

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR**  
Facultad de Medicina  
Maestría en Servicios Integrales de Salud Sexual y Reproductiva



**Universidad de El Salvador**  
*Hacia la libertad por la cultura*

**USO DE DIU T DE COBRE 380<sup>a</sup> EN MUJERES QUE ACUDEN AL  
HOSPITAL 1° DE MAYO, DE JUNIO 2010 A MARZO 2011.**

Investigación presentada por:

DOCTORA: YANCY CAROLINA GRANADOS MARTÍNEZ

DOCTORA: SONIA KARINA TESORERO DE VIDES

Para Optar al Título de:

MAESTRA EN SERVICIOS INTEGRALES  
DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Asesores:

DR. EDWARD ALEXANDER HERRERA. MScVIH.

ING.SAUL ALFONSO GRANADOS. MScEdU.

LIC. PATRICIA DE LOS ANGELES BARRIENTOS. MScPS.

**CIUDAD UNIVERSITARIA, DICIEMBRE DE 2015.**

## **AGRADECIMIENTOS**

### **Dra. Yancy Carolina Granados Martínez**

A la fuerza creadora del universo por su misericordia  
A mi madre, Ana Luisa Granados por su maravilloso amor  
A mi esposo José Manuel Guzmán por su amor incondicional  
A mi hijo, Max Alexander Guzmán por la oportunidad de vivir y ser un mejor ser humano cada día  
A toda mi familia Granados por la unión perfecta  
A mis queridos compañeros de la maestría por el conocimiento compartido  
A mis maestros y asesores por su tiempo y dedicación

### **Dra. Sonia Karina Tesorero de Vides**

A Dios por permitirme este nuevo logro  
A mi esposo Manuel por ser siempre mi apoyo para seguir adelante.  
A mis hijos, Manuel y Diego, quienes son las bendiciones más grandes de mi vida.

## **INDICE**

<b>CONTENIDO</b>	<b>PAG.</b>
INTRODUCCIÓN	1
JUSTIFICACIÓN	2
<b>CAPÍTULO I</b>	
<b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	
1. Antecedentes del Problema	5
2. Enunciado del Problema	15
<b>CAPÍTULO II</b>	
<b>OBJETIVOS</b>	
1. General	15
2. Específicos	15
<b>CAPÍTULO III</b>	
<b>MARCO TEÓRICO</b>	
Modelo Teórico de la Investigación	16
Modelo de Análisis de la Investigación	38
Hipótesis	39
<b>CAPÍTULO IV</b>	
<b>DISEÑO METODOLÓGICO</b>	
A. Tipo de Estudio	40
B. Área de Estudio	40
C. Población y Muestra	40
D. Técnicas e Instrumentos	41
E. Plan de Tabulación y Análisis de Datos	41
F. Control de Sesgos, Variables Distractoras y Modificadoras	42
I. Aspectos Éticos de la Investigación	42
<b>CAPITULO V. RESULTADOS</b>	44
<b>CAPITULO VI. ANÁLISIS DE RESULTADOS</b>	57
<b>CAPITULO VII. CONCLUSIONES</b>	62
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	65
<b>ANEXOS</b>	69

## **INTRODUCCION**

El uso de DIU como método de planificación familiar de larga duración (hasta 10 años), tiene una prevalencia del 0.8% en la población femenina en edad reproductiva, del 73 % de mujeres Salvadoreñas que utilizan algún método de planificación familiar <sup>(1)</sup>.

El DIU representa una excelente alternativa debido a sus grandes beneficios como bajo costo, conveniencia, accesibilidad y larga duración; sin embargo en algunas mujeres potenciales usuarias de DIU y algunos proveedores de salud persisten los mitos sobre el uso del mismo que afectan la accesibilidad al método.

Algunas usuarias de DIU reportan efectos secundarios que afectan su calidad de vida, los cuales podrían evitarse con una consejería balanceada sobre Planificación familiar previa a la colocación del método.

Además algunas mujeres presentan complicaciones, estos casos son raros si se cuenta con el personal debidamente capacitado, acreditado para la inserción del método en condiciones de seguridad técnica y bajo la prevención de infecciones.

Con el antecedente de que en El Salvador no se han realizado estudios que determinen el uso del DIU T de Cobre y sus factores asociados tales como: la caracterización de la usuaria, el impacto de los efectos secundarios en la discontinuación del método, así como la baja accesibilidad al mismo por múltiples razones, se postula la importancia de identificar y dar a conocer dichos aspectos en beneficio del seguimiento clínico integral de la mujer que utiliza el DIU T de Cu 380A como método de planificación familiar reversible y de larga duración.

1. FESAL 2008. Encuesta de Salud Familiar. USAID, CDC, ADS

## JUSTIFICACION

El motivo del presente es documentar los factores asociados al uso de DIU, puesto que la revisión literaria señala que es un método altamente efectivo y conveniente de planificación familiar (El 13% de la población de mujeres en edad reproductiva lo utilizan a nivel mundial) (2), sin embargo pese a sus múltiples ventajas solo el 0.8% de la población salvadoreña lo utiliza.

Por lo que es imperante contar con un estudio que aborde los factores relacionados con la accesibilidad al método; que incluyen las aptitudes y actitudes del proveedor hacia el DIU, la garantía de la calidad, asesoramiento y procedimientos de consentimiento informado – entre otros factores que influyen en el acceso y uso del DIU.

De hecho, la falta de acreditación técnica para la colocación del DIU, no contar con los espacios y los insumos necesarios para la inserción segura del método (cuidándose los estándares de calidad y la prevención de infecciones) recrudece de manera alarmante la falta de accesibilidad al DIU.

Es importante documentar que la información anticuada u obsoleta que los proveedores y consejeros tienen para escoger a la potencial usuaria o para quién es adecuado; es un factor que limita el uso del DIU en El Salvador. Tradicionalmente en muchos entornos incluyendo el nuestro, los DIU se han recomendado a las mujeres que tienen al menos un hijo y preferentemente dos o más. Sin embargo, los DIU son apropiados para la mayoría de las mujeres; sin importar la paridad.

Actualmente, una gran proporción de mujeres desconoce a fondo el mecanismo de acción del DIU o tiene menos conocimientos acerca del método y sus beneficios en comparación con los métodos de acción corta. Este desconocimiento impide que la usuaria decida libre, consciente y de manera informada sobre cuál es el método que responde a sus expectativas y necesidades individuales, lo que aumenta la inaccesibilidad al método.

2. **Population Reports.** Baltimore, Maryland: INFO Project, Center for Communication Programs, the Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. Series M, Number 19, 2005.

Además, muchas mujeres, hombres y proveedores han oído y creen en mitos negativos e información incorrecta en torno al uso de los DIU. Las percepciones negativas resultantes entre los proveedores y consumidoras son una barrera significativa al mayor uso del método y a menudo opacan sus beneficios, que a veces las consumidoras no los perciben.

Históricamente, los esfuerzos promocionales por los fabricantes farmacéuticos tanto proveedores como consumidores se han centrado en gran parte en los métodos hormonales, con poca inversión en la promoción del DIU para contrapesar los mitos negativos y la información incorrecta. Por lo tanto un perfil común visto en muchos países es que el uso de algunos métodos hormonales, en particular los inyectables, ha aumentado con una disminución concomitante en el uso de los DIU; encareciendo los costos de los servicios de planificación familiar a largo plazo.

Se espera documentar las razones involucradas en la limitada oferta de DIU y las implicaciones para la usuaria potencial de DIU (insatisfacción sobre la atención y sobre el método de planificación indicado, aumento del riesgo de embarazos no deseados, deserción escolar, abandono de proyectos de vida, aumento de la mortalidad materna.)

Este estudio considera evidenciar, la necesidad de aumentar la oferta de DIU en beneficio de la población salvadoreña, a fin de disminuir la mortalidad materna uno de los grandes pilares de la maternidad segura (ODM) y permitir el desarrollo integral de la mujer salvadoreña, de sus familias y de la sociedad.

Además, valorar el DIU en términos de costo-beneficio no solo para las instituciones sino también para la mujer, la familia, la sociedad, las instituciones de salud, y el estado, pues el DIU es reversible, eficaz de bajo costo y larga duración.

Evidentemente se desea describir como la consejería apropiada incrementaría las tasas de uso de DIU, en base a las ventajas y los beneficios ya descritos ampliamente por la bibliografía consultada, y las necesidades de disminuir los costos por parte de las instituciones que ofertan MPF de larga duración y reversibles como el DIU y el impacto

socio-económico y de conveniencia en las mujeres que lo necesitan, resultaría en un logro para la valoración de una norma que valide dicha técnica tan desconocida o desatendida por el personal de salud.

Se pretende contribuir a que los tomadores de decisiones en el hospital orienten el programa de planificación familiar, basados en medicina basada en evidencia local.

El Salvador no cuenta con estudios que documenten los factores relacionados al uso del DIU: la caracterización de las mujeres que lo utilizan, las razones de discontinuación causada por efectos secundarios y la accesibilidad a los servicios que lo ofertan.





# CAPITULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

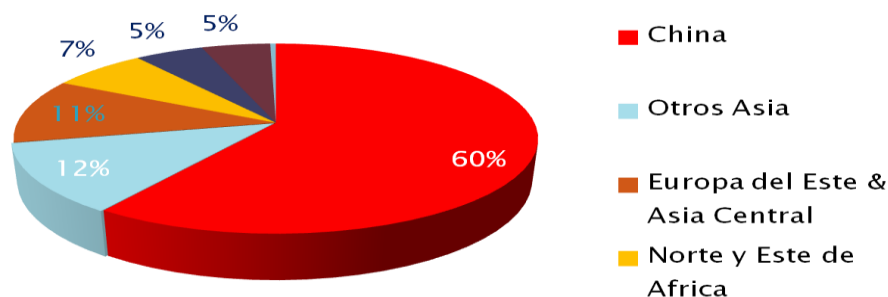
## 1. ANTECEDENTES

La planificación familiar es un componente esencial en los servicios de salud sexual y reproductiva en el sentido que la postergación, espaciamiento o limitación de los embarazos, independientemente de las características socio demográficas de las mujeres, es un pilar fundamental de la maternidad segura y contribuye significativamente a la supervivencia infantil.<sup>(1)</sup>

A nivel mundial cerca de 160 millones de mujeres utilizan el DIU : las tasas de uso en China son de 67%, Indonesia 4.5%, Vietnam 3.5%, India 3%.<sup>(3)</sup>; aunque es más popular en los países en vías de desarrollo que en los desarrollados (en Estados Unidos, Canadá y Australia sólo el 4% de las mujeres en edad reproductiva lo utiliza)<sup>(4)</sup> (Figura 1)

## GENERALIDADES Uso del DIU

Distribucion del uso del DIU por región.



153.33 millones de mujeres en todo el mundo

Fuente: Population Report 2006

1. FESAL 2008. Encuesta de Salud Familiar. USAID, CDC, ADS

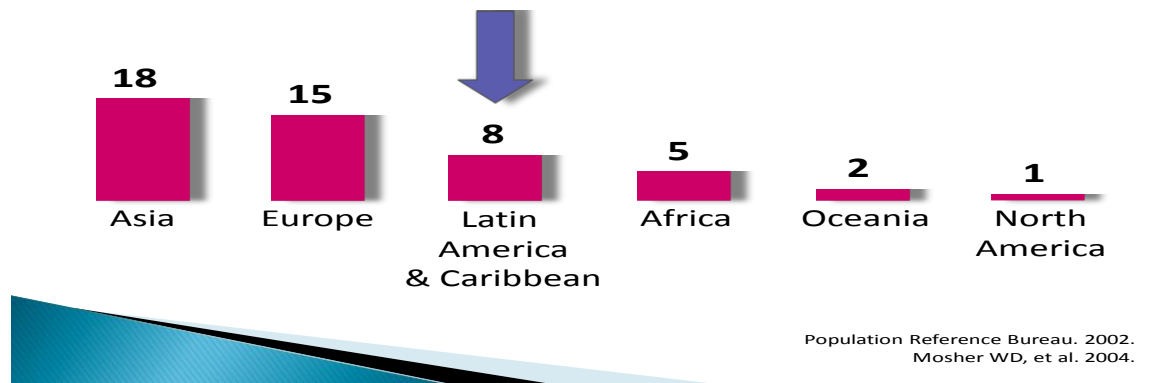
3. Prevalencia de uso de DIU T Cu. Maudlin 1994.

4. IUDs-An Update, Chapter 2.3: Effectiveness [http://info.k4health.org/pr/b6/b6chap2\\_3.shtml#top](http://info.k4health.org/pr/b6/b6chap2_3.shtml#top)

El 13% de todas las mujeres casadas y en edad reproductiva usan DIU a nivel mundial. (5)  
De esta población total, los porcentajes se distribuyen así: Asia 18%, Europa 15%, Latino América y el Caribe 8%, África 5%, Oceanía 2% y Norte América 1%. (6)

## Uso del DIU a nivel mundial

% Use for Married Women of Reproductive Age



El uso de DIU T Cu 380 A tiene una prevalencia de uso del 0.8% en la población femenina en edad reproductiva de El Salvador. (1); sin embargo este dato solo hace referencia a mujeres de 15 a 44 años que están casadas o acompañadas y no estima a mujeres solteras. Otros estudios sugieren que la tasa de uso de DIU a Noviembre de 2010 es de 3.3% en la población de mujeres en edad reproductiva, independiente de su estado civil. (7)

Los resultados de las investigaciones realizadas en los últimos 25 años han establecido que los dispositivos intrauterinos (DIU) son seguros, efectivos, de larga duración, reversibles y de muy bajo costo, para el uso por la mayoría de las mujeres, incluidas aquellas que no han tenido hijos, las que desean espaciar los nacimientos, y aquellas que viven con una infección del VIH o que están en riesgo de adquirirla (8)

1. FESAL 2008. Encuesta de Salud Familiar. USAID, CDC, ADS

2. Population Reports. Baltimore, Maryland: INFO Project, Center for Communication Programs, the Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. Series M, Number 19, 2005.

5. Criterios de Elegibilidad de la OMS Revisados. [http://www.icmer.org/RHO/html/cont\\_who-eligibility.html](http://www.icmer.org/RHO/html/cont_who-eligibility.html).

6. Population Reference Bureau. 2002. Mosher WD, et al. 2004

7. MIS. Logros a Noviembre de 2010. Programa Salud de la Mujer. Pasmó El Salvador.

8. Lista de verificación para examinar a clientas que desean iniciar el uso del DIU de cobre

<http://www.fhi.org/NR/rdonlyres/eimeq2z3rh5umzpev6ah37zmdsmfi54irtwy4oujwvtjmwawou2ukn4zoe7a5hkxyilxwulzjpsj4j/ListaVerificacionDIU.pdf>

El DIU es el segundo método anticonceptivo usado con mayor frecuencia entre las mujeres casadas en edad reproductiva, después de la esterilización femenina, y es el anticonceptivo reversible que se usa con mayor frecuencia. (2)

Sin embargo, muchas mujeres temen usar el dispositivo intrauterino debido a que un tipo de DIU (Gravigard Cu 7) tuvo problemas y se retiró del mercado en 1975. Los dispositivos intrauterinos existentes ahora son seguros y más eficaces. El diseño de estos dispositivos ha cambiado y los médicos son cuidadosos a la hora de seleccionar las pacientes que pueden usarlos. (9)

Además, las usuarias de DIU presentan efectos secundarios como el dolor y sangrado menstrual, así como el sangrado entre períodos y secreciones vaginales (10); lo que aumenta su temor y acrecienta sus mitos; siendo estas son las principales razones personales de discontinuación de uso de DIU, debido a la falta o escasa consejería sobre planificación familiar antes de la inserción del método.

Rara vez ocurren complicaciones graves con el uso de un dispositivo intrauterino, como: Expulsión, Perforación (11); Infecciones en el útero o en las trompas de Falopio, embarazo (10). Estas surgen durante o inmediatamente después de la inserción del dispositivo. Y se constituyen en las razones médicas más predominantes de discontinuación del DIU T de Cobre 380 A. Se informa que las tasas de discontinuación de DIU son de alrededor del 70% después de tres años de uso (12)

El éxito de la continuación del uso del DIU depende que los proveedores ofrezcan una alta calidad de la atención, la cual incluye: selección adecuada, asesoramiento informativo

**2. Population Reports.** Baltimore, Maryland: INFO Project, Center for Communication Programs, the Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. Series M, Number 19, 2005.

**9. Planificación familiar: Un Manual Mundial para Proveedores. 2007**

USAID, OMS, <http://info.k4health.org/globalhandbook/remindersheets/Spanish-Chap9.pdf>

**10. El Dispositivo Intra-uterino. ACOG. Medline. Abril/2007**

C:\Users\Educadores\Desktop\Articulos seleccionados\ACOG Education Pamphlet SP014 -- El Dispositivo Intrauterino.mht

**11. "IUD Guidelines for Family Planning Services Programs"**

JHPiego, USAID, Capacity Project.

**12. Dispositivos intra uterinos con cobre para la anticoncepción.**

Kulier R, O'Brien PA, Helmerhorst FM, Usher-Patel M, D'Arcangues C

Reproducción de una revisión Cochrane, traducida y publicada en *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008, Número 2

(Consejería balanceada), medidas adecuadas de prevención de infecciones e inserción cuidadosa, y seguimiento apropiado

En la actualidad a nivel nacional el ISSS (Instituto Salvadoreño de Seguro Social) cuenta con 159 profesionales de la salud acreditados en la colocación de DIU T cobre 380 A y sensibilizados en materia de consejería balanceada sobre planificación familiar. El Hospital 1° de mayo tiene 45 proveedores, 37 de estos son residentes y 8 médicos agregados.

