

## EVOLUCION DEL EMBARAZO EUTOPICO CON DISPOSITIVO INTRAUTERINO IN SITU AL MOMENTO DE LA CONCEPCION

- \* Dra. María de la Cruz Hernández
- \* Dra. Belquis M. Valdez de los Santos
- \* Dra. Francisca A. Terrero Peña
- \* Dr. Pablo Francisco de la Mota
- \* Dr. Miguel Lora Robles

### INTRODUCCION

El índice de natalidad en la República Dominicana, aunado a las características de subdesarrollo como teoría que determine repercusiones socioeconómicas internas,<sup>1</sup> motivaron los auspicios de fondos para la planificación familiar, estableciéndose programas que iniciaron en 1966 y creándose posteriormente el Consejo Nacional de Población y Familia (CONAPOFA), como organismo responsable de tales servicios en el área del sector público de salud y la seguridad social e integrándose los mismos a los programas materno-infantiles.

Dentro del conjunto de métodos anticonceptivos reversibles ofertados se encuentran: los progestacionales orales, espermaticidas, preservativo o condón y los dispositivos intrauterinos (DIUs). Estos últimos, objeto de estudio en nuestra investigación, poseen la particularidad que de fallar su eficacia, es decir, la presencia de un embarazo con DIU

in situ, arrastra complicaciones no presentes en otros métodos.

Consideramos que en nuestro país el dispositivo intrauterino está en segundo lugar de demanda entre los cuatro métodos reversibles ofertados<sup>2</sup> y pese a que la literatura internacional presenta estudios en torno a las complicaciones del embarazo atribuibles al DIU en etapa gestacional y postgestacional,<sup>3,4</sup> nuestra literatura médica nacional no ha demostrado esa preocupación.

En el hospital "Dr. Francisco Moscoso Puello" se instalaron los Servicios de Planificación Familiar en fecha 31 de octubre de 1968, con el nombre de clínica modelo Evangelina Rodríguez, y en posterior fecha, 30 de enero de 1982, se constituyó en Centro de Investigación y Servicios de Reproducción Humana y Anticoncepción (CINSERHA) Evangelina Rodríguez. En el tiempo de estudio transcurrido, 3,787 usuarias han optado por aceptar el DIU, de las cuales 99 han resultado embarazadas con DIU in situ al momento de la concepción, para un 2.6%, sin que se conozca su evolución y condiciones del producto de la concepción

El propósito del presente esfuerzo investigativo es conocer el comportamiento de un embarazo eutópico con DIU in situ en el momento de la concepción, en términos de las complicaciones y condición del producto de la concepción, a partir de un estudio realizado en 55 usuarias del

(\*) Del Centro de Investigación y Servicios de Reproducción Humana y Anticoncepción (CINSERHA), Hospital Dr. Francisco Moscoso Puello, Santo Domingo, D.N.

CINSERHA y poder aportar la primera, aunque modesta literatura nacional en torno al tema, así como orientar en la toma de conducta médica a seguir en caso de DIU y embarazo coexistente, basamentado en estudios nacionales.

### METODO, TECNICA Y PROCEDIMIENTO

Trátase de un diseño de investigación descriptivo, de corte transversal, y de fuente directa de recolección.

### POBLACION

El universo de estudio lo constituyó un total de 99 mujeres, usuarias del Centro de Investigación y Servicios de Reproducción Humana y Anticoncepción (CINSERHA), ubicado en el Hospital Dr. Francisco Moscoso Puello, en el que se observaron estado de gravidez en presencia de un dispositivo intrauterino in situ en el período del 7 de diciembre de 1973 al 28 de mayo de 1985.

### MUESTRA

Regístrada la dirección de residencias del total de casos que compone la población, se procedió a la búsqueda de las mismas, localizándose la suma de 55 casos, lo que representa el 55% de población.

