Y EXPULSION

Paridad	Otros	D.I.U.s	Multioad	Cu 250	Nova T	Otros	Nova T	H.G.
	I	E	I	E	I	E	I	E
0	217	23-10.5%	189	7-3.7%	11	2-18.8%	88	0-0%
1	444	36- 8.1%	23	1-4.3%	108	9- 8.3%	168	9-5.3%
2	604	30- 4.9%	14	2-4.2%	406	21- 5.1%	226	6-2.6%
3	376	21 5.6%	6	0-0%	238	11- 4.6%	136	3-2.2%
4	188	15- 7.9%	2	0-0%	120	10- 8.3%	46	3-6.5%
>4	160	13- 8.1%	3	0-0%	107	3- 2.8%	23	0-0%

**TABLA III
RELACION EDAD/EXPULSION**

	Otros	D.I.U.s	Multioad	Cu 250	Nova T	Otros	Nova T	H.G
Edad	I	E	I	E	I	E	I	E
16-20	145	18-12.4%	51	2-3.9%	26	3-11.5%	41	1-2.4%
21-25	556	42- 7.5%	139	8.-5.7%	157	16-10.1%	164	6-3.6%
26-30	693	37- 5.3%	34	0-0%	316	19- 6.0%	237	3-1.2%
31-35	393	33- 8.3%	9	0-0%	290	10- 3.4%	201	5-2.4%
36-40	159	8- 5.0%	4	0-0%	160	8- 5.0%	144	4-2.7%
>40 0-0%	0	0-0%	41	0-0%	100	2-2%		
Total	2049	138 6.7%	237	10 4.2%	990	56 5.6%	887	21 2.3%

Dolor:

Se extrajeron por este motivo un total de 28 D.I.U.s que representa un 3.2%.

Tabla VI: extracciones por dolor/tiempo.

Metrorragia más dolor:

Extrajimos 5 D.I.U.s por este motivo lo que representa un 0.6%.

Tabla VII

Otras causas:

Extrajimos 87 D.I.U.s por este motivo lo que representa un 9.9%.

Hemos tenido que retirar un total de 146 D.I.U.s por complicaciones menores más otros 30 a petición de la interesada que deseaba cambiar de método anticonceptivo lo que supone casi un 20% del total de los insertados. La causa más frecuente ha sido la metrorragia y el dolor.

Expulsión:

Comparando las expulsiones espontáneas (tablas II y III) con la edad y la paridad así como el modelo de D.I.U. y tiempo de uso. Para cualquier modelo de D.I.U. En relación con la paridad, la menor incidencia de expulsión está en dos-tres hijos. Sin embargo en nuestra serie y contrariamente a la literatura tenemos recogidos 88 ca-

sos de D.I.U. en nuligestas sin ninguna expulsión. No apreciamos diferencias significativas con otros modelos de D.I.U.

En relación con la edad y a diferencia de otros autores no apreciamos disminución significativa de la tasa de expulsiones con el aumento de edad. Relacionando la tasa de expulsiones con el tiempo de uso observamos al igual que el resto de autores que el mayor número de expulsiones aparece en los primeros meses (80% primer trimestre) en nuestra serie no hay ningún caso de expulsión pasado el año.

Metrorragia y dolor:

De acuerdo con los trabajos publicados la extracción por metrorragia no está influi-

**TABLA IV
RELACION MESES-EXPULSION**

Meses	Nova T	(%)	Otros
1-3	14	66.6%	47.9%
4-6	3	14.2%	19.7%
7-9	1	4.8%	15.5%
10-12	3	14.2%	4.2%
>12	0	—	12.6%

TABLA V
RELACION POR METRORRAGIA/TIEMPO

Meses	Nova T	(%)	Otros
1-3	3	8.6%	23.8%
4-6	7	20.0%	4.8%
7-9	4	11.4%	9.5%
10-12	3	8.6%	14.2%
> 12 19	54.3%	47.6%	

da por el tiempo de uso (tabla V), sin embargo, las extracciones por dolor ocurren con mayor frecuencia los primeros meses de uso (82% primer trimestre) la aparición de ambos síntomas es menos frecuente que su aparición por separado habiendo recogido en nuestra serie sólo cinco casos todos ellos en el primer trimestre, en contra de lo publicado por otros autores.⁵⁻⁷

Conclusiones

Uno de cada cinco D.I.U.s colocados en nuestro servicio debe ser retirado por una complicación menor nosotros no podemos relacionar las expulsiones espontáneas ni con la edad ni con la paridad pero sí con el tiempo de inserción.