Sin embargo el 96.6 % de proveedores a nivel nacional, manifiesta estar experimentando dificultades para proveer el servicio de inserción de DIU, siendo específicamente el tiempo para la atención (horas/cupo) lo que interfiere en la efectiva oferta del método. (13)

Las mujeres salvadoreñas presentan la imperante necesidad de planificar sus familias debido a un entorno cada vez más competitivo que exige de ellas una mayor instrucción académica para lograr desarrollarse a plenitud como mujeres, madres, y esposas.

La planificación familiar es un componente esencial en los servicios de salud sexual y reproductiva en el sentido que la postergación, espaciamiento o limitación de los embarazos, independientemente de las características socio demográficas de las mujeres, es un pilar fundamental de la maternidad segura y contribuye significativamente a la supervivencia infantil.(1)

Aproximadamente la cuarta parte de la población en edad reproductiva no usa métodos de planificación familiar. Solo el 73% de las mujeres casadas o acompañadas de 15 a 44 años usan un método de planificación familiar, de estas el 76% está en el área urbana y 67% en la rural (1), notándose que solo el 56% de las mujeres viven en unión conyugal (1) y que este dato no incluye a las mujeres solteras en edad reproductiva.

La falta de accesibilidad a los servicios de planificación familiar continúa siendo un problema para la mayoría, pues algunas obtienen un método sin la información adecuada,

1. FESAL 2008. Encuesta de Salud Familiar. USAID, CDC, ADS

13. Formato de Seguimiento del entrenamiento. Programa salud de la mujer. Pasmó 2010

completa y sin conocimiento previo sobre la diversidad que existe en materia de planificación familiar; otras a pesar de tener información y haberlo seleccionado de manera libre, consciente e informada encuentran barreras en los proveedores de servicios de salud que impiden el acceso al mismo, lo que se traduce en insatisfacción de la usuaria, no aceptabilidad de método propuesto por el proveedor, y abandono de la planificación familiar; porque no encontró el método que busco.

Es necesario entender en base a los derechos sexuales y reproductivos que es la mujer, quien de forma libre, consciente e informada decide sobre el método de planificación familiar que responda a sus necesidades individuales. Y que el papel del proveedor es orientarla e informarla a través de una consejería balanceada. El desconocimiento en materia de derechos sexuales y reproductivos por parte del proveedor y la falta de empoderamiento de las usuarias es determinante.

Una característica del DIU como un método de planificación familiar, del mismo modo que todos los métodos de acción prolongada y permanente, es que es dependiente del proveedor. El servicio forma parte del "producto". Como tal, la comercialización del DIU incluye generalmente la promoción de los establecimientos de servicio, además de la promoción del propio método. Los programas de promoción del DIU también requieren integración cuidadosa con medidas para abordar los factores relacionados con el suministro. Estos incluyen capacitar para hablar de las aptitudes del proveedor y las actitudes hacia el DIU, la garantía de la calidad, asesoramiento y procedimientos de consentimiento informado –todos los que deben estar en su sitio para que la comercialización tenga éxito.

La falta de acreditación técnica para la colocación del DIU, no contar con los espacios y los insumos necesarios para la inserción segura del método (cuidándose los estándares de calidad y la prevención de infecciones) recrudece de manera alarmante la falta de accesibilidad al DIU.

Desde una perspectiva de comercialización, el factor principal que limita el uso del DIU, es el hecho de que menos información ha estado a disposición de las consumidoras acerca de este método en comparación con los métodos de acción corta, tan publicitados y tan

demandados por las mujeres salvadoreñas. Históricamente, los esfuerzos promocionales por los fabricantes farmacéuticos tanto proveedores como consumidores se han centrado en gran parte en los métodos hormonales, con poca inversión en la promoción del DIU. Además, los proyectos de mercadeo social financiados por donantes se han centrado tradicionalmente en los métodos no clínicos como condones, y anticonceptivos orales e inyectables.

Actualmente, una gran proporción de mujeres desconoce el DIU o tiene menos conocimientos acerca del método y sus beneficios en comparación con los métodos de acción corta.

Además, muchas mujeres, hombres y proveedores han oído y creen en mitos negativos e información incorrecta en torno al uso de los DIU. Las percepciones negativas resultantes entre los proveedores y consumidoras son una barrera significativa al mayor uso del método y a menudo opacan sus beneficios, que a veces las consumidoras no los perciben.

Las concepciones erróneas comunes que se oyeron en los grupos de discusión incluyen la creencia que el DIU: puede desplazarse a través del cuerpo y causa daño/debe recobrase mediante intervención quirúrgica; causa cáncer; las usuarias se sienten débiles y su capacidad de trabajar se ve afectada; no es eficaz y si una mujer queda embarazada usando el DIU, perjudicará al feto (un mito generalmente citado en Asia, América Latina y África es que el bebé nacerá sosteniendo el DIU o que se podría cicatrizar o lesionar por el dispositivo); los hilos del DIU interfieren con la relación sexual; causa dolor de espalda, fatiga e infecciones por sí mismo.

A diferencia de las píldoras y los inyectables, ha habido poco apoyo a la comercialización de los DIU para contrapesar los mitos negativos y la información incorrecta. Por lo tanto un perfil común visto en muchos países es que el uso de algunos métodos hormonales, en particular los inyectables, ha aumentado con una disminución concomitante en el uso de los DIU. Otros retos que afectan a las percepciones del método incluyen:

- **Reputación deficiente de las experiencias negativas previas:** Las experiencias negativas con proveedores que no están debidamente capacitados o modelos más

viejos del DIU pueden influir tanto en el proveedor como en las actitudes de las clientas hacia el DIU.

- **Costos iniciales elevados:** Mientras es menos costoso a largo plazo que otros métodos, la inserción del DIU a veces requiere costos más elevados por adelantado para cubrir el servicio de inserción. Este quizá sea un factor limitante entre las personas de bajos ingresos que no tienen suficiente dinero en efectivo para pagarlos.
- **Prejuicios del proveedor:** Los proveedores pueden tener percepciones negativas similares del método, basados en información incorrecta, y también pueden no tener incentivos para proporcionar el método, dado el tiempo y equipo requerido para insertarlo.

Por consiguiente, los prejuicios del proveedor forman un reto adicional de comunicaciones que hay que abordar. (2)

Esto conlleva a que exista un mayor número de mujeres que usan un método que no desean y con el cual no se sienten bien, porque los efectos secundarios afectan su calidad de vida como mujeres, madres y esposas.

Un DIU puede usarse durante hasta por 10 años, y la usuaria no necesita más suministros. Por lo tanto con el transcurso del tiempo los DIU pueden ser económicos tanto para los programas como para las clientas, aunque los costos iniciales quizá sean mayores que otros métodos anticonceptivos reversibles. En muchos estudios de costos, el DIU se convierte en uno de los métodos más baratos para las clientas en uno a cinco años.

El factor costo beneficio es importante no solo para la clienta sino para las instituciones de salud ya que los desabastecimientos de insumos en materia de planificación familiar provocan migraciones obligadas de un método a otro; lo cual provoca más insatisfacción en la usuaria.

Al 2008 en El Salvador, el 17% de mujeres casadas o acompañadas de 15 a 44 años, manifestó que preferiría usar un método distinto <sup>(1)</sup>, aclarando que este dato no cuenta a las mujeres solteras que no están satisfechas con el método. Así mismo el 72% de mujeres usuarias de DIU deseaban continuar el uso del método, se sentían satisfechas. <sup>(1)</sup>

La insatisfacción de la usuaria y su deseo de intentar el uso de un método moderno de planificación familiar como el DIU T de Cobre pero sin lograr el acceso al mismo provoca: que continúe con el método indicado por el profesional de salud a costa de sentirse insatisfecha o que decida abandonar la planificación porque no tolera los efectos secundarios del método prescrito; de hecho el 28% de mujeres casadas de 15 a 44 años no usan anticonceptivos y el 29% de estas lo abandonaron debido a los efectos secundarios <sup>(1)</sup> lo cual se traduce en un costo individual muy grande a corto plazo en términos psicológicos de insatisfacción y presión por evitar un embarazo y sentirse imposibilitada para lograrlo; en términos familiares y sociales, la discontinuación del método o la no accesibilidad al método deseado se traducirá en embarazos no planificados, abandono de estudios, limitación económica para mantener la subsistencia familiar y abandono del proyecto de vida.

El Salvador tiene una tasa de embarazos no deseados del 19% (las mujeres no deseaban embarazarse) y el 20% de los embarazos son deseados pero no planificados (las mujeres deseaban un embarazo pero en otro momento) <sup>(1)</sup>

Lo que significa que a pesar de los descensos importantes en cuanto a la fecundidad en los últimos años (TGF=2.5 hijos por mujer) y a pesar de la alta prevalencia en el uso de métodos mostrada en la última Encuesta de Salud Familiar, FESAL (2008), existe una gran demanda insatisfecha, especialmente en las poblaciones rurales y en las urbanas menos favorecidas.

A largo plazo, si la mujer no cuenta con apoyo familiar difícilmente retomara su proyecto de vida lo que afectara el desarrollo económico-social y psicológico que necesita para lograr el desarrollo pleno de sus hijos, su pareja y de ella misma.

1. FESAL 2008. Encuesta de Salud Familiar. USAID, CDC, ADS



Ello impactara además en la inversión que las instituciones y el estado deberá hacer para la atención de los embarazos no planificados, y la atención de partos.

Aunándose a esto, que las mujeres se exponen a una mayor tasa de mortalidad materna, la cual es proporcional al número de hijos, espaciamiento de los mismos (un periodo menor a 24 meses es un indicador de muerte tanto para la madre como para el hijo), y condiciones inapropiadas de atención del binomio: madre-hijo.

La muerte materna conlleva un impacto severo sobre el futuro de los hijos que quedan en orfandad y la consecuente limitación en el progreso y desarrollo integral de estos dentro de la sociedad.

La tasa de uso de DIU es apenas de 0.8% en las mujeres casadas o acompañadas en edad reproductiva, aun conociendo las amplias bondades del método si es colocado por un proveedor capacitado, actualizado ya acreditado en las técnicas de inserción de DIU avaladas bajos estrictos estándares internacionales.

Obviamente, se necesitan esfuerzos de comunicaciones para abordar los factores subyacentes de la baja aceptación y uso de los DIU. La intensificación de la información dirigida a la consumidora sobre el método también tendría potencialmente los beneficios más amplios de mejorar el acceso y la provisión del método por los proveedores:

- Al exponer información exacta en el pre-asesoramiento se reduce la carga en ciertos consejeros para familiarizar a las clientas con el DIU y sus atributos.
- La información dirigida a las consumidoras crea ‘atracción’: Las mujeres que se han informado acerca del DIU y sus beneficios antes de su visita a la clínica pueden tener mayores probabilidades de hacer preguntas al proveedor, de ese modo ayudando a asegurar su inclusión entre las opciones anticonceptivas presentadas, en caso de que sea omitida por el proveedor.

Un factor que limita el uso del DIU es la información anticuada u obsoleta que los proveedores y consejeros tienen al decidir para quién sea el método o para quién es adecuado. Tradicionalmente en muchos entornos, los DIU se han recomendado a las

mujeres que tienen al menos un hijo y preferentemente dos o más. Sin embargo, los DIU son apropiados para la mayoría de las mujeres.

Los nuevos Criterios de Elegibilidad de la OMS han citado al DIU como un método viable, para posibles usuarias específicas que son 'nuevas' audiencias para el método, como las mujeres nulíparas o las mujeres infectadas por el VIH. Otros segmentos de la audiencia clave para el DIU incluyen mujeres y parejas que quieren espaciar los nacimientos de sus hijos, pero que actualmente no contemplan el DIU como una opción para un término limitado de anticoncepción, y mujeres/parejas que desean limitar el embarazo indefinidamente pero que no desean un método permanente.

Reposicionar el DIU y promover la consideración del método para todas las mujeres elegibles, es un factor determinante para aumentar su uso en beneficio de la población lo que depende además de la sensibilización de los recursos que proveen los servicios de salud en materia de derechos sexuales y reproductivos, la disposición de técnicas de consejería en planificación familiar, y la existencia de una normativa institucional para el acceso a los servicios de Métodos reversibles de larga duración, específicamente DIU T de cobre 380<sup>a</sup>.

El Salvador no cuenta con estudios específicos sobre los factores asociados al uso del DIU, que abarque la caracterización de las mujeres que lo usan, los efectos secundarios y la influencia de estos en la discontinuación del uso del método, el impacto positivo de la consejería balanceada previa sobre la disminución de la discontinuación y el seguimiento integral de la mujer salvadoreña que lo utiliza por parte de personal médico debidamente acreditado, en lugares de prestación de servicios de planificación familiar accesibles y de calidad.

## **2. ENUNCIADO DEL PROBLEMA**

¿Cual es el uso del DIU T de Cobre 380<sup>a</sup> en mujeres que acuden al Hospital 1° de Mayo, de Junio 2010 a Marzo 2011?

## **CAPITULO II.OBJETIVOS**

### **Objetivo General:**

Analizar los factores relacionados al uso del DIU T de Cobre 380<sup>a</sup> en mujeres que acuden al Hospital 1° de Mayo ISSS, San Salvador.

### **Objetivos Específicos:**

1. Describir las características socio-demográficas de las mujeres que acuden al Hospital 1° de Mayo.
2. Determinar los factores que inciden en el uso del DIU en mujeres que acuden al Hospital 1° de Mayo ISSS, San Salvador.
3. Indagar sobre los factores que inciden en la discontinuación del DIU.

## CAPÍTULO III. MARCO TEÓRICO

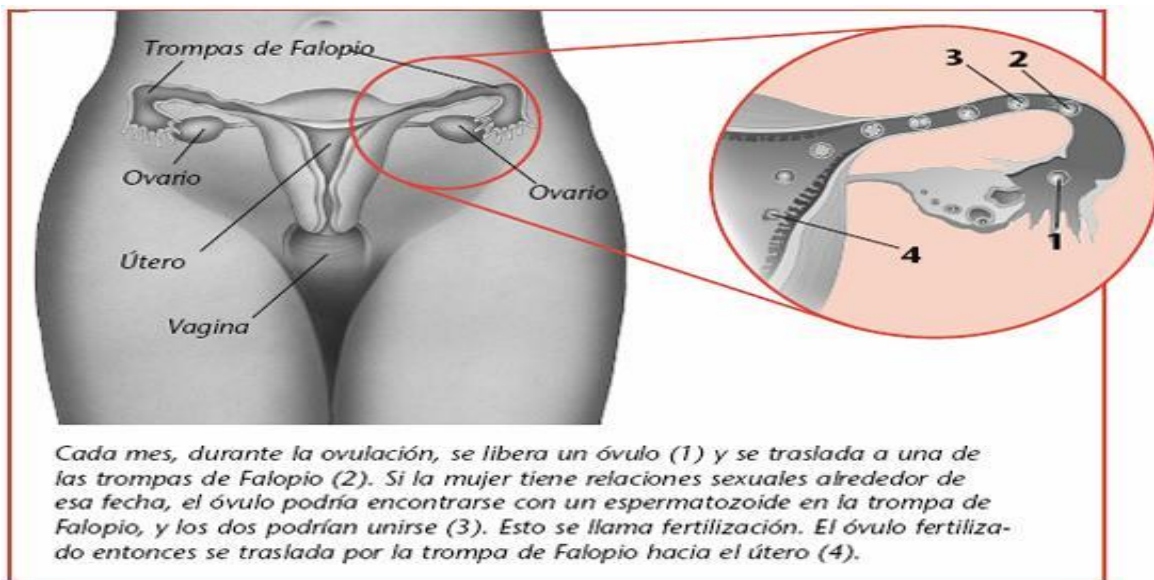
### Generalidades:

#### Cómo actúan los anticonceptivos

Es importante entender cómo actúan los anticonceptivos, por ello, es necesario saber lo que ocurre durante la reproducción. La mujer tiene dos *ovarios*, uno en cada lado del *útero*. Todos los meses, uno de los ovarios libera un óvulo en una *trompa de Falopio*. Esto se denomina ovulación. En las mujeres con ciclos menstruales regulares de 28 días, la *ovulación* ocurre aproximadamente 12 a 14 días antes del comienzo del período menstrual.

El embarazo ocurre si la mujer tiene relaciones sexuales durante el período de ovulación. Durante las relaciones sexuales, el hombre eyacula *espermatozoides* dentro de la *vagina*. Los espermatozoides viajan hacia arriba por el  *cuello uterino* y entran en las trompas de Falopio.

Si un espermatozoide encuentra a un óvulo en una trompa de Falopio, se produce la *fertilización* (Figura 3). El óvulo fertilizado se conduce entonces por la trompa de Falopio hacia el útero y se adhiere ahí (*implantación*) para desarrollarse en el endometrio (el revestimiento del útero). (14)





Los métodos anticonceptivos pueden actuar de las siguientes maneras:

- Bloquear a los espermatozoides para que no lleguen al óvulo.
- Eliminar o dañar al espermatozoide
- No permitir que los óvulos se liberen todos los meses
- Cambiar el revestimiento del útero para que el óvulo fertilizado no se adhiera a éste
- Aumentar el grosor del moco del cuello uterino para evitar que los espermatozoides pasen libremente a través de él. (14)

### **La selección del método**

Hay varios tipos de anticonceptivos: los métodos de barrera, los hormonales, los dispositivos intrauterinos (DIU), la determinación de fertilidad y la esterilización. Las parejas deben encontrar el método anticonceptivo que responde a sus necesidades.

Algunos factores que debe considerar al elegir un método son:

- La eficacia del método y sus efectos secundarios
- La probabilidad de que lo use según las indicaciones
- Su edad y estado general de salud
- La frecuencia con que tiene relaciones sexuales
- La necesidad de una receta médica
- La opción de tener hijos posteriormente
- La protección que confiere contra las enfermedades venéreas
- Algunos tipos de anticonceptivos también ofrecen otros beneficios para la salud. (14)

14. Los anticonceptivos...ACOG. Medline. Octubre/2007. C:\Users\Educadores\Desktop\Articulos seleccionados\ACOG PatientEducationBooklet SB020 -- Los anticonceptivos.mht

## Dispositivo intrauterino

### Historia:

Se considera a Hipócrates (siglo IV a.C.) el precursor del Dispositivo intrauterino o (DIU) ya que descubrió el efecto anticonceptivo derivado de la colocación de un cuerpo extraño en el interior del útero de algunos animales (es posible que utilizado en camellas). Pero no será hasta 1928 cuando el alemán Richard Richter inicie la anticoncepción intrauterina moderna que desde entonces ha mejorado su eficacia y duración <sup>(15)</sup>.