Atribuimos las limitaciones de la factibilidad de la búsqueda en orden de importancia:

- a) Falsa dirección brindada por la usuaria.
- b) Dejaded y desinterés en la toma correcta de la dirección de la residencia por parte del personal del CINSERHA.
- c) Desplanificación urbana de los barrios donde se ubican las residencias de los casos.
- d) Migratoriedad de la población objeto de estudio.

### TECNICAS Y PROCEDIMIENTOS

Se elaboró cuestionario, el cual fue diseñado para recolectar información de los expedientes clínicos individuales y ser completado con encuesta a usuarias del CINSERHA en su lugar de residencia, en virtud de la escasa información del expediente en relación a las variables a investigar.

El instrumento de recolección fue previamente sometido a prueba de validación con 10 usuarias para comprobar la calidad de la información de estudio en función a las variables de interés.

Luego de recolectada la información se procedió a someterla a cálculos estadísticos como es la determinación de las medidas de tendencia central: Media aritmética y mediana y con sus respectivas medidas de dispersión, desviación standard y cuartiles para conocer el comporta-

miento de la serie con respecto a los valores centrales y en posterior momento presentarla para fines de análisis.

### RESULTADOS

De un total de 55 casos de estudio, 33 de ellas resultaron embarazadas en el transcurso de los primeros 12 meses, para un porcentaje de 60 sobre la totalidad de la muestra. Para el transcurso del segundo año de planificación se observaron 14 casos, para un 25.45% de la totalidad. Le sigue el tercer año con 6 casos reportados y 1 para el cuarto. Para los años siguientes no hubo casos encontrados hasta el décimo segundo con uno reportado.

Es importante señalar que en el transcurso de los dos primeros años se registró el 85.45% de los embarazos cursados con DIU in situ del total muestral.

En la tabla No. 1 hacemos una distribución de la permanencia y extracción del dispositivo durante el embarazo; representamos la extracción según el tiempo de embarazo en relación a trimestres gestacionales; así se realizaron en el primer trimestre 30 extracciones para un 54.5% y 25 dispositivos no se extrajeron en este trimestre, para una cantidad porcentual de 45.5. Comparando este trimestre con el segundo trimestre, donde solamente se extrajeron 3 dispositivos para un 12.0% y 22 no se removieron para un 88%. La razón de esta diferencia es la tendencia de hacer la extracción tan pronto se ha determinado la presencia del embarazo. Sin embargo, las tres usuarias a las que se les extrajo el dispositivo en el segundo trimestre gestacional fueron aquellas a las cuales se les hizo el diagnóstico de embarazo en este trimestre y fue factible la extracción del mismo. Las restantes 22 usuarias a las que no se les extrajo el dispositivo, fue porque a medida que va creciendo el útero concomitantemente con el crecimiento y desarrollo del producto de la concepción, los apéndices del dispositivo se incluyen dentro de la cavidad uterina y se hace imposible la remoción de ellos sin ocasionarles daños a dicho embarazo; por lo que en el tercer trimestre no se realizó ninguna remoción de dispositivo.

En la tabla No. 2 presentamos una distribución de la evolución del embarazo para el primer trimestre gestacional según grupos con DIU extraído y no extraído en términos de complicaciones presentadas. En el orden descendente de aparición, de 25 complicaciones observadas distribuidas entre: amenaza de aborto, aborto espontáneo y sepsis. El primer orden lo ocupan los abortos con 14 casos para un 56% de la totalidad de las complicaciones; distribuidos en 6 casos para el grupo con DIU no extraído y 8 para los grupos con extracción del DIU. En segundo orden se hicieron presente 10 amenazas de aborto para un 40% del total de complicaciones para el trimestre, distribuido en 4 para el grupo con DIU no extraído y 6 con extracción. En rela-

Tabla No. 1  
DISTRIBUCION DE LA PERMANENCIA Y EXTRACCION DEL DIU  
EN EL TRANCURSO DEL EMBARAZO SEGUN TRIMESTRE GESTACIONAL