La metrorragia y el dolor son complicaciones relativamente frecuentes no así su asociación si bien es difícil valorar objetivamente su intensidad.

TABLA VI
RELACION EXTRACCION POR DOLOR/TIEMPO

Meses	Nova T	(%)	Otros
1-3	23	82.1%	29.2%
4-6	1	3.6%	12.5%
7-9	1	3.6%	8.3%
10-12	0	—	12.5%
>12	3	10.7%	37.5%

vamente su intensidad. Por ello pensamos que muchas extracciones no son estrictamente necesarias y muchas de ellas se efectúan para completar un diagnóstico. Pensamos a la vista de los resultados que el D.I.U. es un método anticonceptivo con plena vigencia generalmente bien tolerado por las usuarias (77 solicitaron nuevo D.I.U. a su caducidad).

En el congreso mundial de Singapur de 1986 los ginecólogos reunidos firmaron un manifiesto defendiendo la utilidad de los D.I.U.s y solicitaron un cambio en la política judicial que permitiera a los fabricantes volver a salir al mercado.

Resumen

La decisión de los fabricantes de D.I.U.s de suspender la venta de ellos en U.S.A. para evitar que los tribunales siguieran ha-

TABLA VIII
D.I.U.s EXTRAIDOS POR OTRAS CAUSAS
(PORCENTUAL SOBRE EL TOTAL DE LA MUESTRA A ESTUDIO: 887 CASOS)

	Casos	(%)
Intolerancia psicológica	15	17.2 %
No aceptado por el conyuge	2	2.3%
Motivos médicos	21	24.1%
— Anexitis	13	
— CIN III	7	
— Pólipo	1	
Extracción accidental por la usuaria	1	1.1%
Cambio voluntario a otro método	30	34.4%
— LT	26	
— Vasectomía	1	
— AO	3	
Otros	16	18.3%

ciéndolos responsables de las complicaciones surgidas con su uso,¹ nos ha inducido a realizar un estudio de las complicaciones producidas por los D.I.U.s, parte del cual recogemos en el presente trabajo.

En nuestro servicio, el D.I.U. sigue una progresión ascendente durante los últimos años en detrimento de la anticoncepción hormonal.

Si comparamos las cifras de los últimos cinco años el número de D.I.U.s solicitado se ha multiplicado por tres, la esterilización por dos mientras que ha permanecido invariable con tendencia a disminuir las solicitudes de anticoncepción hormonal.

Bibliografía

1. Vanrell JA. Anticonceptivos orales estrógenos progestágeno combinados. 1988.
2. Albert A y cols. Análisis de las complicaciones surgidas durante el uso de D.I.U.s de cobre. Clínica e Investigación en gineco. y obs. vol 10. n.º 1. 1983.
3. Tietze C. Intrauterine devices: evaluation. En: Calderone MS, ed. Manual of family planning and contraceptive practice. Baltimore, Williams and Wilkins, 1970; 241.
4. Newton J, Illinworth R, Elias J, McEwan J. Continuous intrauterine copper contraception for 3 years: Comparison of replacement at 2 years with continuation of use. Br med J 1977; 1: 197-199.
5. Zipper J, Medel M, Pastene L et al. Four year experience with the copper 7-200 device: endouterine copper in fertility control. Contraception 1976; 13: 7.
6. Hasson HM. Factors that affect DIU performance: a review and recommendations. J Reprod Med 1978; 21: 137.
7. Winer E, Berg AA, Johanson I. Copper intrauterine contraceptive devices in adolescent nulliparae. Br J Obstet-Gynecol 1978; 85: 304.