### Características

El dispositivo intrauterino de cobre (DIU T Cu 380A) es un pequeño dispositivo de plástico flexible en forma de T, con una superficie de 380 mm<sup>2</sup> de cobre distribuida en forma de mangas o alambre electrolítico puro que envuelven sus 2 brazos y cuerpo. ( Todos los DIU tienen un número asociado a sus nombres, el cual indica la superficie de área contenida por el cobre en milímetros cuadrados que provee el DIU.) Mide 32 mm. de longitud en la porción horizontal (el tope de la T) y 36 mm en dirección vertical.

Casi todos los tipos de DIU llevan atados uno o dos hilos, o hebras de nylon. Los hilos atraviesan el cérvix y quedan colgando dentro de la vagina. <sup>(16)</sup>(Figura 4)

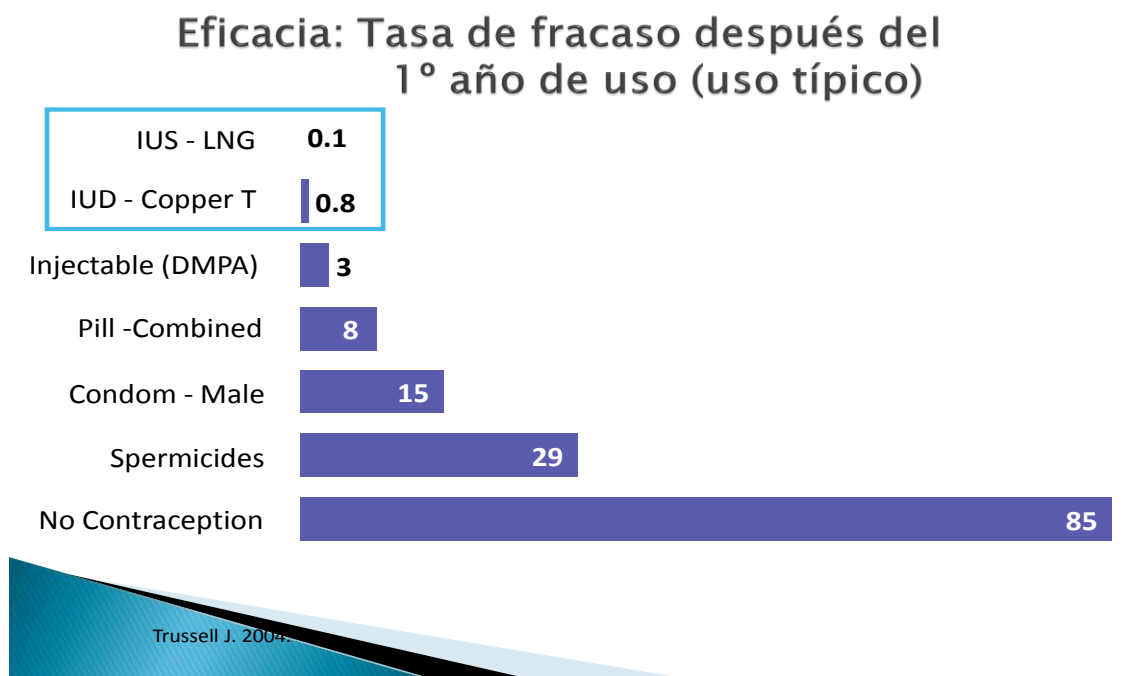


15. Historia de la anticoncepción, [http://socamfyc.org/inicio/sites/default/files/Historia\\_de\\_la\\_Anticoncepcion.pdf](http://socamfyc.org/inicio/sites/default/files/Historia_de_la_Anticoncepcion.pdf)

16. Planificación Familiar. Un Manual mundial para proveedores. <http://info.k4health.org/globalhandbook/remindersheets/Spanish-Chap9.pdf>

## Efectividad

Todos los DIU de segunda generación de cobre en forma de T tienen una tasa de fallo menor al 1% cada año y una tasa de fallo acumulado por 10 años entre 2-6%.<sup>(4)</sup> Un ensayo a gran escala por la Organización Mundial de la Salud reportó un fallo acumulativo por 12 años para el T380A del 2.2%, o una tasa de 0.18% de fallos cada año durante 12 años, un valor equivalente a la ligadura de trompas que tiene un fallo por 10 años del 1.8%<sup>(17)</sup> (Figura 5)



El DIU es 99% efectivo, de cada 100 mujeres más de 99 estarán protegidas y seguras de que no tendrán un embarazo. Sin embargo no protege contra Infecciones de transmisión sexual (ITS).

17.«Long-term reversible contraception. Twelve years of experience with the TCu380A and TCu220C».

*Contraception*56 (6): pp. 341-52. PMID 9494767

WorldHealthOrganization (1997).



**Tasa de ineficiencia (embarazos):** Durante el primer año de uso es menos del 1%, aproximadamente 8 de cada 1,000 mujeres que usan el DIU de cobre quedarían embarazadas. Esto hace del dispositivo intrauterino uno de los métodos anticonceptivos más eficaces en el mercado.<sup>(18)</sup>

### **Mecanismo de acción del DIU T Cobre 380 A**

#### ▶ Impide la Concepción

Al deteriorar la viabilidad del espermatozoide al reaccionar con el cobre del DIU,

Al cambiar el PH del medio uterino,

Interferir con la movilidad del espermatozoide.

#### ▶ Endometritis Aséptica (Reacción a cuerpo extraño)

La presencia del dispositivo en el útero estimula la liberación de leucocitos y prostaglandinas por el endometrio, como parte de una reacción al cuerpo extraño. Estas sustancias son hostiles tanto para el espermatozoide como para el ovulo.<sup>(19)</sup> Efecto espermicida. El cobre evita que los espermatozoides pasen del útero a las trompas de Falopio y reduce la capacidad de los espermatozoides de fertilizar el óvulo. <sup>(14)</sup> La presencia de cobre incrementa el efecto espermicida.<sup>(20)</sup> Fundamentalmente provoca una modificación química que daña al esperma y al óvulo antes de su unión <sup>(16)</sup>.

### **Duración de efecto anticonceptivo**

El DIU de cobre 380 A, puede permanecer en el cuerpo hasta 10 años. Inmediatamente después de extraer el dispositivo intrauterino, se pierde la protección contra los embarazos. <sup>(14)</sup>; alguna literatura dice que hasta 12, lo que depende del fabricante.

14. Los anticonceptivos...ACOG. Medline. Octubre/2007. C:\Users\Educadores\Desktop\Articulos seleccionados\ACOG PatientEducationBooklet SB020 -- Los anticonceptivos.mht

16. Planificación Familiar. Un Manual mundial para proveedores. <http://info.k4health.org/globalhandbook/remindersheets/Spanish-Chap9.pdf>

18. Los anticonceptivos. ACOG. Medline. Octubre/2007

a. C:\Users\Educadores\Desktop\Articulos seleccionados\ACOG PatientEducationBooklet SB020 -- Los anticonceptivos.mht

b. 19th Revised Edition. New York: Ardent Media, 2007. <http://www.contraceptivetechology.org/table.html>. Accedido el 17 de mayo de 2007.

c. U.S. Food and Drug Administration. Birth Control Guide. <http://www.fda.gov/fdac/features/1997/babytabl.html>.

19. «Mechanisms of the Contraceptive Action of Hormonal Methods and Intrauterine Devices (IUDs)». *Family Health International* (2006).

20. «IUDs Block Fertilization». *Network*. Family Health International. Keller, Sarah (Winter 1996, Vol. 16, No. 2).

## La inserción de un dispositivo intrauterino

El médico debe realizar un examen físico y una historia clínica cuidadosa para determinar si la usuaria es o no candidata idónea para usar el DIU. (8) (Figura 6)

### Lista de verificación para examinar a clientas que desean iniciar el uso del DIU de cobre

Primero, esté razonablemente seguro que la clienta no está embarazada. Si ella no está menstruando en el momento de la visita, formule las preguntas 1–6. Tan pronto como la clienta responde **SÍ** a *alguna pregunta*, deténgase, y siga las instrucciones de abajo.

SÍ	1. ¿Ha tenido un bebé en las 4 últimas semanas?	NO
SÍ	2. ¿Tuvo un bebé hace menos de 6 meses, está amamantando en forma exclusiva o casi exclusiva y no ha tenido ningún período menstrual desde entonces?	NO
SÍ	3. ¿Se ha abstenido de tener relaciones sexuales desde su último período menstrual o parto?	NO
SÍ	4. ¿Comenzó su último período menstrual en los pasados 12 días?	NO
SÍ	5. ¿Ha tenido un aborto espontáneo o aborto en los últimos 12 días?	NO
SÍ	6. ¿Ha estado usando sistemática y correctamente un método anticonceptivo confiable?	NO

Si la clienta responde **SÍ** a *menos a una de las preguntas 1–6* y está libre de signos y síntomas de embarazo, puede estar razonablemente seguro que ella no está embarazada. Proceda a las preguntas 7–14. Sin embargo si contesta **SÍ** a la *pregunta 1*, debe esperarse la inserción hasta 4 semanas después del parto. Pídale que vuelva en ese momento.

Si la clienta responde **NO** a *todas las preguntas 1–6*, no se puede descartar el embarazo. La clienta debe esperar la menstruación o usar una prueba de embarazo.

Para determinar si la clienta es médicamente elegible para usar un DIU, formule las preguntas 7–14. Tan pronto como la clienta responde **SÍ** a *alguna pregunta*, deténgase, y siga las instrucciones de abajo.

NO	7. ¿Tiene sangrado entre un período menstrual y otro que no es usual en usted, o sangrado después de tener relaciones sexuales?	SÍ
NO	8. ¿Se le ha dicho que padece algún tipo de cáncer en sus órganos genitales, enfermedad trofoblástica o tuberculosis pélvica?	SÍ
NO	9. En los últimos 3 meses, ¿ha tenido más de un compañero sexual?	SÍ
NO	10. En los últimos 3 meses, ¿cree usted que su compañero ha tenido otra compañera sexual?	SÍ
NO	11. En los últimos 3 meses, ¿se le ha dicho que tiene una ITS?	SÍ
NO	12. En los últimos 3 meses, ¿se le ha dicho a su compañero que él tiene una ITS o sabe usted si él ha tenido cualquier síntoma — por ejemplo, exudado del pene?	SÍ
NO	13. ¿Se le ha dicho que es positiva al VIH y que ha desarrollado el SIDA?	SÍ

Si la clienta responde **NO** a *todas las preguntas 7–14*, proceda con el **EXAMEN PÉLVICO**.

Durante el examen pélvico, el proveedor debe determinar las respuestas a preguntas 15–21.

Si la clienta responde **SÍ** a la *pregunta 7 o 8*, no puede insertarse el DIU. Se requiere mayor evaluación de la condición.



Si la clienta responde **SÍ** a *cualquiera de las preguntas 10–13*, ella no es una buena candidata para el DIU a menos que la infección por clamidia y/o gonorrea se pueda descartar en forma confiable.

Si la clienta responde **SÍ** a la *segunda parte de la pregunta 14* y actualmente no está tomando medicamentos ARV, usualmente no se recomienda la inserción del DIU. Si ella está clínicamente bien en la terapia ARV, el DIU generalmente se puede insertar. Las mujeres VIH positivas sin SIDA también pueden generalmente iniciar el uso del DIU.

NO	14. ¿Hay algún tipo de úlcera en la vulva, la vagina o el cuello uterino?	SÍ
NO	15. ¿Siente la clienta dolor en la parte baja del abdomen cuando usted mueve el cuello uterino?	SÍ
NO	16. ¿Hay sensibilidad en los anexos?	SÍ
NO	17. ¿Hay flujo cervical purulento?	SÍ
NO	18. ¿Sangra el cuello uterino fácilmente al tocarlo?	SÍ
NO	19. ¿Hay alguna anomalía anatómica de la cavidad uterina que no permita la inserción apropiada del DIU?	SÍ
NO	20. ¿Le fue imposible determinar el tamaño y/o la posición del útero?	SÍ

Si la respuesta a *todas las preguntas 15–21* es **NO**, puede insertar el DIU.

Si la respuesta a *cualquiera de las preguntas 15–21* es **SÍ**, no se puede insertar el DIU sin hacer evaluación adicional. Ver explicaciones para más instrucciones.

8. Lista de verificación para examinar a clientas que desean iniciar el uso del DIU de cobre

<http://www.fhi.org/NR/rdonlyres/eimeq2z3rh5umzpev6ah37zmdsmf54irtwy4oujwttjmwou2ukn4zoe7a5hkxyilxwulzjpsj4j/ListaVerificacionDIU.pdf>

Es necesario un proveedor/a médico acreditado para la colocación del DIU, para que efectúe la inserción y/o extracción del mismo <sup>(21)</sup>, bajo estándares de calidad y usando la prevención de infecciones.

El procedimiento de introducción puede causar molestias, pero una vez que se coloque en su lugar, la usuaria no necesitará hacer nada para evitar el embarazo. <sup>(14)</sup>

El examen clínico puede incluir lo siguiente:

- Evaluar el historial médico
- Realizar una prueba de embarazo ( si hay sospecha de embarazo)
- Realizar un examen físico completo de los órganos reproductores (examen pélvico)
- Tomar una muestra de la vagina y el cuello uterino para determinar si hay infecciones.

### **Procedimiento:**

#### **Inserción Post evento obstétrico.**

La inserción post evento obstétrico puede realizarse inmediatamente alumbrando la placenta (Inmediato) y dentro de las 48 horas posteriores al alumbramiento (Temprano) durante los siguientes procedimientos obstétricos:

- Post Placenta,
- Post Aborto y
- Trans Cesárea.

14. Los anticonceptivos...ACOG, Medline, Octubre/2007. C:\Users\Educadores\Desktop\Articulos seleccionados\ACOG Patient EducationBooklet SB020 -- Los anticonceptivos.mht

21. Manual de aseguramiento de la calidad para la prestación de servicios.

Guía y herramienta para asistir a los programas de PSI en el diseño, desarrollo y manejo de los proyectos con alta calidad en la prestación de servicios.

Manual de entrega de servicio. Parte 4, versión Febrero de 2009

## **Criterios médicos de elegibilidad para el inicio del uso de métodos de planificación familiar**

Los criterios de elegibilidad médica de la OMS sobre el uso de anticonceptivos brindan recomendaciones a los responsables de la toma de decisiones para racionalizar la provisión de varios anticonceptivos en relación con la información disponible más actualizada sobre la seguridad de los métodos para las personas con determinados problemas de salud.

La elección de los distintos métodos anticonceptivos se basa en dos pilares fundamentales: la evidencia científica disponible y la adecuación al contexto de la paciente o la pareja. (22)

Los criterios de elegibilidad sirven de eje al proveedor de salud para determinar cuáles son los aspectos importantes a recoger en la anamnesis, qué exploraciones son necesarias, y cuáles son las indicaciones y contraindicaciones de cada método anticonceptivo.

Los criterios de elegibilidad clasifican la idoneidad de los diversos métodos anticonceptivos para individuos que presentan enfermedades o afecciones de salud específicas, para aquellos de edad más avanzada, y para aquellos cuya conducta representa riesgos (por ejemplo, las mujeres que fuman y los hombres que tienen múltiples parejas sexuales). Los criterios de elegibilidad pretenden garantizar un margen de seguridad adecuado con el fin de proteger a mujeres y hombres de los posibles efectos adversos de los anticonceptivos y, al mismo tiempo, asegurar que no se les están negando opciones adecuadas. (5) (Figura 8)

### **5. Criterios de Elegibilidad de la OMS Revisados.**

[http://www.icmer.org/RHO/html/cont\\_who-eligibility.html](http://www.icmer.org/RHO/html/cont_who-eligibility.html).