Trimestre Gestacional	Total Embarazadas con DIU Insertado	%	DIU Extraído	%	DIU No Extraído	%
1er. Trimestre	55	100	30	54.5	25	45.5
2do. Trimestre	25	100	3	12.0	22	88.0
3er. Trimestre	22	100	—	—	22	100.0

Tabla No. 2  
TABLA DE LA DISTRIBUCION PARA EL PRIMER TRIMESTRE  
DE LA EVOLUCION DEL EMBARAZO EUTOPICO CON DIU IN SITU EN TERMINO  
DE COMPLICACIONES SEGUN DIU EXTRAIDO Y NO EXTRAIDO

Evolución (Complicaciones)	PRIMER TRIMESTRE					
	Valor Absoluto	%	DIU No Extraído	%	DIU Extraído	%
Amenaza de aborto	10	40	4	16	6	24
Aborto espontáneo	14	56	6	24	8	32
Sepsis	1	4	1	4	—	—
<b>TOTALES</b>	<b>25</b>	<b>100</b>	<b>11</b>	<b>44</b>	<b>14</b>	<b>56</b>

ción a la sepsis, se observó un caso para una distribución porcentual de 4 del total obtenido: exclusivo del grupo con DIU no extraído, teniendo ésta 8 semanas y 4 días de embarazo.

Es importante señalar que de las 14 usuarias en la que se produjo aborto espontáneo, 6 de ellas con dispositivo in situ el aborto ocurrió entre la 4ta. y 18va. semanas.

La tasa de abortos espontáneos obtenida en el presente estudio fue de 32.7% abortos espontáneos por cada 100 embarazos cursante con DIU, para el período de estudio. Esto es inferior a los resultados obtenidos por Lewit,<sup>3</sup> quien estimó una tasa de 50 abortos espontáneos por cada 100 embarazos con DIU presente al momento de la concepción, y Shine de un 48.88%.

En la tabla No. 3 distribuimos la evolución del embarazo eutópico con DIU in situ y con el DIU removido en el segundo trimestre gestacional. Podemos apreciar las complicaciones que hubo en el segundo trimestre, donde hacemos resaltar que de las 5 entidades observadas, 3 de ellas, como son: RPM, amenaza de parto con producto inmaduro, parto

con producto inmaduro, se presentaron en el renglón de las usuarias a las cuales no se les extrajo el dispositivo. Con la frecuencia de casos, de 1 para un 7.69%, 3 para un 23.07% y 2 para una cantidad porcentual de 15.33 respectivamente. De las 3 usuarias que presentaron amenaza de parto con producto inmaduro, 2 se desembarazaron a los 6 y 8 días después de presentarse la sintomatología, llegando sólo 1 de ellas a tener un parto eutócico. Otra complicación, el aborto, presentado en este período de gestación, donde tuvimos como valor absoluto 4 para un 30.76% de la totalidad de casos observados; a 3 no se les extrajo el dispositivo para un 23.07% y 1 para una cantidad porcentual de 7.69 permaneció con él. Sólo hubo 3 casos de amenaza de aborto para un 23.07% para aquellas usuarias que no se les extrajo el dispositivo.

Los resultados presentados en la tabla No. 4 nos brindan información sobre la evolución del embarazo en el transcurso del tercer trimestre gestacional; en la misma se describe lo siguiente:

De 55 usuarias con embarazo presente durante el pri-

mer trimestre gestacional, sólo 29 conservaron el embarazo para llegar al tercer trimestre y de 6 afecciones atribuibles al DIU in situ para el presente estadio se advirtieron 5 de ellas, que con escasa variabilidad son de orden descendente: RPM con un total de 6 casos distribuidos en 3 para el grupo de DIU no extraído en el transcurso del embarazo e igual número para el grupo con DIU extraído, parto con producto

postmaduro 4 casos distribuidos en 2 y 2 para ambos grupos; en la amenaza de parto con producto prematuro se registran 3 casos con una distribución de 1 caso para un grupo no extraído y 2 para el grupo extraído. Igual número de casos registran los partos con producto prematuro distribuidos en 2 con extracción y 1 sin extracción.

