

FALLOS DE LOS DIUS*Pedro M. Morales Utrilla***¿MEJORA EL CONTROL ECOGRAFICO LA EFICACIA DEL DIU? POSTURA: NO**

Haciendo una revisión de los mecanismos de acción del DIU encontramos una respuesta inflamatoria de la superficie endometrial con la aparición de un infiltrado leucocitario que origina una fagocitosis de los espermatozoides y, asimismo, crea un medio desfavorable para la implantación del huevo.

Si el dispositivo lleva cobre, su liberación y oxidación modifica la capacidad enzimática del endometrio, afectando a la β -glucuronidasa, a la anhidrasa carbónica y a los activadores del plasminógeno. Por otro lado, se produce un incremento de la síntesis de prostaglandinas que originaría un incremento de la contractilidad tubárica. Además se ha observado con los DIUs de alta carga originan una reducción importante de los receptores de estrógeno y progesterona. La impregnación del moco cervical por el cobre causa un efecto espermicida. Los DIUs medicados con progesterona provocan una atrofia del endometrio, afectando además la capacitación espermática y la implantación, junto con una posible inhibición parcial de la ovulación y alteración del moco cervical. Son la respuesta local del endometrio en su conjunto, junto con el efecto espermicida del cobre o el efecto hormonal local de la progesterona los que determinan la efectividad del dispositivo intrauterino.

La precisa ubicación, el diseño anatómico y la carga son factores complementarios.

De lo expuesto anteriormente se deduce que los diferentes mecanismos de acción de los dispositivos no dependen, en sentido estricto, de una óptima ubicación del mismo.

INFORMACION OBTENIDA MEDIANTE EL ESTUDIO ECOGRAFICO**A) SOBRE EL DISPOSITIVO**

- Situación del dispositivo.
- Distancias dispositivo-paredes.
- Disposición de los brazos.
- Localización de los hilos en el canal cervical.

B) SOBRE LA CAVIDAD

- Diámetros de la cavidad.
- Alteraciones anatómicas.
- Neoformaciones de la superficie endometrial.
- Valoración global del endometrio.

La cavidad uterina tiene un volumen variable en función de tejido endometrial

generado cíclicamente, un tono muscular basal, unos espasmos o contracciones propias de un tejido miometrial y de neoformaciones que pueden localizarse en la cavidad.

Entrando a valorar la eficacia del dispositivo encontramos unas cifras de eficacia que alcanzan el 99%, incluso el 99.5%.

Resulta poco probable incidir de forma positiva en el 1% restante mediante un control ecográfico, teniendo en cuenta además que habría que hacerlo extensivo al 100% de las usuarias, con una repercusión económica que valoraremos más adelante.

INDICACIONES HABITUALES PARA EL CONTROL ECOGRAFICO.

- Inserción dificultosa.
- Hilos guía largos.
- Desaparición de los hilos guía.
- Dolor postinserción.
- Test de embarazo positivo.
- Metrorragia.

CARACTERISTICAS DEL CONTROL ECOGRAFICO

El manejo de los actuales equipos es sencillo y la resolución que alcanzan es buena, incluso los más sencillos. La información referente al dispositivo es precisa, sobre todo usando la vía endovaginal. Aunque de apariencia alarmante para la paciente, se le ofrece un método diagnóstico cómodo, rápido y, sobre todo, indoloro, que se le puede aplicar en cualquier momento del ciclo y sin preparación previa alguna.

Entre los inconvenientes hay que considerar que se trata de un aparataje sofisticado y demasiado costoso para su empleo como complemento en el control normal de la anticoncepción con dispositivo intrauterino.

Por otra parte, la localización del dispositivo supondría un tiempo escaso, pero en absoluto podríamos limitar la exploración ecográfica a la información sobre el dispositivo, teniendo al alcance de la mano la oportunidad de obtener una información valiosísima sobre el aparato genital interno, con lo cual entramos en factor tiempo de exploración y en el factor personal que la realiza. Y no nos olvidemos del cuándo, ni de cuántos controles.

Y por supuesto, el argumento económico es aplastante. Según las casas comerciales se implantan entre 100.000 y 125.000 dispositivos nuevos cada año. Suponiendo que se mantengan por un período de cuatro años tendríamos entre 400.000 y 500.000 dispositivos a controlar cada año, lo que supondría otras tantas exploraciones ecográficas. SU PRECIO: 1.200-1.500 MILLONES / AÑO. El dispositivo se encarecería en 3.000 pesetas / usuaria / año. A todas luces, resultaría impen-

sable desde un punto de vista sanitario.

El único aspecto "positivo" puede estar en la patología que se pudiese diagnosticar en el transcurso de la exploración y que no haya dado síntomas previos, pero no puede ser muy significativa dando el rango de edad de las usuarias.

Incluso es probable que provocaríamos un ambiente de incertidumbre sobre la eficacia ofrecida por el método hasta ahora y sobre la técnica de inserción que ni el dispositivo ni el profesional se merecen.

A la vista de los datos expuestos anteriormente el estudio ecográfico no se nos presenta como una técnica exploratoria que vaya a mejorar la alta eficacia que el dispositivo ofrece como método anticonceptivo de por sí. Las usuarias deben conocer que no hay método infalible y que la eficacia del DIU está ampliamente demostrada con los controles habituales.

La exploración ecográfica deberemos limitarla a casos concretos como en las alteraciones encontradas en la exploración habitual, bien previas a la inserción o en las de control; asimismo estará indicada en los casos de una inserción dificultosa y por supuesto en caso de fallo con gestación. Entre las solicitudes habituales destaca la desaparición de los hilos guía. Dejar los hilos guía más largos es un consejo sobre todo en los casos de retroversión uterina.

La exploración ecográfica se está convirtiendo en una técnica rutinaria, pero no debe sustituir nunca a la exploración clínica. Y en el terreno que nos ocupa en este Congreso debe utilizarse como complemento a la exploración clínica ginecológica que el profesional ofrece a la usuaria aprovechando el cumplimiento de los controles establecidos, no dirigida únicamente al control del dispositivo.

T015

**EMBARAZOS TRAS VASECTOMIA.
¿CUÁNTOS. CUÁNDO. POR QUÉ?**

Roberto Lertxundi

En todos los trabajos que se publican respecto a la vasectomía, se asegura que su eficacia como método anticonceptivo es la mayor, incluyendo métodos tan fiables como la ligadura de trompas. Aplicando el índice de Pearl la vasectomía sería el 1/2000.

Por tanto, sin ser infalible, la vasectomía es el más seguro de cuantos métodos anticonceptivos se utilizan en la actualidad.

Es evidente que de esta afirmación ha de descartarse lo que se califica como Fracaso Precoz valorado según O'Brien * en el 0.4% (4 de cada mil) y en nuestros datos en el 0.09% (1 por cada 1.100 vasectomías).

Cuando nos referimos al fallo, no es al fallo de la técnica o de los usuarios de la