### **9. El Dispositivo Intra-uterino. ACOG. Medline. Abril/2007**

a. C:\Users\Educadores\Desktop\Articulos seleccionados\ACOG Education Pamphlet SP014 -- El Dispositivo Intrauterino.mht

### **22. Criterios de Elegibilidad de Métodos Anticonceptivos. Nuevas Recomendaciones.**

Rev. Clin. Med Fam. v.3 n.3 Albacete oct. 2010

[http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1699-695X2010000300009&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1699-695X2010000300009&script=sci_arttext)

**Cuadro de Referencia Rápida para los Criterios Médicos de Elegibilidad de la OMS para iniciar o continuar el uso de anticonceptivos orales combinados (AOC), acetato de medroxiprogesterona de depósito (DMPA), implantes sólo de progestina, dispositivo intrauterino de cobre (DIU-Cu)**

CONDICIÓN		AOC	DMPA	Im-plantas	DIU-Cu
Embarazo		NA	NA	NA	
Lactancia materna	Menos de 6 semanas posparto				NC
	6 semanas a < 6 meses posparto				
	6 meses posparto o más				
Posparto	Menos de 21 días, sin dar de amamantar				NC
	< 48 horas incluida posplacenta inmediata				
	≥ 48 horas a menos de 4 semanas	NC	NC	NC	
	Sepsis puerperal				
Postaborto					
Post-sepsis inmediata					
Tabaquismo	Edad ≥ 35 años, < 15 cigarrillos/día				
	Edad ≥ 35 años, ≥ 15 cigarrillos/día				
Múltiples factores de riesgo de enfermedad cardiovascular					
Hipertensión PA = presión arterial	Historia de PA (donde no se puede evaluar)				
	PA está controlada y se puede evaluar				
	PA elevada (sistólica 140 - 159 o diastólica 90 - 99)				
	PA elevada (sistólica ≥ 160 o diastólica ≥ 100)				
	Enfermedad vascular				
Trombosis venosa profunda (TVP) y embolia pulmonar (EP)	Historia de TVP/EP				
	TVP/EP aguda				
	TVP/EP establecida en tratamiento con anticoagulantes				
	Cirugía mayor con inmovilización prolongada				
Mutlaciones trombogénicas diagnosticadas					
Cardiopatía isquémica (actual o historia de) o (historia de) accidente cerebrovascular					
Hipertensión diagnosticadas					
Cardiopatía valvular complicada					
Lupus eritematoso sistémico	Anticuerpos antifosfolípidos positivos o no diagnosticados				
	Trombocitopenia grave		I	C	I
	Tratamiento Inmunesupresor				I
Dolores de cabeza	No migrañosos (leves o graves)	I	C		
	Migraña sin aura (edad < 35 años)	I	C		
	Migraña sin aura (edad ≥ 35 años)	I	C		
	Migraña con aura (a cualquier edad)		I	C	I
Patrones de sangrado vaginal	Irregular, sin sangrado abundante				
	Abundantes o prolongados, Irregulares y regulares				
	Sangrado Inexplicado (antes de la evaluación)				I

CONDICIÓN		AOC	DMPA	Im-plantas	DIU-Cu
Enfermedad trofoblástica gestacional	Niveles de regresión β-hCG o indetectables				
	Niveles de β-hCG persistentes elevados o enfermedad maligna				
Cánceres	Cervical (esperando tratamiento)				I C
	Endometrial				I C
	Ovárico				I C
Enfermedad mamaria	Masa no diagnosticada	*	*	*	
	Cáncer actual				
	Pasada sin evidencia de enfermedad por 5 años				
Distorsión uterina debido a fibromas o anomalías anatómicas					
ITS/EPI	Cervicitis purulenta, clamidia, gonorrea actual				I C
	Vaginitis				
	Enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) actual				I C
	Otras ITS (excluyendo VIH/hepatitis)				
	Riesgo aumentado de contraer ITS				
	Riesgo individual muy alto de exposición a ITS				I C
Tuberculosis pélvica					
Diabetes	Enfermedad no vascular				
	Enfermedad vascular o diabetes por > 20 años				
Enfermedad sintomática (actual o en tratamiento médico) de la vesícula biliar					
Colestasis (Historia de)	Relacionada con el embarazo				
	Relacionada con los anticonceptivos orales				
Hepatitis	Aguda o signo	I	C		
	Crónica o la cliente es portadora				
Cirrosis	Leve				
	Grave				
Tumores hepáticos (adenoma hepatocelular y hepatoma maligno)					
VIH	Alto riesgo de VIH o infectada por el VIH				
SIDA	Sin terapia antirretroviral (ARV)				I C
	Clinicamente bien en la terapia ARV	ver interacción medicamentos			
	No clinicamente bien en la terapia ARV	ver interacción medicamentos			
Interacciones de medicamentos, incluyendo el uso de:	Inhibidores nucleosídicos de transcriptasa reversa				
	Inhibidores no nucleosídicos de transcriptasa reversa				
	Ritonavir, inhibidores proteasa reforzados con ritonavir				
	Rifampicina o rifabutina				
	Terapia con anticonvulsivos**				

- Categoría 1 No hay restricciones para su uso.
- Categoría 2 Generalmente se usa; puede necesitarse algún seguimiento.
- Categoría 3 Usualmente no se recomienda; para su uso se requiere juicio clínico y acceso continuo a los servicios clínicos.
- Categoría 4 No se debe usar el método.

A diferencia de versiones anteriores del Cuadro de referencia rápida para los Criterios Médicos de Elegibilidad, esta versión incluye una lista completa de todas las condiciones clasificadas por la OMS como Categoría 3 y 4.

VC (Iniciación/Continuación): Una mujer puede pertenecer a una categoría u otra, dependiendo si ella inicia o continúa el uso de un método. Por ejemplo, una cliente que actualmente padece una EPI que desea iniciar el uso del DIU se consideraría como Categoría 4, y no se le debe insertar un DIU. Sin embargo, si ella desarrolla una EPI mientras usa el DIU, se considera como Categoría 2. Esto significa que generalmente podrá continuar usando el DIU y recibir tratamiento para combatir la EPI con el DIU insertado. Donde no se ha marcado VC, la categoría es la misma para la iniciación y continuación.

NA (no aplicable): Las mujeres que están embarazadas no requieren anticoncepción.

NC (no clasificada): La condición no se parte de la clasificación de la OMS para este método.

\* La evaluación de una masa no diagnosticada debe llevarse a cabo tan pronto como sea posible.

\*\* Los anticonvulsivos incluyen: fenitoína, carbamazepina, barbitúricos, primidona, topiramato, ocarbazepina, y lamotrigina. Lamotrigina es Categoría 1 para los implantes.



Los Criterios de Elegibilidad de la OMS clasifican la elección del método en relación a los problemas de salud en cuatro categorías (Figura 9)

Categoría 1 *Se puede usar el método siempre*

Categoría 2 *Casi siempre*

Categoría 3 *Uso con precaución*

Categoría 4 *No se puede usar*

<b>Categoría</b>	<b>Description</b>	<b>Cuando el juicio clínico es disponible</b>	<b>Cuando el juicio clínico es limitado</b>
<b>1</b>	<b>Sin restricción para el uso</b>	<b>Uso del método bajo cualquier circunstancia</b>	<b>Usa el método</b>
<b>2</b>	<b>Beneficios generalmente sobrepasan el riesgo</b>	<b>Generalmente puede usar el método</b>	
<b>3</b>	<b>Riesgos generalmente sobrepasan los beneficios</b>	<b>Usualmente no se recomienda usar el método, a menos que no estén disponibles o sean aceptables otros métodos</b>	<b>No usar el método</b>
<b>4</b>	<b>Riesgo para la salud inaceptable</b>	<b>No debe usarse el método</b>	

### **Mujeres que si pueden usar el DIU T de Cobre.**

- ▶ Cualquier mujer en edad fértil
- ▶ No múltiples compañeros sexuales
- ▶ Mujeres en el post parto o post aborto
- ▶ Hipertensas o diabéticas
- ▶ Pacientes con VIH
- ▶ Nulíparas.

Existe controversia sobre si su uso en nulíparas puede condicionar infertilidad en el futuro, pero los estudios mejor diseñados sugieren que no hay aumento de ese riesgo (23).

### **Mujeres que no deben usar el DIU T de Cobre.**

Es posible que algunas mujeres no puedan usar un dispositivo intrauterino.

El tamaño o la forma del útero de la mujer podrían no ser compatibles con el dispositivo intrauterino, Ejemplo: un útero que mida menos de 6.5 cm no es apto para la inserción del método. Las mujeres que han tenido resultados anormales recientes en una prueba de Papanicolaou u otros padecimientos médicos no deben usar un DIU. (9)

Básicamente no debe insertarse el DIU en las mujeres con Categoría 4(24), según los criterios médicos de elegibilidad (25)(Figura 10)

- ▶ Embarazo confirmado o sospechado
- ▶ Mujeres con Cáncer cervico uterino
- ▶ Mujeres con Infecciones (activas)post parto o post aborto
- ▶ Con anomalías Uterinas que deforman la cavidad uterina y que impiden la fácil inserción (3)

3. Prevalencia de uso de DIU T Cu. Maudin 1994.

9. El Dispositivo Intra-uterino. ACOG. Medline. Abril/2007

a. C:\Users\Educadores\Desktop\Articulos seleccionados\ACOG Education Pamphlet SP014 -- El Dispositivo Intrauterino.mht

23. World Health Organization. Medical eligibility criteria for contraceptive use. 4th ed. Geneva: WHO; 2009.

24. The UK Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use (2005/2006 2005/2006 ) FFPRHC (2006).

<http://www.ffprhc.org.uk/admin/uploads/UKMEC200506.pdf>

25. World Health Organization. (OMS) Medical eligibility criteria for contraceptive use.

4th ed. Geneva: WHO; 2009. (DIU: dispositivo intrauterino; LNG-DIU: dispositivo intrauterino liberador de levonorgestrel; Cu-DIU: dispositivo intrauterino de cobre

Criterios Médicos de Elegibilidad para el inicio del uso de anticonceptivos. OMS. 2008

Categoría 4 (contraindicación absoluta)	Categoría 3 (contraindicación relativa)
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Embarazo. El <b>DIU</b> se suele implantar los primeros días de la menstruación; si es en algún otro momento del ciclo hay que descartar siempre gestación (existe riesgo de infección pélvica grave y de aborto séptico) <sup>28</sup></li> <li>- Sepsis puerperal.</li> <li>- Inmediatamente después de un aborto séptico.</li> <li>- Ante un sangrado vaginal inexplicado donde se sospeche patología grave de base no se debe insertar <b>DIU</b>.</li> <li>- Enfermedad trofoblástica con niveles de beta-gonadotropina coriónica humana (-HCG) persistentemente elevados o patología maligna de base.</li> <li>- Cáncer de cuello.</li> <li>- Cáncer de endometrio (para el inicio del tratamiento)</li> <li>- Fibromas uterinos o anomalías anatómicas con distorsión de la cavidad uterina.</li> <li>- Enfermedad pélvica inflamatoria actual (para el inicio del tratamiento)</li> <li>- Cervicitis purulenta o infección por Chlamydia o Gonococo actual (para el inicio del tratamiento).</li> <li>- Tuberculosis (TBC) pélvica (para el inicio del tratamiento)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lactancia (para el <b>LNG-DIU</b>).</li> <li>- Entre 48 horas y 4 semanas postparto.</li> <li>- ETEV aguda (para el <b>LNG-DIU</b>).</li> <li>- Antecedentes o enfermedad actual de síndrome coronario agudo (para la continuación de tratamiento con <b>LNG-DIU</b>).</li> <li>- LES con anticuerpos antifosfolípido desconocidos o positivos (para el <b>LNG-DIU</b>).</li> <li>- LES con trombocitopenia severa (para el inicio de tratamiento con <b>Cu-DIU</b>).</li> <li>- Migraña con aura a cualquier edad (para la continuación de tratamiento con <b>LNG-DIU</b>).</li> <li>- SIDA (para el inicio del tratamiento, excepto pacientes con terapia antirretroviral o clínicamente estables).</li> <li>- TBC pélvica (para la continuación del tratamiento)</li> <li>- Adenoma hepatocelular o Hepatoma (para el <b>LNG-DIU</b>).</li> <li>- Cirrosis descompensada (para el <b>LNG-DIU</b>).</li> <li>- Terapia antirretroviral (categoría 2/3 para el inicio del tratamiento).</li> </ul>

FUENTE:

Categorías 3 y 4 de la OMS para el uso de dispositivos intrauterinos. Fuente: World Health Organization. Medical eligibility criteria for Contraceptive use. 4th ed. Geneva: WHO; 2009. (DIU: dispositivo intrauterino; LNG-DIU: dispositivo intrauterino liberador de levonorgestrel; Cu-DIU: dispositivo intrauterino de cobre)



Además se deberá valorar las siguientes condiciones en base a los Criterios de elegibilidad de la OMS <sup>(23)</sup>

- ▶ Tiene o ha tenido durante los últimos 3 meses una *enfermedad inflamatoria pélvica*
- ▶ Tiene o sospecha que tiene cáncer genital femenino
- ▶ Tiene sangrado vaginal anormal e inexplicado.
  
- ▶ Tiene o has tenido durante los últimos 3 meses ciertas infecciones pélvicas
- ▶ Tiene una enfermedad ITS
- ▶ Alergia a alguna parte del dispositivo intrauterino.

### **Consentimiento Informado**

Generalmente se requiere que la usuaria lea y firme un formulario de consentimiento informado antes de usar un dispositivo intrauterino. El proveedor debe asegurarse que la usuaria entiende todo lo relacionado con la inserción de este dispositivo. Las dudas deben ser aclaradas por el médico. <sup>(9)</sup>

### **Momentos de inserción del DIU**

Un DIU puede insertarse en 3 momentos (los 2 primeros son post- evento obstétrico):

- 1) Inmediato: En los primeros 10 minutos después del alumbramiento o expulsión de la placenta, durante o inmediatamente después de una cesárea (se requiere capacitación especial).
- 2) Temprano: Dentro de las primeras 48 horas después del parto. Antes de dar de alta a la paciente. (Requiere capacitación especial).

En ambos momentos, con una técnica apropiada, los DIU insertados de inmediato después del alumbramiento (expulsión de la placenta) o de una cesárea pueden ser seguros/inocuos y eficaces.

9. **El Dispositivo Intra-uterino.** ACOG. Medline. Abril/2007

a. C:\Users\Educadores\Desktop\Articulos seleccionados\ACOG Education Pamphlet SP014 -- El Dispositivo Intrauterino.mht

23. **World Health Organization. Medical eligibility criteria for contraceptive use.** 4th ed. Geneva: WHO; 2009.

Las tasas de expulsión (figura 11) para la inserción posparto varían mucho dependiendo tanto del tipo de DIU como de la capacidad técnica del proveedor.

La información actual indica que las tasas de expulsión podrían ser más altas entre los 10 minutos y las 48 horas después del parto que en los diez primeros minutos. Para minimizar el riesgo de expulsión, los DIU deben ser insertados posparto por proveedores debidamente capacitados (de conformidad con los estándares pertinentes nacionales o institucionales). El uso de unas pinzas Kelly de placenta para colocar el DIU en la parte alta del fondo uterino tiende a reducir el riesgo de expulsión. Se debe brindar orientación a la usuaria respecto al hecho que las tasas de expulsión son más elevadas en la inserción posparto que en la inserción de intervalo, debiéndose además capacitarlas para que puedan detectar una expulsión.

## DIU: Tasas de expulsión respecto a las inserciones en el intervalo y el posparto

Momento de la inserción	Tasa de expulsión
<b>Intervalo</b> (más de 4 semanas después del parto)	<b>Baja</b> (3% proveedores con experiencia)
<b>Posparto inmediato</b> (dentro de los primeros 10 minutos)	<b>Un poco alta</b> (*hasta un 9,5%)
<b>Posparto temprano</b> (entre 10 minutos y 48 horas)	<b>Moderadamente alta</b> (*hasta un 37%%)

*Los datos sobre la tasa de expulsión para las inserciones posparto tardío (48 horas a 4 semanas) son ilimitados. No se recomienda debido al aumento de riesgo de perforación.*

Fuente: Chi, y col., 1985.

3) **Intervalo:** En cualquier momento durante el ciclo menstrual, si la mujer no está embarazada y no presenta signos de infección. Incluso a las 4 a 6 semanas posparto para así facilitarles el acceso a las mujeres que vienen a la clínica para la atención posparto de rutina y que solicitan un DIU.

En el intervalo, un DIU T de Cobre puede insertarse en forma segura/inocua a las 4 o más semanas posparto. La técnica del retiro para la inserción de la T de Cobre supuestamente ayuda a minimizar las perforaciones cuando la inserción de los DIU se hace durante la visita posparto de rutina a las 4 ó 6 semanas. Otros DIU con un perfil distinto o con una técnica de empuje para la inserción podrían tener tasas de perforación diferentes. Dada la carencia relativa de información sobre otros DIU a las 4 a 6 semanas posparto, es prudente esperar hasta las 6 semanas para insertar cualquier otro DIU que no sea T de Cobre. (26)

### **Ventajas:**

- Es fácil de usar. Una vez que se haya insertado, no es necesario hacer nada más para evitar que ocurra un embarazo.
- No afecta las relaciones sexuales ni las actividades diarias.
- La actividad física no hace que se desprenda el dispositivo intrauterino.(9)

El DIU de cobre puede usarse como **anticonceptivo de emergencia**. Para que sea eficaz, debe introducirse en el útero dentro de los primeros 5 días de haber tenido relaciones sexuales. (14)

### **Seguimiento post-inserción:**

La usuaria debe regresar para un examen de rutina 4 a 6 semanas después de introducir un IUD. (14), los controles posteriores son cada año. El Proveedor deberá explicar cuáles son los signos de peligro y cuando regresar de ser necesario.

9. **El Dispositivo Intra-uterino. ACOG. Medline. Abril/2007**

a. C:\Users\Educadores\Desktop\Articulos seleccionados\ACOG Education Pamphlet SP014 -- El Dispositivo Intrauterino.mht

14. **Los anticonceptivos...ACOG. Medline. Octubre/2007.** C:\Users\Educadores\Desktop\Articulos seleccionados\ACOG Patient Education Booklet SB020 -- Los anticonceptivos.mht

26. **Recomendaciones para la Actualización de Prácticas Seleccionadas en el Uso de Anticonceptivos**

**Revisión Nov. 1994**

a) Chi I, Farr G. Postpartum IUD contraception — a review of an international experience. *Advances in Contraception* 1989; 5:127-146.

b) O'Hanley K, Huber D. Postpartum IUDs: Keys for success. *Contraception* 1992. 45:351-361.

c) Mishell DR, Roy S. Copper intrauterine contraceptive device event rates following insertion 4 to 8 weeks postpartum.

*American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1982; 143(1):29-33.

## **Efectos secundarios**

El dolor y sangrado menstrual, así como el sangrado entre períodos, aumentan con el DIU de cobre. Algunas mujeres tienen cólicos leves y manchado de sangre durante las primeras semanas después de haberse introducido el dispositivo intrauterino. También pueden producirse secreciones vaginales. Estos síntomas son comunes y por lo general desaparecen al cabo de uno o dos meses. (9)

## **Riesgos**

Rara vez ocurren complicaciones graves con el uso de un dispositivo intrauterino. Estos problemas por lo general surgen durante o inmediatamente después de la inserción del dispositivo. (9)

- **Expulsión:**

El dispositivo intrauterino sale del útero y se aloja en la vagina. Esto sucede dentro del primer año de uso en aproximadamente un 5% de las mujeres que lo usan. La incidencia disminuye con la duración del uso. Es más probable de que ocurra en las mujeres que no han tenido hijos. Si el dispositivo intrauterino se expule parcial o totalmente, ya no es eficaz.