En relación al sangrado, 2 casos repartidos igualitaria-

Tabla No. 3

SEGUNDO TRIMESTRE						
Evolución (Complicaciones)	Valor Absoluto		DIU No Extraído		DIU Extraído	
		%		%		%
Amenaza de aborto	3	23.07	3	23.07	—	—
Aborto espontáneo	4	30.76	3	23.07	1	7.69
RPM	1	7.69	1	7.69	—	—
Amenaza de parto con producto inmaduro	3	23.07	3	23.07	—	—
Parto con producto inmaduro	2	15.38	2	15.38	—	—
<b>TOTALES</b>	<b>13</b>	<b>100</b>	<b>12</b>	<b>92.28</b>	<b>1</b>	<b>7.69</b>

Tabla No. 4

TERCER TRIMESTRE						
Evolución (Complicaciones)	Valor Absoluto		DIU No Extraído		DIU Extraído	
		%		%		%
Sangrado (DPPNI)	2	11.1	1	5.5	1	5.5
RPM	6	33.3	3	16.7	3	16.7
Amenaza de parto con producto prematuro	3	16.7	1	5.5	2	11.1
Parto con producto prematuro	3	16.7	2	11.1	1	5.5
Parto con producto postmaduro	4	22.2	2	11.1	2	11.1
<b>TOTALES</b>	<b>18</b>	<b>100</b>	<b>9</b>	<b>50</b>	<b>9</b>	<b>50</b>

Tabla No. 5  
DISTRIBUCION DE LOS ABORTOS SEGUN ESPONTANEOS Y VOLUNTARIOS

Tipo de Aborto	Valor Absoluto		DIU No Extraído		DIU Extraído	
		%		%		%
Espontáneo	18	75	9	37.5	9	37.5
Voluntario	6	25	2	8.3	4	16.6
<b>TOTALES</b>	<b>24</b>	<b>100</b>	<b>11</b>	<b>45.8</b>	<b>13</b>	<b>54.1</b>

mente. De 3 casos que se presentaron con amenaza de parto con producto prematuro, a 1 usuaria no se le retiró el dispositivo, presentándose ésta a las 34 semanas y 2 días de embarazo, llegando a desembarazarse a las 37 semanas por medio de una operación cesárea sin ninguna causa justificable. Empero, se presentaron dos casos de amenaza de parto con producto prematuro, 1 de ellos llegando a tener un parto eutócico y el otro un parto ditósico a las 34 semanas. Los dos partos con productos prematuros, que se practicaron en las mujeres a las que no se les retiró el dispositivo, 1 culminó en operación cesárea por RPM de 72 horas a las 31 semanas de gestación y el otro, además de presentar RPM tuvo DPPNI a las 30 semanas y 3 días de embarazo; a ésta se le practicó parto vaginal.

En la tabla No. 5 referente a la distribución del tipo de aborto según espontáneo o voluntario, encontramos que de un total de 24 abortos registrados en 55 embarazadas con DIU in situ, 18 de ellos se definen como espontáneos, lo que corresponde a 75% del total, distribuido igualitariamente en 9 casos para los grupos con DIU no extraído y DIU extraído. 6 abortos, lo que representa el 25%, fueron voluntarios distribuidos en 2 para el grupo con DIU no extraído y 4 al extraído. Estos casos limitan el estudio de la contribución del DIU en el desencadenamiento de abortos.

La razón primordial de la realización de estos abortos voluntarios no fue específicamente el hecho de ser un hijo no deseado, sino la preocupación, que es producto de ignorancia, prejuicios y tabúes, que al salir embarazada una

mujer con el DIU, éste puede aparecer incrustado en cualquier parte de la anatomía del bebé y el aumento de posibilidades de anomalías congénitas.

