

## **La Membrana Intrauterina (Un Dispositivo Intrauterino Experimental) en el Postaborto Precoz**

**Dr. Angel Quan<sup>1</sup>**  
Profesor

**David Edelman PhD<sup>2</sup>**  
Director, Unidad de  
Investigación

**Dra. Teresa Ventura<sup>1</sup>**  
Miembro del cuerpo docente

**Dra. Delfina de Badía<sup>1</sup>**  
Miembro del cuerpo docente

Este reporte fue preparado, en parte, gracias al apoyo del International Fertility Research Program (AID) csd 2979).

Quan, Edelman, Ventura, Badía

### **I. INTRODUCCION**

Cada año, en el Hospital de Maternidad, afiliado a la Escuela de Medicina de la Universidad de San Salvador, El Salvador, se admiten más de 3.000 mujeres con el diagnóstico de aborto incompleto o inevitable. La mayoría de estos abortos no son espontáneos sino probablemente inducidos fuera del hospital. Las consecuencias del aborto inducido son bien conocidas e incluyen entre otras muerte y prolongada hospitalización (2). A pesar que todos los métodos anticonceptivos pueden ser iniciados inmediatamente después de un aborto legalmente inducido (1), pocos investigadores han evaluado la eficacia clínica y anticonceptiva de los dispositivos intrauterinos insertados inmediatamente después de un aborto inevitable o incompleto, problema tan común en nuestro medio latinoamericano (2).

En 1973, un programa fue iniciado en el Hospital de Maternidad para evaluar los resultados de la inserción inmediata después del raspado por aborto incompleto o inevitable, del Dalkon Shield, comprobándose la eficacia del procedimiento y falta de efectos secundarios (4). En 1975 iniciamos una investigación con el uso de la membrana intrauterina (MIU), un dispositivo experimental, y este reporte contiene nuestra evaluación inicial del MIU como un anticonceptivo en el postaborto precoz.

### **II. MATERIAL Y METODOS**

Entre octubre 1975 y octubre 1976, 127 inserciones del MIU fueron efectuadas en pacientes después de haber sido tratadas por un aborto incompleto o inevitable.

El MIU (Figura 1) es un dispositivo experimental de forma acorazonada, hecho de un polietileno, Alathon-20. El dispositivo tiene un apéndice transcervical añadido a su miembro inferior que tiene la forma de una V. El MIU tiene un área de superficie de 2350 mm<sup>2</sup> y mide 38 mm en su extremo longitudinal máximo y 36 mm en su extremo transversal (3).

#### **Definiciones**

Todos los abortos, sépticos o asépticos, incompletos o inevitables, son designados en este reporte como incompletos. La edad gestacional fue estimada por el médico tratante. El método estadístico de la tabla de vida fue usado para evaluar la eficacia clínica anticonceptiva; y debido a que el análisis se efectuó en abril de 1977, fecha en la cual sólo 64 pacientes (50.4%) habían completado 6 meses de seguimiento, sólo las tasas de uso a los seis meses fueron analizadas.

### Sujetos.

La mayoría de las pacientes eran múltiparas, entre 20 y 29 años de edad, y admitidas por un aborto incompleto en el primer trimestre de gestación (Tabla I). Todas, menos una de las pacientes, tenían antecedentes de uno o más abortos previos.

### Procedimiento.

El tratamiento del aborto incompleto y la inserción del MIU fueron efectuados de una manera rutinaria. El aborto fue tratado por raspado, por los residentes del Hospital de Maternidad, bajo anestesia general en el 42.5% de los casos. El dispositivo no fue insertado inmediatamente después del raspado, sino previo al alta hospitalaria, generalmente a las 24 horas después del raspado. Todas las inserciones fueron efectuadas por dos ginecólogos propiamente entrenados. Antibióticos fueron sólo prescritos en el 26.7 porcentaje de las pacientes antes del raspado. En este grupo están incluidas tres pacientes que fueron admitidas con un diagnóstico de aborto séptico. En esta serie de 127 casos, no se registró ninguna complicación seria, tal como septicemia o perforación, que pudiese ser atribuida al aborto per se o a la inserción del MIU. A todas las pacientes se les solicitó que volvieran a control al mes de la inserción, y luego a los 3, 6 y 12 meses.

### III. RESULTADOS

Las pacientes que volvieron al Hospital de Maternidad, al menos para una visita de seguimiento (93.3%), reportaron 8 embarazos, 4 expulsiones y 44 retiros, incluyendo 19 por metrorragia y/o dolor (Tabla II). En una paciente, en la cual el MIU se había extraído por dolor después de un mes

de uso, se confirmó un proceso infeccioso pelviano agudo. En otras cuatro pacientes en las cuales el MIU no fue extraído, a los uno, dos, cinco y nueve meses después de la inserción, un proceso infeccioso pelviano agudo fue diagnosticado. Todas estas pacientes fueron tratadas con antibióticos sin consecuencias posteriores. En una paciente, cuyo MIU fue extraído por metrorragia después de un mes de uso, el diagnóstico de displasia severa fue efectuado.