- **Perforación**

El dispositivo intrauterino puede perforar (o hacer un agujero) la pared del útero mientras se introduce. Esto es muy raro y ocurre en sólo aproximadamente 1 de cada 1,000 inserciones.

- **Infecciones**

Pueden ocurrir infecciones en el útero o en las trompas de Falopio, en las mujeres con un riesgo de infecciones de transmisión sexual (ITS), esto ocurre en sólo 1 de cada 1,000 mujeres que usan un dispositivo intrauterino. Las infecciones pueden causar la formación de tejido cicatrizante en los órganos reproductores, lo que dificulta quedar embarazada más tarde. Por lo que el DIU en sí mismo no produce infecciones.

- **Embarazo:**

Rara vez puede ocurrir un embarazo con el uso de un dispositivo intrauterino.

9. El Dispositivo Intra-uterino. ACOG. Medline. Abril/2007

a. C:\Users\Educadores\Desktop\Articulos seleccionados\ACOG Education Pamphlet SP014 -- El Dispositivo Intrauterino.mht

Si el cordón está visible, y la gestación es menor de 3 meses; el médico debe extraer el DIU. Si el dispositivo intrauterino se extrae inmediatamente después de la concepción, se reduce el riesgo que conlleva tener colocado un dispositivo intrauterino.

Si se deja introducido el dispositivo intrauterino, aumentan los riesgos para la madre y el feto, como por ejemplo, un mayor riesgo de aborto natural, infección o parto prematuro.

Sin embargo, un embarazo puede llegar a término con un dispositivo intrauterino colocado en el útero. Si la usuaria tiene un dispositivo intrauterino y cree que está embarazada, debe acudir al médico para conocer sobre las opciones que posee y los riesgos que hay.

La usuaria debe mantenerse alerta para detectar cualquier señal que indique algún problema con el dispositivo intrauterino <sup>(9)</sup>

### **Señales de advertencia**

Estos síntomas indican que hay un problema con el dispositivo intrauterino:

- Dolor abdominal intenso
- Dolor durante las relaciones sexuales
- Falta de un período u otras señales de embarazo
- Secreción vaginal poco usual
- Cambio en la longitud o colocación del cordón
- Puedes tocar el dispositivo intrauterino en el cuello uterino o vagina tu misma, porque esta expulsado.

La presencia de los mismos debe ser motivo de consulta al centro de salud de forma inmediata. <sup>(14)</sup>

### **Planificación Familiar basada en derechos**

Los derechos en materia de salud sexual y reproductiva, especifican que es la mujer quien debe de manera libre, consciente e informada tomar la decisión sobre el método de su elección para planificar su familia. Este derecho se ve limitado por la falta de accesibilidad al método debido a las barreras del proveedor, a los mitos, a la falta de información oportuna, objetiva y veraz sobre los distintos MPF y a la falta de una oferta continua en los centros de salud.

9. El Dispositivo Intra-uterino. ACOG. Medline. Abril/2007

a. C:\Users\Educadores\Desktop\Articulos seleccionados\ACOG EducationPamphlet SP014 -- El Dispositivo Intrauterino.mht

14. Los anticonceptivos...ACOG. Medline. Octubre/2007. C:\Users\Educadores\Desktop\Articulos seleccionados\ACOG PatientEducationBooklet SB020

## **Derechos en salud sexual y reproductiva**

El Programa de Acción de El Cairo retoma el derecho básico de todas las parejas y todas las personas a decidir libre y responsablemente el número, el espaciamiento y el momento para tener sus hijos(as) y poseer la información y los medios para hacerlo, así como el derecho a tomar decisiones concernientes a la reproducción, sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia. Por su parte, la Plataforma de Acción de Beijing reafirma y extiende ese derecho al respeto por la integridad de la persona, y que para ejercerlo se requiere del respeto mutuo entre mujeres y hombres, el consentimiento y la responsabilidad compartida para el comportamiento sexual y sus consecuencias.<sup>(27)</sup>

## **Barreras que dificultan el acceso al DIU**

- *Inserción limitada.*

Algunos proveedores prefieren insertar un DIU solo durante la menstruación debido a que es totalmente seguro de que esta no está embarazada. Si bien es cierto, es válida la necesidad médica de descartar un embarazo, el criterio debería ampliarse a estar razonablemente seguro de que la mujer no está embarazada, haciendo uso de la “Lista de verificación de usuarias que desean iniciar el uso de DIU T de cobre”, la que especifica que de las preguntas 1 a la 6 la mujer responde en todas “NO” se está razonablemente seguro de que no hay embarazo. Se debe además recurrir a una prueba de embarazo en sangre para descartar cualquier duda; y efectuar la oferta del método con efectividad y eficiencia.

- *Restricciones de edad y paridad.*

Los proveedores prefieren no colocar el DIU a mujeres que nunca han tenido hijos por el temor a una complicación como la perforación uterina, sin embargo la inserción bajo una técnica y criterios de selección adecuados es segura en este momento. Se debe dar asesoramiento sobre el riesgo de expulsión. El Dispositivo también puede colocarse en adolescentes apropiadamente seleccionados y aconsejados en materia de planificación familiar, y debe promoverse el uso de condones y valorar el riesgo de ITS. <sup>(24)</sup>

24. **The UK Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use (2005/2006 2005/2006 )** FFPRHC (2006).  
<http://www.ffprhc.org.uk/admin/uploads/UKMEC200506.pdf>

27. “Después de El Cairo y Beijing: Impulso para avanzar”. Federación Internacional de Planificación de la Familia,

Visión 2000. Londres, 1996

- *Estado civil/consentimiento de esposo* (restricciones culturales). Históricamente está demostrado que la pareja puede ser un factor ayudador u opositor en el inicio y la continuidad del método, siempre es ideal que las decisiones se hagan en pareja, sin embargo la decisión final le compete a la usuaria que solicita el método, pues es ella quien sabe lo que responde a sus necesidades individuales y el entorno en el que se desenvuelve.
- “*Contraindicaciones*” *inapropiadas* (inmediatamente posparto, enfermedad valvular del corazón). Los proveedores deben basar las restricciones de los métodos de planificación familiar en los criterios de elegibilidad de la OMS, y no en un criterio personal que restringe la decisión de la usuaria.
- *Proceso* (pre visitas/visitas de seguimiento), La colocación del DIU exige el seguimiento integral y el procurar la responsabilidad y acción de la usuaria en el control del mismo, ya que esto garantiza el éxito en el uso del DIU.
- *Restricciones de proveedor* (solo médicos). Continua siendo preferido que la inserción del DIU sea a manos de un médico en caso haya que tratar alguna complicación, sin embargo cualquier miembro del personal de salud debidamente acreditado puede colocar un DIU con seguridad para la usuaria.
- *Dificultades del proveedor*<sup>(13)</sup>
  - ✓ Falta de confianza en las habilidades( No ha sido acreditado y/o actualizado en las técnicas de inserción de DIU)
  - ✓ Baja demanda de usuarias( Debido a la escasa promoción del método y a la persistencia de mitos entre la población)
  - ✓ Falta de suministros en algunos periodos de tiempo(equipo, insumos)
  - ✓ Otras barreras del sistema (falta de asistentes, horarios limitados para X cantidad de usuarias)
  - ✓ Parcialidad del proveedor (el proveedor no lo recomienda)



## Mitos sobre el DIU

Una excelente **consejería balanceada sobre métodos de planificación familiar** debe incluir el disipar todas las dudas o mitos que tenga la potencial usuaria de DIU, la evidencia científica expone que los DIU:

- *No* causan abortos
- *No* causan embarazos ectópicos
- *No causan EPI*
- *No* causan infertilidad
- *No son* muy grandes para mujeres pequeñas
- *Es improbable* que causen incomodidad para el hombre
- *No* viajan a partes lejanas del cuerpo
- *No son* contraindicadas para mujeres con VIH
- **Pueden** ser usados por mujeres nulíparas
- **Pueden** ser usados por mujeres que han tenido un embarazo ectópico
- *No* necesitan ser extraídos para tratamiento EPI<sub>(28)</sub>

## Consejería balanceada

La consejería en planificación familiar es el proceso de comunicación interpersonal en el que se brinda la información suficiente para que las personas de una manera individual o en pareja tomen decisiones deliberadas, voluntarias, responsables y satisfactorias acerca de su fecundidad.

La consejería se distingue de la promoción y de la información debido a:

- Se centra en las circunstancias individuales y en la toma de decisiones del cliente.
- Brinda apoyo para el análisis y búsqueda de soluciones a los problemas reales o potenciales.

28. Dueñas JL. *Contraception*. 1996. Stanwood NL. *Obstet Gynecol*. 2002. Forrest JD. *Obstetric Gynecology Surv*. 1996; Lippes J. *Am J Obstet Gynecol*. 1999. Otero-Flores JB. *Contraception*. 2003; WHO. 2004. Penney G. *J Fam. Plan. Reprod. HealthCare*. 2004.

El papel del consejero es **asegurar que los clientes conozcan las características de todos los métodos anticonceptivos disponibles** y ayudarles a considerar sus necesidades, opciones y sentimientos, para que puedan tener sus propias opiniones acerca de lo que desean respecto a su fecundidad. (29)

Principios de la consejería en planificación familiar: La confidencialidad, La elección voluntaria, el consentimiento informado, Los derechos del/la usuario/a, el fortalecimiento personal.

Beneficios de la consejería: Aumenta la aceptación, Promueve el uso eficaz del método, Mejora la continuidad de la atención, Incrementa la satisfacción del/la usuario/a, Aclara mitos, rumores y conceptos erróneos. (29 y 30)

La consejería en planificación familiar específicamente sobre DIU debe incluir:

- ✓ Eficacia del método.
- ✓ Beneficios y limitaciones del método
- ✓ Reversibilidad.
- ✓ Efectos secundarios.
- ✓ Signos y síntomas de alerta.
- ✓ La necesidad de protegerse contra las ITG y otras ITS (por ejemplo, VHB, VIH/SIDA)

La consejería balanceada en materia de planificación familiar es crucial, específicamente antes de la inserción del DIU las usuarias deben recibir toda la información para saber que esperar sobre el método, disminuyendo drásticamente la discontinuación de los mismos por falta de información sobre los efectos secundarios, que de saberse podrían ser aceptados como “esperados” por la usuaria y manejados de manera oportuna por el proveedor.

29. **Manual de Orientación y Consejería en Salud Sexual y Reproductiva.** Lima. Perú. Ministerio de Salud (2006).

30. **Documento Técnico: Adecuación Cultural de la Orientación/Consejería en Salud Sexual y Reproductiva.** Lima Perú. Ministerio de Salud (2008).

## Capacitación Técnica

Los proveedores deben estar acreditados, capacitados y cumplir con requisitos de competencia técnica e idoneidad para proveer los servicios de Planificación familiar con métodos reversibles de larga duración; específicamente DIU T de Cobre 380<sup>a</sup>.

El éxito de la continuación del uso del DIU depende de la alta calidad de la atención, la cual incluye: selección adecuada, asesoramiento informativo (consejería balanceada), medidas adecuadas de prevención de la infección e inserción cuidadosa, seguimiento de atención apropiado; para lo cual es necesario un proveedor acreditado.

Los indicadores de un estudio latinoamericano mostraron resultados estadísticamente significativos en la calidad de atención del proveedor que mejoraron más cuando la usuaria elegía el DIU. <sup>(31)</sup> Porque el proveedor acreditado se tomaba el tiempo para cumplir los pasos de los protocolos de calidad.

En la actualidad a nivel nacional el ISSS (Instituto Salvadoreño de Seguro Social) cuenta con 159 profesionales de la salud acreditados en la colocación de DIU T cobre 380 A y sensibilizados en materia de consejería balanceada sobre planificación familiar. Sin embargo el 96.6 % manifiesta estar experimentando dificultades para proveer el servicio de inserción de DIU, siendo específicamente el tiempo para la atención (horas/cupo) lo que interfiere en la efectiva oferta del método. <sup>(13)</sup>

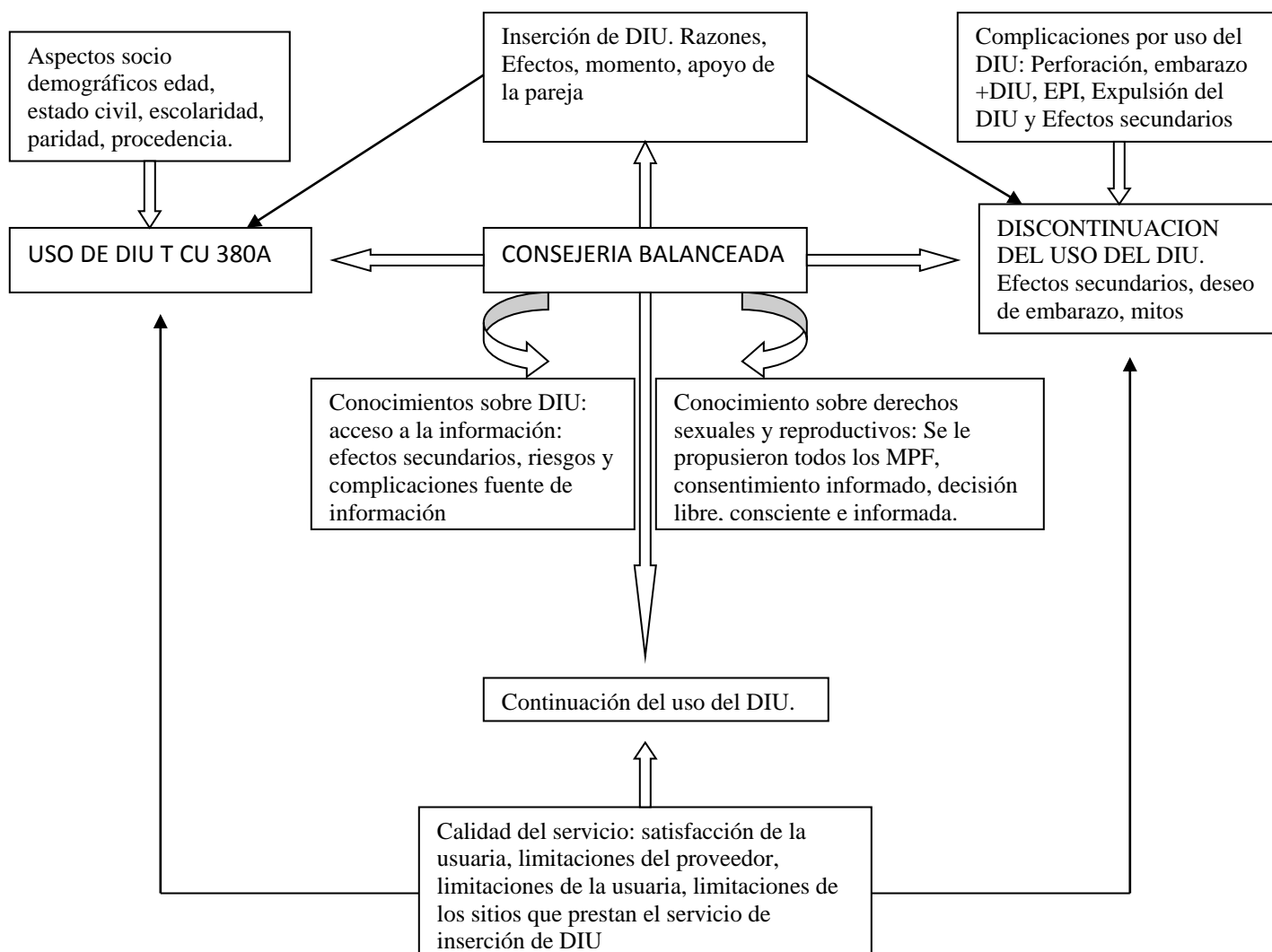
El Hospital 1° de mayo tiene 45 proveedores, 37 de estos son residentes y 8 médicos agregados, quienes están acreditados para la adecuada inserción del DIU, según estándares internacionales de calidad. La capacitación del proveedor debe continuarse institucionalmente para ampliar la aceptación de la estrategia y beneficiar a mayor número de usuarias. <sup>(31)</sup>

13. **Formato de Seguimiento del entrenamiento.** Programa salud de la mujer. Pasmó 2010

31. **la estrategia de la consejería balanceada.** Perú. Federico R. León, Ph.D. Alex Ríos, Adriana Zumarán, John Bratt , ThePopulation Council, Inc.2003