En la tabla No. 6 representamos todos los casos de nuestra investigación por trimestre gestacional, donde tenemos que en el primer trimestre, de 55 casos hubo 17 abortos, conservándose 38 embarazos para una cantidad porcentual de 70, habiendo un 42.27% de los casos con DIU no extraído y con remoción de dispositivo 27.63%. En el segundo trimestre observamos en nuestra casuística de 38 casos que se conservaron en el primer trimestre, 7 casos terminaron en aborto del segundo trimestre, cuyas edades gestacionales fueron de 13 a 19 semanas inclusive. De estas usuarias que en el segundo trimestre corresponde a un 52.7%, 46.24% fueron con el DIU in situ y a un 5.45% se le hizo remoción de dispositivo. De los 31 casos restantes, 2 casos terminaron en parto con producto inmaduro. En el tercer trimestre gestacional en nuestra investigación, de 29 casos que se conservaron en el segundo trimestre, 3 casos terminaron en parto con producto prematuro. De éstos fallecieron 2 productos, 1 por síndrome de distress respiratorio y eritroblastosis fetal y el otro a las 11 horas de nacido por su condición per se de premadurez, a las 30 semanas y 3 días. Se presentó en nuestro trabajo una casuística de 23 productos a término, nacidos de 22 usuarias, ya que hubo un embarazo gemelar. Se obtuvieron 4 productos postmaduros cuyas edades gestacionales se comprendieron entre 43 a 45 semanas; este diagnóstico de postmadurez se

Tabla No. 6  
DISTRIBUCION DEL RESULTADO DEL PRODUCTO DE LA CONCEPCION  
SEGUN TRIMESTRES GESTACIONALES

Conservación	Número de Embarazadas Menos Resultado Producto	Conservación del No. de Embarazos para el Trimestre	Por Ciento de Conservación	Con DIU No Extraído %	DIU Extraído %
Primer Trimestre	55 menos 17 abortos	38	70%	42.27	27.63
Segundo Trimestre	38 menos 7 abortos	31	52.7%	47.24	5.45
	31 menos 2 productos inmaduros	29			
Tercer Trimestre	29 menos 3 productos prematuros	26	52.7%		
	26 menos 23 productos a término	3			
	4 menos 4 productos postmaduros	—			

Tabla No. 7  
PESO AL NACER

Peso en Libras	Valor Absoluto	%	DIU No Extraído	%	DIU Extraído	%
Desconocido	2	6.2	2	6.3	0	—
4	3	9.4	2	6.3	1	3.1
6	2	6.2	0	—	1	3.1
6 1/2	3	9.4	1	3.1	2	6.3
6 3/4	2	6.3	1	3.1	1	3.1
7	3	9.4	0	—	3	9.4
7 1/4	2	6.3	1	3.1	1	3.1
7 1/2	5	15.6	2	6.3	3	9.4
7 3/4	3	9.4	0	—	3	9.4
8 1/2	3	9.4	1	3.1	2	6.3
9	2	6.2	1	3.1	1	3.1
9 1/2	1	3.1	—	—	1	3.1
<b>TOTALES</b>	<b>32</b>	<b>100</b>	<b>11</b>	<b>34.4</b>	<b>21</b>	<b>65.6</b>

realizó a partir de la fecha de la última menstruación (FUM).

De los 29 niños nacidos vivos, que representan un 90.6%, a nueve usuarias no se les extrajo el dispositivo para un 28.1% y 20 usuarias tuvieron su parto habiéndoseles removido el dispositivo para un 62.5%.

En nuestra investigación se presentaron 3 fallecimientos, de los cuales 1 fue a término producto de un embarazo gemelar, siendo éste el primer gemelar. Este caso presentado en 1 usuaria a la cual se le retiró el dispositivo. 2 casos de inmadurez para un 6.3% se presentaron en 2 usuarias a las cuales no se les retiró el dispositivo.