En una paciente solamente hubo problemas con la inserción del MIU debido a la dificultad de franquear el canal cervical. En tres otras pacientes el dispositivo tuvo que ser extraído y reinsertado inmediatamente, en dos de ellas debido a que el apéndice transversal no se visualizaba a través del canal cervical y en la tercera, porque el MIU no se extendió completamente en el fondo uterino.

Las tasas acumulativas por tipo de terminación por 100 usuarias a los seis meses de uso se encuentran resumidas en la Tabla III.

### IV. COMENTARIOS

Basado en los resultados del presente estudio, la inserción del MIU después del tratamiento de un aborto incompleto parece ser un procedimiento sin efectos secundarios; salvo una paciente admitida con un aborto séptico que desarrolló un proceso infeccioso pelviano agudo, no hubo ninguna otra complicación seria.

Sin embargo, el MIU no parece ser un dispositivo intrauterino satisfactorio para ser usado en el período del postaborto. Las tasas, a los seis meses, fueron de 4.3 por embarazo, 3.9 por expulsión, y 14.4 por retiros por metrorragia y/o dolor por 100 usuarias.

Estas tasas son mayores que las obtenidas con 259 primeras inserciones del Escudo Dalkon (4) en un grupo similar de pacientes. Las tasas para el Escudo Dalkon fueron 3.5 por embarazo, 3.7 por expulsión, y 4.2 por retiros por 100 usuarias. Si comparamos las tasas de seis meses entre el MIU y el Escudo Dalkon, vemos que la tasa de retiro con el MIU es significativamente ( $p < .05$ ) mayor.

El uso de otros dispositivos tales como el Multiload Cu-250, 7-Cu-200 y T-Cu-200 que se encuentran disponibles en el mercado, necesitan ser evaluados en el período postaborto. La aparente propiedad antimetrorrágica del cobre, contenido en los dispositivos mencionados, los hace parecer más apropiados para ser usados en mujeres que recientemente han tenido un aborto incompleto. Actualmente estamos evaluando una modificación especial del Lippes D en un grupo similar de pacientes en el postaborto.

Del resultado de este y otros estudios (3) podemos concluir señalando que los dispositivos intrauterinos pueden ser insertados después de un aborto incompleto o inevitable sin comprometer el bienestar de la paciente, a pesar que ella fuese admitida con el diagnóstico de aborto séptico.

#### Resumen

La eficacia clínica y anticonceptiva de la inserción de la membrana intrauterina (MIU) después del tratamiento de un aborto, inevitable o incompleto, fue estudiada en 127 casos. A pesar que la inserción del MIU parece ser un procedimiento seguro sin mayores complicaciones, este dispositivo está asociado con altas tasas de

embarazo y retiro por metrorragia y/o dolor y no es adecuado para ser usado después de un aborto incompleto o inevitable. Las tasas acumulativas por tipo de terminación por 100 usuarios a los seis meses de uso fueron de 4.3 por embarazo, 3.9 por expulsiones, y 4.2 por retiros por metrorragia y/o dolor.

#### Abstract

The safety and efficacy of the post-abortion (inevitable or incomplete) insertion of the intrauterine membrane (IUM) device was evaluated in a study of 127 first insertions. Although the post-abortion insertion of the IUM appeared to be a safe procedure, the device was associated with relatively high rates of pregnancy, expulsion, and removal for pain and/or bleeding, and does not appear to be satisfactory for use after treatment of an incomplete abortion. The six-month life-table rates for these events were 4.3, 3.9, and 4.2 per 100 women, respectively.

#### REFERENCIAS

1. Edelman, D A y Goldsmith, A: EP dispositivo intrauterino como anticonceptivo post-aborto. Rev Colomb Obstet Ginecol XXVII enero-febrero, 1976.
2. Ferguson, J. y Goldsmith, A: Aborto en América Latina. Rev Colomb Obstet Ginecol XXVII marzo-abril, 1976.
3. Protocol for Testing the Pleated Membrane IUD. Battelle Human Affairs Research Centers. Battelle Memorial Institute, Seattle, Washington, USA, no date.
4. Quan, A, Edelman, D A, Goldsmith, A, Thomas, M N y Badía, D. Immediate post-abortion insertion of the Dalkon Shield. Contraception 12:23-29, 1975.