# MODELO DE ANÁLISIS DE LA INVESTIGACION

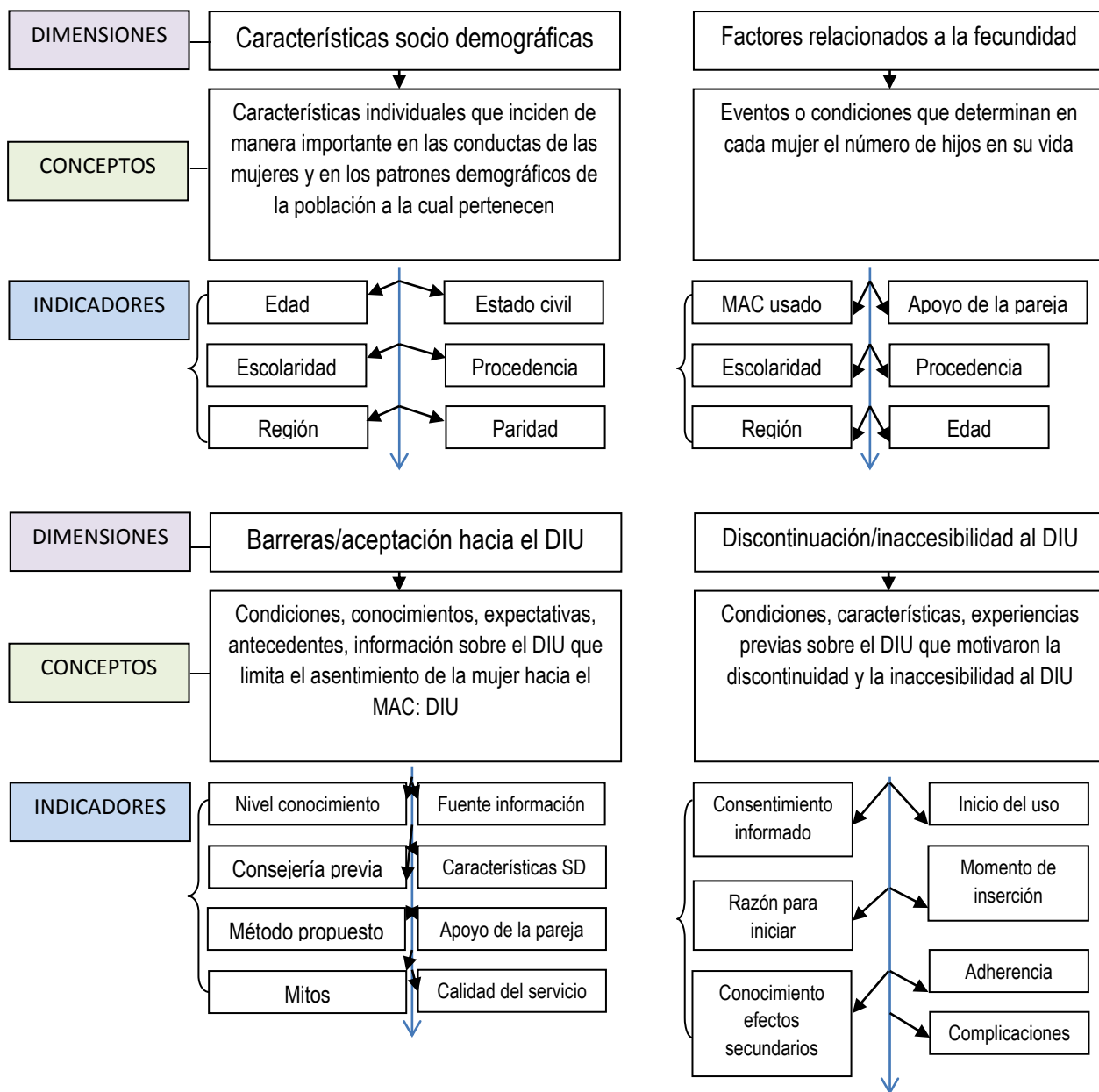
## DIAGRAMA TEORICO



“Una descripción conscientemente simplificada en forma gráfica de una parte de la realidad. Un modelo pretende mostrar los elementos principales de cualquier estructura y proceso y las relaciones que existen entre estos elementos”.<sup>32</sup>

<sup>32</sup>Berganza Conde, Rosa y Ruiz San Román, José Antonio 2005: 25 y 26

## DIAGRAMA DE ANALISIS



### HIPOTESIS

**Hi<sub>1</sub>. “Las tasas de uso del DIU son mayores en un 80% en mujeres que han recibido consejería en planificación familiar, específicamente sobre DIU”**

**Hi<sub>2</sub> “Las tasas de discontinuación del uso de DIU son menores a un 60% en mujeres que no han recibido consejería en planificación familiar, específicamente sobre DIU”**

## **CAPÍTULO IV**

### **DISEÑO METODOLÓGICO**

#### **A. TIPO DE ESTUDIO**

Estudio descriptivo y transversal, el cual pretende especificar las propiedades, características y perfiles importantes de las mujeres usuarias del DIU T de Cobre 380<sup>a</sup>; además busca explicar y predecir los factores asociados al uso, a la discontinuación y al acceso del método en el Hospital 1° de Mayo del ISSS.

#### **B. AREA DE ESTUDIO**

Hospital 1° de mayo del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, San Salvador.

#### **C. POBLACION Y MUESTRA**

Población 160 mujeres usuarias de DIU del Servicio de Planificación Familiar.

#### **ESTRATEGIA MUESTRAL**

Muestreo no probabilístico, accidental, por conveniencia de un 75%. (Se tomaron los casos disponibles por razones de factibilidad). Siendo de esta manera una muestra en total de 120 usuarias de DIU.

#### Criterios de inclusión:

Mujeres de 18 a 45 años,

Usuarias de DIU T de Cobre 380 A,

Usuarias del Hospital 1° de Mayo (ISSS),

Periodo de investigación: Junio de 2010 a Marzo de 2011.

#### Criterios de exclusión:

Mujer que no use un DIU T cobre 380<sup>a</sup>

Usuaría que no desee participar en el estudio.

## **D. TECNICAS E INSTRUMENTOS**

Se aplicó la técnica de la entrevista y la observación, utilizando un cuestionario estructurado con 51 preguntas entre cerradas, semi cerradas y abiertas, como instrumento de apoyo.

## **E. PLAN DE TABULACION Y ANALISIS DE DATOS**

### **Recolección de datos**

**1era. Fase:** Recolección de datos socio-demográficos y revisión de expedientes clínicos a través de una lista de chequeo en el área de archivo. (Junio a Diciembre de 2010)

**2ª. Fase:** Realización de entrevista estructurada a la usuaria de DIU. (Enero a Febrero de 2011)

La entrevista estructurada se aplicó a las usuarias en la consulta externa, de lunes a viernes, de 7:00 a 11:00 am.

### **Tabulación de datos**

El procesamiento de los datos se realizó por las investigadoras aplicando el método de palotes, revisando cada pregunta y su respectiva respuesta, luego se agruparon por variables las preguntas y se agruparon en categorías específicamente el apartado de las opiniones dadas por las usuarias de DIU, tratando de identificar las categorías más frecuentes en cuanto a las explicaciones y opiniones que estas expresaron.

En base a esto se elaboro una codificación de las preguntas de la 7 a la 51, las cuales se vaciaron en tablas de doble entrada, posteriormente se levantó una base de datos en el programa estadístico SPSS, se realizó un análisis bi-variado y multi variado para evaluar las asociaciones entre las variables dependientes y las variables independientes.

### **Plan de análisis**

Se realizó una triangulación de la información en base a los resultados obtenidos que han sido expresados en tablas de contingencia procesadas con la prueba ji cuadrado para determinar si existe una relación significativa entre ellas y la “medida de asociación” V de

Cramer, la cual es derivada del valor de Ji cuadrada, lo anterior nos permitió comparar la base estadística de los resultados de este estudio con así como la información teórica y la opinión científica- clínica de las investigadoras.

## **F. CONTROL DE SESGOS**

- En el proceso se buscó el máximo control para lograr que otras explicaciones posibles distintas a la propuesta del estudio (hipótesis) fueran desechadas y se excluyera la incertidumbre y minimizara el error. Así:
- Información: para tal motivo la entrevista se estandarizo para ser aplicada a las encuestadas.
- Confusión: se realizó control del método estadístico a través del modelo multi-variado y la estratificación de las variables.
- Los datos generados poseen los estándares de validez y confiabilidad, las conclusiones derivadas obtenidas contribuirán a la generación de conocimiento.

## **I. ASPECTOS ETICOS DE LA INVESTIGACION**

- Privacidad: Solo se manejó número de encuestas y no nombres o direcciones.
- Consentimiento: para garantizar la adecuación de la protección contra riesgos, se solicito la aceptación del estudio previo a la entrevista, por lo que se explico el consentimiento informado
- Devolución: El estudio se entregará a las instituciones las cuales dispondrán de la información.
- Anonimato: Se respetara el derecho a la confidencialidad, ninguna guía de entrevista tienen identificación de persona entrevistada. Además se garantizara la destrucción de toda la información originada para la realización de la investigación, después del cumplimiento de las evaluaciones correspondientes.
- Riesgos potenciales a las usuarias: no se anticipan complicaciones relacionadas a la participación en el estudio, debido a que las usuarias estarán sometidas a riesgos mínimos dado el carácter observacional del estudio.
- Beneficios potenciales de la investigación para los sujetos de estudio: el beneficio directo será que las mujeres usuarias potenciales de DIU y usuarias activas de DIU



encuentren una oferta de servicios de calidad sobre métodos de planificación familiar incluyendo métodos reversibles de larga duración como el DIU; accedendo a servicios que cumplen con estándares de calidad, cuyos proveedores están capacitados, acreditados y supervisados continuamente para verificar el cumplimiento de los mismos, donde se cuente con instalaciones adecuadas para la consejería balanceada previa a la inserción de los métodos, y con el suministro adecuado de insumos para aumentar la eficiencia de los mismos. Sensibilizándose con ello no solo a las potenciales usuarias del método sobre sus derechos en materia de salud sexual y reproductiva, aumentando su acceso a la información científica sobre el DIU y su derecho a acceder a este si es su decisión libre, consciente e informada; sino también a los responsables de políticas a nivel institucional para que validen el seguimiento de las normas de planificación familiar ya existentes o realicen esfuerzos encaminados a que los proveedores oferten de manera imparcial todos los métodos de la canasta básica, sin barreras personales y/o de tiempo, mejorando así la accesibilidad a los servicios de calidad.

## V. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

### DATOS DEMOGRAFICOS DE LAS USUARIAS

<b>1. Edad de la entrevistada</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>18 a 25 años</b>	53	43.2%
<b>26 a 35 años</b>	37	31.8%
<b>36 a 45 años</b>	30	25.0%
<b>Total</b>	120	100.00%

En la tabla N° 1 podemos observar que el mayor porcentaje de usuarias entrevistadas tiene entre 18 y 25 años, seguidas por el grupo de 26 a 35 años y un grupo más pequeño de entre 36 a 45 años.  $V=0.68$

<b>2. Estado civil de la entrevistada</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Acompañada</b>	68	56.7%
<b>Casada</b>	30	25.0%
<b>Divorciada</b>	7	5.8%
<b>Soltera</b>	15	12.5%
<b>Total</b>	120	100.00%

En la tabla N°2 se observa que más de la mitad de las usuarias se encuentran en estado civil acompañada y si sumamos a las casadas, consideramos que las mujeres con una relación estable han sido usuarias del DIU. Sin embargo también representa una opción para mujeres solteras.

<b>3. Procedencia de la usuaria</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Rural</b>	8	6.7%
<b>Urbana</b>	112	93.3%
<b>Total</b>	120	100.00%

En la tabla N° 3 se observa que casi la totalidad de usuarias provienen de áreas urbanas del país.

<b>4. Nivel de estudios de la usuaria</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Acumulado</b>
<b>Secundaria</b>	90	75.00%	75.00%
<b>Universitaria/técnico</b>	30	25.00%	100.00%
<b>Total</b>	120	100.00%	100.00%

En la tabla N° 4 se identifica que 3 de 4 usuarias han obtenido un nivel educativo de secundaria y el resto arriba de ese nivel (universitaria o técnico)

<b>5. Tiene hijos o hijas</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Acumulado</b>
<b>No</b>	15	12.50%	12.50%
<b>Yes</b>	105	87.50%	100.00%
<b>Total</b>	120	100.00%	100.00%

La tabla N° 5 describe que 87.5% de usuarias tienen historia de uno o más hijos. Con un promedio de 2 hijos por mujer. Esta condición favoreció la indicación del personal clínico en la colocación del método.

<b>6. Ocupación de la usuaria</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Acumulado</b>
<b>Ama de casa</b>	60	50.00%	50.00%
<b>Trabajo fuera del hogar</b>	60	50.00%	100.00%
<b>Total</b>	120	100.00%	100.00%

La tabla N° 6 describe que la mitad de las usuarias son beneficiarias y el resto trabajan en cualquier actividad fuera del hogar que las convierte en cotizantes.

### **USO PREVIO DE ANTICONCEPTIVOS**

<b>7. Qué método ha usado previamente</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Acumulado</b>
<b>DIU</b>	8	6.25%	6.25%
<b>Inyección</b>	75	62.50%	68.75%
<b>Natural</b>	7	6.25%	75.00%
<b>Ninguno</b>	23	18.75%	93.75%
<b>Oral</b>	7	6.25%	100.00%
<b>Total</b>	120	100.00%	100.00%

En la tabla N° 7, se observa que 6 de 10 usuarias han utilizado previamente un anticonceptivo inyectable como método de planificación familiar. Seguida de manera menos frecuente por otros métodos disponibles como DIU, orales o métodos naturales. 2 de 10 no han utilizado previamente un anticonceptivo.

## CONOCIMIENTOS SOBRE DIU

<b>Tabla N° 8</b>	<b>8. Puede explicar que es un DIU?</b>		
<b>Nivel de estudios</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>Total</b>
<b>Universitaria/técnico</b>	30	0	30
<b>Secundaria</b>	75	15	90
<b>TOTAL</b>	105	15	120
	87.50%	12.50%	100.00%

En la tabla N° 8 se puede observar que 87.5% de usuarias pudieron explicar de alguna manera en sus propias palabras que es un DIU. Al disgregar la respuesta afirmativa según el nivel educativo alcanzado, la totalidad de las del nivel universitario explicaron el método y de las que han alcanzado un nivel de secundaria 8 de 10 contestaron afirmativamente la pregunta.  $P < 0.05$ . Entre las respuestas más frecuentes en las 105 mujeres que contestaron, fueron que el DIU es “Un aparato para evitar el embarazo o método de planificación familiar”.

<b>Tabla N° 9</b>	<b>9. Conoce el mecanismo de acción del DIU</b>		
<b>Nivel de estudios</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>Total</b>
<b>Universitaria/técnico</b>	15	15	30
<b>Secundaria</b>	30	60	90
<b>TOTAL</b>	45	75	120
	37.50%	62.50%	100.00%

En la tabla N° 9 se observa que el 37.5% de usuarias contestaron afirmativamente sobre el mecanismo del DIU. Al relacionar la respuesta de si conoce el mecanismo de acción del DIU con el nivel educativo, observamos que en las del nivel universitario, la mitad de ellas conocen y en las de menor nivel sólo 3 de 10 contestaron de igual manera.

De las 6 usuarias que contestaron que conocían el mecanismo, solo 4 contestaron correctamente cuando se les solicitó que explicaran su respuesta. El resto no contesto.

<b>10. Conoce sobre los riesgos del DIU</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Acumulado</b>
<b>No</b>	60	50.00%	50.00%
<b>Si</b>	60	50.00%	100.00%
<b>Total</b>	120	100.00%	100.00%

En la tabla N° 10 se observa el 50% de las entrevistadas contestaron que conocen sobre los riesgos del uso del DIU. Entre las respuestas más frecuentes se menciona la posibilidad de embarazo (3 de 7 mujeres) expulsión (3 de 7), hemorragia vaginal (3 de 7) e infección vaginal (2 de 7 usuarias). Una de ellas no contesto los riesgos a pesar de mencionar que conocía.

## **USO DEL METODO**

<b>Tabla N° 11</b>	<b>¿Suspendió el uso del DIU, en el periodo posterior a su inserción?</b>		
<b>Edad</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>Total</b>
<b>18 a 25 años</b>	22 (41.5%)	31	53
<b>26 a 35 años</b>	18 (48.6%)	19	37
<b>36 a 45 años</b>	15 (50%)	15	30
<b>Total</b>	55 (45.8%)	65 (54.2%)	120

La tabla 11, expresa el alto porcentaje de mujeres que descontinuaron el uso del DIU durante los seis meses posterior a su inserción (45.8%), y se puede observar como a mayor edad mayor la proporción de mujeres que lo descontinuaron.  $V=0.75$ , lo cual denota una alta dependencia directa entre la edad y la toma de decisión sobre la suspensión del método. A pesar de la alta proporción de discontinuidad las entrevistas fueron continuadas de tal manera de conocer las actitudes, prácticas y conocimientos de las mujeres que han sido

usuarias del DIU. Entre los motivos de discontinuidad se reportaron la presencia de efectos secundarios (40%), por temor a otras complicaciones (25%), porque la pareja le solicitó debido a la sensación de los hilos (20%) y por expulsión y ya no estar interesada en el método (14%) y solamente una reportó el deseo de un nuevo embarazo.

### MOMENTO DE COLOCACIÓN DE DIU

<b>Tabla 12. Cuál fue el momento de colocación del método</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Inmediato	15	12.5%
Post parto temprano	28	23.3%
Intervalo	77	64.2%
<b>Total</b>	120	100.00%

64% de las mujeres indicaron que la colocación del dispositivo no fue asociado posterior a verificar parto. Datos no mostrados refieren que el principal motivo de esa condición es que el personal de salud le indicó que era necesaria que las mujeres llegaran al servicio de salud cuando ya se verificaba la menstruación en ellas.

### CONOCIMIENTOS SOBRE EFECTIVIDAD

<b>Tabla N° 13</b>	<b>¿Se siente segura con el DIU como método de Planificación familiar?</b>		
<b>Edad</b>	<b>No</b>	<b>Si</b>	<b>Total</b>
<b>18 a 25 años</b>	27 (50.9%)	26	53
<b>26 a 35 años</b>	22 (59.4%)	15	37
<b>36 a 45 años</b>	17 (56.7%)	13	30
<b>Total</b>	66 (55.0%)	54 (45.0%)	120

Al indagar sobre la seguridad percibida ante el uso del dispositivo podemos observar que el 55% de las mujeres manifestó sentirse inseguras con el método, sin diferencia entre edad,

entre los motivos principales de la inseguridad manifiesta están: 60% por no haber recibido información completa sobre su mecanismo de acción, 26% no les fueron explicados los beneficios de utilizarlo y 14% no supieron responder los motivos. 55 mujeres que discontinuaron el método son parte de las 66 que manifestaron sentirse inseguras con el método.  $V=0.27$ , no hay dependencia directa entre las variables.