En la tabla No. 7, hacemos una representación de los pesos de los niños nacidos en nuestra investigación, donde se observa que éste osciló entre 4 libras y 9 1/2 libras. Hubo 2 casos donde no se conoció el peso de los niños al nacer, para un 6.2%, siendo estos 2 niños que nacieron inmaduros de usuarias que permanecieron con el dispositivo. Hubo 3 casos de niños que nacieron con 4 libras para una cantidad porcentual de 9.4. De éstos, 2 nacieron de usuarias a las cuales no se les removió el dispositivo para un 6.3% y una a la cual sí se le removió, para un 3.1%. De estos niños, 2 murieron: 1 teniendo 34 semanas de gestación, a cuya madre se le retiró el dispositivo por eritroblastosis fetal y por síndrome de distress respiratorio. El otro caso fue 1 niño de 30 semanas y 3 días a cuya madre no se le extrajo el dispositivo y la causa fue una RPM, y como complicación de ésta, un abrupcio placentae. Hubo 1 caso de un recién nacido de bajo peso para su edad gestacional, teniendo 38 semanas y 6 días de embarazo a cuya madre se le retiró

el dispositivo. Este caso representó en nuestra investigación un 3.1%. Los otros pesos de los niños obtenidos en nuestro estudio fueron normales. Estos pesos comprendieron entre 6 y 9 1/2 libras.

En nuestro estudio no se presentó ningún caso con anomalía congénita.

### COMENTARIOS

El comportamiento de las condiciones generales del recién nacido en término de: nacido vivo, nacido muerto, prematuridad (comentado anteriormente), malformaciones congénitas, se atribuye de manera muy similar a los comportamientos ofrecidos en la literatura consultada, tal como expresa el próximo cuadro:

### VALORES EXPRESADOS EN PORCIENTO

Estudios	Natimuerto	Nac. Vivo	Anom. Cong.	Total de Partos
Presente estudio	9.37	90.62	—	32
Dreishspoon	16.66	23.33	—	10
Shine & Thompson	18.12	81.81	—	22
Tatum	2.40	97.59	0.70	166
Vessey	3.03	96.96	6.06	66
Lewit	11.03	88.96	—	154

Al comparar estos resultados con la población general, es decir, a la tasa de nacimientos vivos y muertos de dos instituciones oficiales.

#### Tasa de Natimueitos

2.56 nacimientos x cada 100  
nacimientos en 1985

Maternidad Ntra. Sra.  
de la Altagracia\*

#### Tasa de Nac. vivos

97.44 Nac. vivos x cada 100  
nacimientos en 1985

#### Tasa de Natimueitos

2.13 Nac. muertos x cada 100  
en 1985

Hosp. Materno-Infantil  
S. Lorenzo de Los  
Minas\*

#### Tasa de Nac. vivos

97.86 Nac. vivos x cada 100 en  
1985

(\*) Datos obtenidos de la Oficina de Estadísticas de la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social. SESPAS.

Es notable la similitud en frecuencia relativa de los resultados para la población con DIU in situ y la población general, lo cual permite comentar que de existir la posibilidad de que el DIU contribuya en el desenlace del embarazo que se conserva más allá de las 20ava. semanas, que es necesario realizar estudios de mayor profundidad del conocimiento buscado y más exhaustivo en su descripción.

### CONCLUSIONES

—No es posible predecir la aparición del embarazo luego de la inserción del DIU en término de intervalo de tiempo aproximado, pero en sentido general, la gran mayoría de los embarazos resultaron en los primeros dos años de planificación.

—Se observó similitud de comportamiento entre nuestros hallazgos y los de la bibliografía consultada.

—Existe una mayor probabilidad de asociación entre los abortos, partos con productos inmaduros y prematuro de embarazo cursante con DIU, en relación con las demás afecciones manejadas. La presencia de una mayor producción de prostaglandina  $F_2 \alpha$  en usuarias del DIU, con la

consecuente sobre-estimulación uterina,<sup>6</sup> puede ser la responsable de tales acontecimientos. Nuestros resultados presentan una relativa frecuencia elevada de estas afecciones e igual comportamiento revelan los estudios consultados.