#### FACTORES QUE INCIDEN EN EL USO DE DIU

<b>Tabla N° 14. Razón para usar DIU</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Espaciar los nacimientos	80	66.7%
No tener más hijos	40	33.3%
<b>Total</b>	120	100.00%

La tabla 14 expresa que la principal razón para la utilización del DIU ha sido para espaciar los nacimientos, de acuerdo al 67% de las mujeres, sin embargo el resto de mujeres que el motivo fue ya no tener más hijos, fueron aquellas de 30 años o más y quienes referían paridad completa.

<b>Tabla N° 15. ¿Qué siente al decidir sobre la planificación de su familia?</b>	<b>18-25 a</b>	<b>26-35 a</b>	<b>36-45 a</b>	<b>Total</b>
Frustración	8 (15.2%)	2 (5.4%)	2 (6.7%)	12
Temor	26 (49%)	8 (21.6%)	4 (13.3%)	38
Libertad	4 (7.5%)	14 (37.8%)	16 (53.3%)	34
Conveniencia	15 (28.3%)	13 (35.2%)	8 (26.7%)	36
<b>Total</b>	53	37	30	120

En la tabla 15 se observa diferencia significativa entre las diferentes sensaciones manifestadas por las mujeres, el 49% de mujeres entre 18 y 25 sienten temor al decidir sobre la planificación de la familia, contra el 21.6 y 13.3% de las otras edades, así mismo la



frustración se redujo del 15.2% en mujeres entre 18 y 25 años, al 5.4 y 6.7% en otras edades. La sensación de libertad en menores de 25 años es del 7.5%, 37.8% en el grupo de 26 a 35 años y 53.3% en las mayores de 36 años. En relación a la conveniencia el primer grupo lo expreso en 28.3%, el segundo en 35.2% y 26.7% en mayores.

<b>Tabla N° 16 ¿Ha recibido apoyo de su pareja porque desea utilizar DIU?</b>			
<b>Edad</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>	<b>Total</b>
<b>18 a 25 años</b>	35	18	53
<b>26 a 35 años</b>	17	20	37
<b>36 a 45 años</b>	9	21	30
<b>Total</b>	61 (50.8%)	59 (49.2%)	120

<b>Tabla N° 17 ¿Ha recibido apoyo de su pareja porque desea utilizar DIU?</b>			
<b>Continuación del DIU</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>	<b>Total</b>
<b>Continuaron Diu</b>	12 (18.4%)	53 (81.6%)	65
<b>No continuaron</b>	49 (89.0%)	6 (11.0%)	55
<b>Total</b>	61	59	120

En la tabla 16 se observa la mitad de las mujeres manifiestan no haber recibido apoyo por sus parejas para que sean usuarias del DIU. Es importante recordar que existe un 36.6% de mujeres que no tienen pareja estable (22), sin embargo el número total de mujeres que respondieron que no reciben apoyo supera el número bajo la condición anterior (61/22). El grupo de 18 a 25 años es el que expresa con mayor frecuencia la falta de apoyo de sus pareja (66%) y conforme aumenta la edad se reduce la condición (46% para el grupo de 26 a 35 años y 30% para las mayores). Al indagar sobre el tipo de apoyo que las parejas dan a las mujeres entrevistadas la mayoría expreso que sus parejas les “dan el consentimiento

para que lo utilicen”. Muy pocas mujeres expresaron que el apoyo se debía a que era necesario planificar la familia y el método presentaba la opción para cumplir con ese propósito.

Al comparar esta condición entre mujeres que discontinuaron el método, se puede observar que el 81.6% de las que continuaron también recibieron apoyo de su pareja, a diferencia del 89.0% de las mujeres que discontinuaron tampoco recibieron apoyo de sus parejas.  $P < 0.05$

<b>Tabla N° 18</b>	<b>¿Su vida de pareja se ha afectado debido a que usas el DIU ?</b>		
<b>Edad</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>Total</b>
<b>18 a 25 años</b>	21	32	53
<b>26 a 35 años</b>	8	29	37
<b>36 a 45 años</b>	7	23	30
<b>Total</b>	36 (30%)	84 (70%)	120

<b>Tabla N° 19</b>	<b>¿Su vida de pareja se ha afectado debido a que usas el DIU?</b>		
<b>Continuaron</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>Total</b>
<b>Continuaron Diu</b>	5 (7.7%)	60 (92.3%)	65
<b>No continuaron</b>	31(56.4%)	24 (43.6%)	55
<b>Total</b>	36	84	120

La tabla 18 expresa el porcentaje de mujeres que manifiestan que su vida de pareja se ha afectado por el uso del DIU, en la cual observamos que el 30% de ellas afirmaron que ha sido afectada (39%, 22% y 23% respectivamente por grupo de edad), es importante recalcar que el principal motivo por el cual se manifiesta la afección por parte de sus parejas es porque el método da desconfianza en cuanto a su efectividad y sensación de incomodidad por los hilos.

La tabla 19 pone en evidencia que de las mujeres que continuaron utilizando el DIU, sólo el 7.7% de sus parejas les ha afectado su vida de pareja, no así el 56.4% de las mujeres que no continuaron expresaron que su vida de pareja se vio afectada por el uso del DIU.  $P < 0.05$ .

### EFFECTOS SECUNDARIOS

<b>Tabla. 20 Efectos secundarios por uso de DIU</b>	<b>Frecuencia N=71</b>	<b>Porcentaje</b>
Sangrado irregular	45	64.2%
Dolor pélvico	28	39.4%
Flujo vaginal	33	46.5%
Más de uno	36	50.7%
Ninguno	49	41%

La tabla 20 pone en evidencia que existe un 59% de mujeres que manifestó presentar al menos un efecto secundario, entre los principales sangrado vaginal, flujo vaginal y dolor pélvico, la mitad de las mujeres reportaron más de un efecto secundario.

<b>Tabla N° 21</b>	<b>¿Les explicaron sobre los efectos secundarios?</b>		
<b>Edad</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>	<b>Total</b>
<b>Continuaron Diu</b>	5 (7.7%)	60 (82.3%)	65
<b>No continuaron</b>	36 (65.5%)	19 (34.5%)	55
<b>Total</b>	41 (34.1%)	79 (65.9%)	120

La tabla 21 expresa que a pesar que al 66% de las mujeres les fueron explicados los efectos secundarios, se identificó que la mayor proporción fue en quienes continuaron el método (82.3%), puede observarse que en quienes no continuaron 65.5% no recibieron orientación sobre los efectos secundarios.  $P < 0.05$ . Datos no mostrados expresan la misma información sobre la preocupación que tuvieron las mujeres sobre los efectos secundarios, lo cual las motivo a abandonar el método.

## COMPLICACIONES

<b>Tabla 22. Complicaciones asociadas a uso de DIU</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Perforación	2	1.7%
Infección	10	8.3%
Expulsión	24	20%
Embarazo	6	5%
<b>Ninguno</b>	78	65%
<b>Total</b>	120	100.00%

La tabla 22 evidencia que el 35% de las mujeres manifestaron algún tipo de complicación posterior a la inserción del DIU, de ellas, el 20% reportaron expulsión del DIU, lo cual demuestra una alta presencia de complicaciones, seguido por 8.3% de infección post inserción, 5% de embarazos y una escasa proporción de perforaciones. Todas las mujeres con embarazo por falla del método continuaron sus atenciones maternas sin complicaciones.

<b>Tabla. 23 Afectan las complicaciones la vida de las mujeres</b>	<b>Frecuencia. N=42</b>	<b>Porcentaje</b>
En el hogar	20	47.6%
En el ámbito social	12	28.6%
En lo laboral	9	21.4%
De manera personal, autoestima, culpa	26	61.9%

La tabla 23 expone como las complicaciones afectan la vida de las mujeres en los contextos en los cuales se desarrolla, 62% expresó que a nivel personal se vio afectada, 48% en el hogar, 29% en lo social y 21% en lo laboral. Entre los problemas expresados están el dolor que les causó su uso interfería en su vida sexual y en las tareas del hogar, sobre todo por no

conocer qué hacer ante esa condición. En el ámbito laboral los efectos secundarios se asociaron a incapacidad para ejecutar sus labores diarias.

## PROMOCIÓN DE LOS SERVICIOS

<b>Tabla 24. Cómo se entero de los servicios</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje N= 120</b>
Medios de comunicación (radio, tv, escritos)	27	22.5%
Promotor	15	12.5%
Amistades	80	66.7%
Familiares	20	16.7%

La tabla 24 muestra que la mayor promoción del método ha sido a través de las amistades, 66.7%, seguido por los medios de comunicación, 22.5%, familiares 16.7% y promotor de salud tan sólo en 12.5%.

## CONSEJERÍA

<b>Tabla N° 25</b>	<b>Ha recibido consejería sobre métodos de planificación familiar para aclarar sus dudas.</b>		
	<b>CONSEJERÍA: método utilizado para discutir una necesidad de información de la usuaria y finalizar en un acuerdo sobre un cambio de comportamiento respecto a la duda manifiesta</b>		
<b>Continuidad</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>	<b>Total</b>
<b>Continuaron Diu</b>	8 (12.3%)	57 (87.7%)	65
<b>No continuaron</b>	44 (80.0%)	11 (20.0%)	55
<b>Total</b>	52 (43.3%)	68 (64.7%)	120

La tabla 25 muestra que el 43.3% de las usuarias no recibieron consejería para aclarar dudas sobre los métodos de planificación familiar, sin embargo es evidente que la consejería ha influido en el 88% de las mujeres que continuaron el método al momento de la entrevista. El 80% de quienes no continuaron no recibieron consejería sobre métodos anticonceptivos.  $P < 0.05$

## **VI. ANALISIS DE RESULTADOS**

Es necesario hacer notar las limitaciones propias de este estudio. Desde el punto de vista cuantitativo, evidencia los sesgos propios de un estudio descriptivo, en donde si bien los resultados obtenidos constituyen solamente una primera aproximación al problema, no esclarecen las variables asociadas a este; de igual manera, el tamaño de la muestra es limitado y desde el punto de vista estadístico, no constituye una muestra representativa de la población total. Además la población en estudio, tiene un perfil específico característico de la población derechohabiente del ISSS, constituido por la clase trabajadora y /o beneficiaria con educación media en su mayoría, que si bien refleja las características de la mayor población del ISSS, excluye sin embargo a la población que no cuenta con este sistema de seguridad social.

Sin embargo, desde un punto de vista cualitativo, el colectivo lo podemos observar en esta muestra pequeña, aun cuando no es estadísticamente significativa para la población de mujeres en general.

Por ello los resultados de este estudio, de metodología mixta, constituyen un aporte importante al estado científico como primera aproximación del problema en el sitio de estudio.

En cuanto a los resultados obtenidos se pudo observar que más de la tercera parte de las usuarias tiene entre 18 y 25 años, y solo una cuarta parte está entre los 36 a 45 años. Sin embargo 8 de 10 mujeres se encuentran en una relación con pareja estable, lo cual podría ser un factor protector si dentro de los mecanismos de información, orientación y educación en salud se incorporará a los hombres.

La totalidad de mujeres en seguimiento del uso de DIU provienen de zonas urbanas del país, lo cual facilita el acceso para la promoción de métodos de largo plazo como el dispositivo intrauterino.

El nivel de estudios de las mujeres es medio, considerando que sólo 1 de 4 de ellas ha alcanzado un nivel universitario. Lo anterior puede ser una limitante para comprensión de las orientaciones sobre métodos anticonceptivos y obliga a que todas las herramientas educativas deban tener un nivel de comprensión adecuado para el nivel educativo de las

usuarias. Sin embargo esta situación representa también un factor positivo al compararlas con el promedio de nivel educativo de la mujer salvadoreña, debido a que las usuarias del ISSS tienen un nivel de escolaridad superior a las atendidas en el sector público, situación que debe considerarse en los métodos de comunicación utilizados.

9 de 10 usuarias que solicitan el método tienen uno o más hijos lo cual representa una oportunidad para que el personal de salud motive la prevención del siguiente embarazo sin temor a los mitos asociados a mujeres nulíparas que solicitan el método. Aunque esta situación debe aclararse en el personal, considerando que la nuliparidad no representa contraindicación para la colocación del dispositivo.

7 de 10 de mujeres han sido usuarias previas de métodos anticonceptivos lo que refuerza la necesidad de prevenir próximos embarazos, convirtiéndolas en personas anuentes a la utilización de métodos más seguros y de largo plazo, sin embargo es necesario fortalecer los contenidos y herramientas para el desarrollo de consejería por el personal de salud.

9 de 10 mujeres en control post inserción de DIU pudieron explicar lo que comprenden sobre el DIU, lo que favorece la aclaración de dudas a partir del conocimiento identificado para favorecer su continuidad. Sin embargo es importante discutir con mayor énfasis en mujeres en nivel de secundaria.

4 de 10 usuarias conocen el mecanismo de acción del DIU, demostrando la necesidad de discutir con las usuarias sobre los mecanismos de acción de acuerdo a evidencia científica y en lenguaje comprensible para ellas. A pesar de que las usuarias describen el método, se demostró que desconocen acerca del mecanismo de acción, lo cual representa un factor para tomar la decisión de discontinuar el método.

La mitad de las usuarias manifiestan conocer los riesgos de utilizar el DIU, lo cual les pone en desventaja ante el apareamiento de ellos, afectando negativamente la capacidad de control sobre estos efectos secundarios, la búsqueda de apoyo clínico y estimulando su deserción.

Casi la mitad de las usuarias suspendieron el uso del DIU durante el periodo de los dos años previos a la entrevista, aumentando su deserción conforme aumenta su edad, lo cual confirma la limitada información recibida sobre el método y la falta de seguimiento a la paciente posterior a la inserción.



2 de 3 usuarias manifestaron que la inserción del DIU ocurrió meses después del parto, debido a que la indicación recibida fue que debían regresar cuando la menstruación estuviera presente. Esto indica que el personal de salud no tiene los suficientes elementos teóricos para entregar a las usuarias el método cuando es solicitado en el post parto inmediato, y existe aún la opinión entre el personal que la inserción de intervalo reduce la posibilidad de expulsión, situación que debe ser aclarada a través de la evidencia científica actual que desmitifica esta situación.

Más de la mitad de las usuarias expresaron la inseguridad sentida por la utilización del DIU, poniendo en evidencia que no reciben la información completa sobre el método, los beneficios, los mitos asociados, entre otros. Lo anterior tiene una relación directa con la discontinuidad de las usuarias.

2 de 3 usuarias desean espaciar los nacimientos y el resto para no tener más hijos, en cualquiera de las dos opciones expresas por las usuarias, el DIU se convierte en una opción segura y efectiva, cuando el personal de salud entrega la información completa y oportunamente sobre el método.

De 38 mujeres que manifestaron temor debido a la toma de decisiones sobre la planificación familiar, la mayoría se encontraban entre los 18 y 25 años y reduciéndose conforme la edad avanza, eso pone en evidencia que la población joven debe recibir mayor información sobre los derechos sexuales y derechos reproductivos, además de promover la participación de las parejas en las decisiones. La conveniencia del uso de un método anticonceptivo es percibida conforme aumenta la edad.

La mitad de las mujeres no han recibido apoyo por parte de sus parejas para la utilización del DIU, situación que afectó claramente la decisión de discontinuar el método, debido a que aquellas que percibieron apoyo en su mayoría siguen siendo usuarias del método. Esto confirma promover la participación de las parejas en la orientación sobre la planificación de la familia y los derechos sexuales y reproductivos.

9 de 10 de mujeres discontinuaron el método y además no recibieron apoyo de sus parejas para su uso.

3 de 10 mujeres manifestaron que su vida de pareja se ha visto afectada por el uso del DIU, principalmente porque las parejas han manifestado la incomodidad en las relaciones sexuales al sentir los hilos del DIU. Esta situación pone en evidencia que el personal de

salud en la mayoría de ocasiones no realiza el procedimiento exacto para la inserción del DIU.

Sólo 1 de 10 mujeres que si han continuado manifestaron que su vida de pareja se ha afectado, al contrario en las mujeres que no continuaron agregando este motivo. Esto pone en evidencia que a mayor información, mayor continuidad, menos afecciones de la vida de pareja.

6 de 10 mujeres manifestaron haber padecido efectos secundarios, entre los más frecuentes: sangrado irregular, flujo vaginal y dolor pélvico, además la mitad de las mujeres exponen que sufrieron más de un efecto secundario. Lo anterior denota que el acompañamiento de las mujeres en sus visitas de seguimiento y exploración sobre los efectos secundarios es crucial para que continúen el método.

7 de 10 usuarias recibieron información sobre los efectos secundarios, sin embargo al comparar los grupos de las que descontinuaron y quienes no, evidencia que las mujeres que recibieron información tuvieron más disposición a continuar a pesar de padecer los efectos secundarios por el uso del método. Esta información expresa la necesidad de fortalecer la información sobre los efectos secundarios causados por el DIU y la reducción de la ansiedad de las usuarias por el apareamiento de los mismos. Esto pone en evidencia que al realizar la consejería la toma de decisiones sobre la adherencia al método se ve fortalecida.

1 de 5 mujeres manifestó que la expulsión del DIU fue la principal complicación reportada, seguida por la infección y en menor proporción el embarazo y la perforación. Esta información no puede ser comparada con la tasa de fallo o expulsión que la literatura expone a nivel internacional y nacional, de acuerdo a diferentes metanálisis las tasas de expulsión a los seis hasta los 36 meses variaron de 6,2 a 44,1 por cada 100 mujeres, consideran que para El Salvador la falla en los procedimientos para inserción ha sido un denominador común encontrado. Por lo anterior es necesario actualizar al personal en la inserción de DIU aplicando los procedimientos correctos.

De 42 mujeres quienes manifestaron complicaciones en los diferentes ámbitos de su vida debido a los efectos secundarios del DIU, la afección principal fue a nivel personal, en su autoestima y sentimiento de culpa, seguido por alteraciones en el hogar, a nivel social y laboral. Esta condición puede reducirse en cuanto las usuarias conozcan sobre los efectos

secundarios esperados y reconocer el momento en que deben buscar ayuda profesional, antes de tomar la decisión de discontinuar el método.