—El mayor número de complicaciones se presentó en el primer trimestre y aunque con escasa diferencia porcentual, se observó mejor evolución entre las usuarias con DIU extraído.

—Al momento presente no es posible atribuirle al DIU la presencia de malformaciones congénitas o natimuerto como resultado fatal.

### RECOMENDACIONES

—Recomendamos al personal médico del CINSERHA, realidad concreta del presente estudio, estar siempre a la expectativa de que un embarazo puede hacerse presente con DIU insertado; sobre todo en usuarias con tiempo de planificación inferior al segundo año.

—La conducta del médico en torno a la presencia de un embarazo con DIU in situ debe ser siempre a la expectativa por:

- a) Estar asistiendo un embarazo generalmente no deseado.
- b) Un embarazo con un comportamiento que puede presentar mayor número de complicaciones en relación a la población general.
- c) La preocupación materna de considerar al DIU un provocador de malformaciones congénitas.

Debe orientarse a las usuarias de que no hay ninguna afirmación que refiera la presencia de malformaciones atribuibles al DIU.

—A pesar de que todos los estudios revisados, incluyendo el nuestro, por su naturaleza descriptiva, se limitan a señalar la distribución del fenómeno sobre una población dada, coinciden en hallazgos de mejor curso gestacional para las usuarias con extracción del DIU a temprana edad del embarazo. Recomendamos lo expresado por Eisinger,<sup>7</sup> Dreishpoon,<sup>8</sup> Lewit,<sup>3</sup> Fallon,<sup>9</sup> Christian<sup>10</sup> y Tatum<sup>11</sup> quienes expresan que siempre "que los apéndices del DIU sean visibles, su extracción en tempranas épocas gestacionales favorece positivamente la evolución del embarazo".

—Apoyados en nuestros hallazgos en torno a la evolución del embarazo con DIU, no recomendamos el aborto terapéutico cuando no sea posible la extracción del DIU; al contrario de Dreishpoon<sup>8</sup> y Eisinger<sup>7</sup> que ven una urgencia en tal conducta médica.

—Es necesario seguir insistiendo en la investigación del tema con diseños descriptivos exhaustivos que permitan comparar la frecuencia de una complicación del embarazo cursante con DIU en relación a la población general y realizar estudios para determinar la presencia del DIU como factor de riesgo para el aborto, por ser esta entidad en la que mayor frecuencia relativa se observó, tanto en lo arrojado

por nuestros resultados como los de la literatura revisada.

—Es necesario definir a qué grupo de riesgo corresponde un embarazo con DIU in situ.

#### BIBLIOGRAFIA

1. Formación Social Dominicana y Proceso Salud-Enfermedad. Centro de Investigación y Apoyo Cultural. 1984, pág. 176 (Malthus: Teoría).
2. Departamento de Estadística de CONAPOFA, SESPAS.
3. Lewit S. Outcome of pregnancy with intrauterine devices. *Contraception* 1970, 2:47.
4. Tatum H. Management and outcome of pregnancies associated with the copper T IUD. *Am J Obstet Gynecol* 1976; 126: 869.
5. Shine R. The in situ IUD pregnancy outcome. *Am J Obstet Gynecol* 1974; 119:124.
6. Interamericana. Ginecología y Obstetricia. Temas actuales. Anticoncepción, 1979, Vol. 1. México.
7. Eisinger S. Second trimester spontaneous abortion; the IUD and infection. *Am J Obstet Gynecol* 1976; 124:393.
8. Dreishpoon I. Complication of pregnancy with an intrauterine contraceptive device in situ. *Am J Obstet Gynecol* 1975; 121: 241.
9. Fallon J. Pregnancy with IUD in situ. *Kansas Medicine* 1985; pag. 322.
10. Christian CD. Maternal deaths associated with intrauterine device. *Am J Obstet Gynecol* 1974; 119:441.
11. Tatum H. Management and outcome of pregnancies associated with the copper IUD. *Am J Obstet Gynecol* 1976; 126:869.