Las usuarias conocieron sobre el DIU a través de sus amistades y en menor proporción por los medios de comunicación, familiares y promotores de salud. Esto refleja la débil promoción del método por los equipos de salud y la falta de involucramiento de los medios de comunicación en la promoción de los derechos sexuales y reproductivos, con énfasis en la anticoncepción.

6 de 10 mujeres recibieron consejería sobre sus dudas en anticoncepción, previas y posteriores a su inserción, pero es evidente que la mayoría de quienes recibieron consejería son las usuarias que aún están adheridas al método.

En cuanto al personal que participa en la inserción de DIU, se reportó que la mayoría han sido por médicos en entrenamiento y sólo dos casos fueron realizados por médicos agregados. Esta información es necesaria para sensibilizar al equipo de especialistas en la importancia de los servicios de anticoncepción y de la calidad necesaria para entregarla.

## VII. CONCLUSIONES

El Dispositivo Intrauterino representa para las mujeres aseguradas una opción para la prevención del embarazo, lo cual debe ser fortalecido a través de la consejería.

Los métodos de largo plazo están teniendo una demanda mayor en mujeres principalmente de áreas urbanas, lo cual permite que aquellas mujeres aseguradas o beneficiarias del ISSS tengan un mayor acceso a estos métodos que otras sin esa condición.

Es necesario promover el involucramiento de la pareja en la toma de decisiones y apoyar la puesta en práctica de herramientas para la negociación con sus parejas sobre la elección del método anticonceptivo, sin embargo el empoderamiento de las mujeres en la toma de la decisión final es clave fundamental de su salud y bienestar así como la de su familia.

Es necesario que el personal de salud discuta con las usuarias sobre el marco legal en el país que justifica el uso de anticonceptivos como decisión libre e informada de las mujeres, y promover el empoderamiento de los derechos sexuales y derechos reproductivos.

Las herramientas educativas de apoyo deben ser diversas y adaptadas a las características de las mujeres de acuerdo a su nivel educativo, de igual manera el lenguaje y tipo de información utilizada por los proveedores debe considerarse en la construcción del modelo de promoción de la salud, incluyendo información sobre derechos sexuales y reproductivos, además de paternidad y maternidad responsable.

La nuliparidad y el periodo del post parto inmediato siguen siendo factores condicionantes en el personal de salud para la incorporación de mensajes relacionadas a métodos de largo plazo, con énfasis en el DIU, lo que indica la necesidad de sensibilizar y actualizar al personal de salud con evidencia científica actual. Además la selección del personal debe ser basado en un perfil profesional idóneo, y considerar el interés del profesional en trabajar en esta área.

Los factores que inciden en la continuación y/o discontinuación del Diu tiene su base en la falta de autonomía de la mujer, la falta de empoderamiento con respecto a su propio cuerpo y la falta de toma de decisiones producto de la falta de consejería sobre el uso, indicaciones, beneficios, riesgos, efectos secundarios y complicaciones en materia de planificación familiar. Por lo que se requiere el establecimiento de mejores y más productivas estrategias educativas que involucren a la familia entera para disminuir la tensión sobre la mujer solamente de tal manera que la mujer además de empoderada se sienta respaldada en cuanto

a sus decisiones en materia de salud sexual y reproductiva y específicamente en la selección del método

El personal de salud debe entregar información oportuna sobre el DIU, a través de una consejería completa y de acuerdo a la necesidad de información identificada.

Las usuarias aseguradas o beneficiarias representan un grupo muy sensible para recibir información y educación sobre prevención del embarazo con métodos de largo plazo y tomar la decisión sobre su uso. Esta situación expone que la labor educativa, hablar y promocionar la planificación familiar ha sido un factor importante entre las usuarias del ISSS ya que una gran proporción de ellas han tenido la experiencia previa de utilizar métodos anticonceptivos. Además la información refleja que si existía un quinto de mujeres aumentó la accesibilidad al método, esta situación pone de manifiesto que la consejería y orientaciones claras favorecen los conocimientos de las mujeres en cuanto a anticoncepción.

Es necesario que el personal de salud fortalezca el procedimiento de la consejería utilizando los documentos regulatorios definidos para tal fin y utilizando los procedimientos diversos existente, ej. ACCEDA. La falta de consejería condiciona directamente el abandono de las usuarias al método.

Los equipos de salud responsables del programa de planificación familiar en el ISSS deben hacer una reflexión sobre el alto porcentaje de discontinuidad y los factores asociados y vincularlo a la inversión que la institución ha hecho en la formación del personal para entregar una atención integral y de calidad, específicamente en la consejería hacia las usuarias.

Es imperante socializar los lineamientos para la provisión de servicios anticonceptivos, en donde se hace énfasis en inserción de DIU como un procedimiento que requiere tiempo del médico proveedor diferente al de una consulta normal, pues es esta falta de tiempo la que a veces no permite la oferta del método.

Todos los médicos en formación deberían recibir la capacitación técnica para la colocación y retiro de DIU; lo que aumentaría la cantidad de mujeres con acceso al método.

**Basados en los derechos sexuales y reproductivos todas las mujeres tienen el derecho a recibir información sobre todos los métodos de planificación familiar y los proveedores de salud deberían tener además de la capacitación técnica, la buena disposición de entregarle a la usuaria su método de elección.**

**CONCLUSIÓN FINAL: Las tasas de uso del DIU son mayores en un 80% en mujeres que han recibido consejería en planificación familiar, específicamente sobre DIU**

## **BIBLIOGRAFIA.**

### **1. ENCUESTA NACIONAL DE SALUD FAMILIAR.**

FESAL 2008.

<http://www.fesal.org.sv/2008/informe/final/default.htm>

### **2. PLANIFICACIÓN FAMILIAR. UN MANUAL MUNDIAL PARA PROVEEDORES.OMS.**

<http://info.k4health.org/globalhandbook/remindersheets/Spanish-Chap9.pdf>

### **3. DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS CON COBRE MODIFICADOS PARA USAR EN NULÍPARAS**

Contraception Online: Contraception and Reproductive Health Info for OB/GYN Professionals.

THE CONTRACEPTION REPORT.

Volumen 14, Febrero 2004,

[http://www.google.com/search?sourceid=navclient&aq=hts&oq=&hl=es&ie=UTF-8&rlz=1T4GFRE\\_esSV370SV371&q=Referencia%3a+Contraception+Online%3a+Contraception+and+Reproductive+Health+Info+for+OB%2fGYN](http://www.google.com/search?sourceid=navclient&aq=hts&oq=&hl=es&ie=UTF-8&rlz=1T4GFRE_esSV370SV371&q=Referencia%3a+Contraception+Online%3a+Contraception+and+Reproductive+Health+Info+for+OB%2fGYN)

### **4. CUADRO DE REFERENCIA RÁPIDA PARA LOS CRITERIOS MÉDICOS DE ELEGIBILIDAD DE LA OMS.**

<http://www.fhi.org/NR/rdonlyres/ecmfxylet5pt7pmupysjre6hv3qrwnkp443ilunaiedwtiamod7wujmhsodyzavnqi2hrffyd6r2k/CuadroReferenciaPF1.pdf>

### **5. LISTA DE VERIFICACIÓN PARA EXAMINAR A LAS CLIENTAS QUE DESEAN INICIAR EL USO DE DIU T DE COBRE**

Family Health International,  
2008.

<http://www.fhi.org/NR/rdonlyres/eimeq2z3rh5umzpepv6ah37zmdsmfi54irtwy4oujwjtjmawou2ukn4zoe7a5hkxyilxwulzjpsj4j/ListaVerificacionDIU.pdf>

### **6. TÉCNICA DE INSERCIÓN DE DIU T COBRE.**

Ministerio de salud de Argentina,  
2008

<http://www.msal.gov.ar/saludsexual/downloads/aficheDIU1.pdf>

### **7. DISPOSITIVOS INTRA-UTERINOS CON COBRE PARA LA ANTICONCEPCIÓN.**

Kulier R, O'Brien PA, Helmerhorst FM, Usher-Patel M, D'Arcangues C.  
La biblioteca Cochrane plus 2008, numero 2

### **8. INSERCIÓN INMEDIATA POSTPARTO DE DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS**

Grimes D, Schulz K, van Vliet H, Stanwood N

Reproducción de una revisión Cochrane, traducida y publicada en *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008, Número 2

**9. APLICACIÓN DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO POST PARTO Y POST ABORTO EXPERIENCIA DE 299 CASOS.**

Ornar Oliva-Ortéz\* Oscar Barahona-García\*\*

REV MED POST UNAH

VoL 4 No. 3 Sept.-Dic, 1999.

**10. EL DISPOSITIVO INTRA-UTERINO.**

ACOG. Medline.

Abril/2007

C:\Users\Educadores\Desktop\Articulos seleccionados\ACOG Education Pamphlet SP014 -  
- El Dispositivo Intrauterino.mht

**11. SISTEMAS INTRAUTERINOS IMPREGNADOS DE HORMONAS (SIU), VERSUS OTRAS FORMAS DE ANTICONCEPTIVOS REVERSIBLES COMO MÉTODOS EFECTIVOS DE PREVENCIÓN DE EMBARAZO.**

French R, Van Vliet H, Cowan F, Mansour D, Morris S, Hughes D, Robinson A, Proctor T, Summerbell C, Logan S, Helmerhorst F, Guillebaud J

Reproducción de una revisión Cochrane, traducida y publicada en *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008, Número 2

**12. DISPOSITIVO INTRAUTERINO SIN MARCO VERSUS CLÁSICO PARA LA ANTICONCEPCIÓN**

O'Brien PA, Marfleet C

Reproducción de una revisión Cochrane, traducida y publicada en *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008, Número 2

**13. DISCO OMS PARA DETERMINAR ELEGIBILIDAD MÉDICA DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS**

Basado en la directriz OMS *Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos*,

3ª ed. (2005) y su *Actualización 2008*

**14. COSTO BENEFICIO DE LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN GUATEMALA**

Ricardo Valladares, Luigi Jaramillo

USAID Calidad en salud

AGOSTO 2008

**15. ANTICONCEPCION PARA LA MUJER QUE AMAMANTA**

Dra. Soledad Díaz

Instituto Chileno de Medicina Reproductiva.

2007



**16. ARGUMENTOS DE RECHAZO DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO Y OCLUSIÓN TUBÁRICA BILATERAL POSTPARTO, EN USUARIAS DE UNA UNIDAD DE SEGUNDO NIVEL DE CÁRDENAS, TABASCO, MÉXICO**

Zavala-González Marco Antonio, Correa-De la Cruz Rosario, Posada-Arévalo Sergio Eduardo, Domínguez-Llargo Adela, Barojas-Sánchez Josefina  
Revista de los estudiantes de la Universidad Industrial de Santander (UIS).  
2009

**17. RECOMENDACIONES PARA LA ACTUALIZACIÓN DE PRÁCTICAS SELECCIONADAS EN EL USO DE ANTICONCEPTIVOS**

Revisión Nov. 1994

**18. OMS ACTUALIZA LOS CRITERIOS MÉDICOS DE ELEGIBILIDAD PARA EL USO DE ANTICONCEPTIVOS**

The INFO Project • Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health • Center for Communication Programs.  
Agosto 2005.

**19. IUD GUIDELINES FOR FAMILY PLANNING SERVICES PROGRAMS”**

JHPiego, USAID, Capacity Project.  
2007

**20. DISPOSITIVO INTRAUTERINO.**

[http://es.wikipedia.org/wiki/Dispositivo\\_intrauterino](http://es.wikipedia.org/wiki/Dispositivo_intrauterino)

**21. HISTORIA DE LA ANTICONCEPCIÓN,**

Portal de la Sociedad Canaria de Medicina de Familia y Comunitaria, España  
[http://socamfyc.org/inicio/sites/default/files/Historia\\_de\\_la\\_Anticoncepcion.pdf](http://socamfyc.org/inicio/sites/default/files/Historia_de_la_Anticoncepcion.pdf)

**22. IUDS-AN UPDATE.**

Chapter 2.3: Effectiveness  
[http://info.k4health.org/pr/b6/b6chap2\\_3.shtml#top](http://info.k4health.org/pr/b6/b6chap2_3.shtml#top)

**23. «MECHANISMS OF THE CONTRACEPTIVE ACTION OF HORMONAL METHODS AND INTRAUTERINE DEVICES (IUDS)».**

*Family Health International*  
(2006).

**24. «IUDS BLOCK FERTILIZATION».**

*Network.* Family Health International.  
Keller, Sarah  
(Winter 1996, Vol. 16, No. 2)

**25. CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS. NUEVAS RECOMENDACIONES.**

Rev. Clin Med Fam v.3 n.3 Albacete  
oct. 2010

[http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1699-695X2010000300009&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1699-695X2010000300009&script=sci_arttext)

**26. FORMATO DE SEGUIMIENTO DEL ENTRENAMIENTO.**

Programa salud de la mujer  
Pasmo El Salvador  
Noviembre 2010

**27. MANUAL DE ORIENTACIÓN Y CONSEJERÍA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA.**

.Ministerio de Salud  
Lima. Perú. (2006).

**28. DOCUMENTO TÉCNICO:  
ADECUACIÓN CULTURAL DE LA ORIENTACIÓN/CONSEJERÍA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA.**

Ministerio de Salud  
Lima Perú. (2008)

**29. LA ESTRATEGIA DE LA CONSEJERÍA BALANCEADA.**

Federico R. León, Ph.D. Alex Ríos, Adriana Zumarán, John Bratt,  
The Population Council, Inc  
Peru. 2003

**30. “DESPUÉS DE EL CAIRO Y BEIJING: IMPULSO PARA AVANZAR”.**

Federación Internacional de Planificación de la Familia,  
Visión 2000. Londres, 1996

**31. INSTRUMENTOS DE INVESTIGACION**

Berganza Conde, Rosa y Ruiz San Román, José Antonio  
2005: 25 y 26

**32.** Caplow; 1972: 131. En Balcells i Junyent, Josep;  
1994: 64

**33. "MANUAL DE INVESTIGACIÓN EN CIENCIAS SOCIALES"**

Quivy, Raymond y Luc Van Campenhoutd,  
(2001) pág. 210-212

# Anexo 1. Matriz de recolección de datos

## USUARIAS DE DIU T de Cobre 380 A

Proveedor: Hospital 1º de Mayo del ISSS

Departamento: San Salvador

País: El Salvador

Tiempo: Junio a diciembre 2010

Fecha	No. Eqp.	Nombre	Poco dentro de Ver datos	Edad (Años Cump)	Pais de nacimiento	Causa /Amen- tada si/No	# Hija Total	Excep- ción Por la edad	Método de Ver datos	Proveídas de servicios / Referencia				Causa Justa de Pq	Control	Ejecu- ción No seguir	Barrido para la discontinua- ción	Complicaciones Por la edad	Respon- sable		
										DIU	MIF	REYE REN CIA Ver datos	SI NO								

**Período**  
 I = Inicial  
 PP = Post-pilo  
 PAC = Post-dono

**Procedencia**  
 U = Urbana  
 R = Rural

**Educación**  
 No = Ninguna  
 P = Primaria  
 S = Secundaria  
 U = Universitario / Técnico

**Método Usado Previo y Referencia**  
 O = Oral  
 I = Inyección  
 C = Condón  
 EQ = Esterilización  
 R = Retiro  
 X = Ninguno  
 MIF = Inyección  
 DIU

**Razón para la discontinuación**  
 ES = Eficacia Satisfactoria  
 X = Retorno  
 DE = Deseo de Referencia  
 O = Otro  
 C = Complicación

**Complicaciones**  
 P = Perforación  
 PE = Equivocación  
 P = Infección

**Responsable**  
 A = Médico Asistente  
 PE = Médico Residente  
 O = Otro personal

## **Anexo 2. Entrevista a la usuaria de DIU**

**Universidad de El Salvador**

**Facultad de Medicina**

**Maestría en Servicios Integrales en Salud Sexual y Reproductiva**

**Guía de entrevista sobre Caracterización de Usuaris de DIU, razones de la discontinuación del método, accesibilidad a los servicios.**

**Objetivo:** Recopilar información sobre la dinámica del uso del DIU en el Hospital 1° de Mayo.

**Indicaciones:** Brindar información es de carácter voluntario y se garantiza la confidencialidad del entrevistado.

### **Datos demográficos**

**Fecha** \_\_\_\_\_

#### **1) Edad.**

1. De 16 a 25 años
2. De 26 a 34 años
3. De 36 a 45 años

#### **2) Estado civil.**

1. Soltera
2. Casada
3. Acompañada
4. Divorciada

#### **3) Procedencia.**

1. Urbana
2. Rural

#### **4) Nivel de estudios.**

1. Ninguno
2. Primaria
3. Secundaria
4. Universitaria /Técnico

#### **5) ¿Tiene hijos?**

- 1- Si
- 2- No.
- 3- Cuantos? \_\_\_\_\_

#### **6) Ocupación.**

- 1- Ama de casa
- 2- Trabajo fuera del hogar

### Conocimiento sobre MPF

7) Que Método de Planificación ha usado previamente?

1. Oral
2. Inyección
3. Condón
4. Esterilización Quirúrgica
5. Natural
6. Implante
7. DIU
8. Ninguno

### Conocimiento sobre DIU

8) ¿Puede explicar con sus propias palabras que es un DIU?

- 1- Si
- 2- No
- 3-Si su respuesta es sí, explique: \_\_\_\_\_

9) ¿Conoce el mecanismo de acción del DIU?

1. Si
2. No
3. Si su respuesta es Si, Explique? \_\_\_\_\_

10) ¿Conoce los riesgos y complicaciones del uso del DIU?

- 1- Si
- 2- No
- 3- Si su respuesta es sí, Cuales conoce? \_\_\_\_\_

### Uso del método

11) ¿Inicio el Uso del DIU?

- 1- Si
- 2- No
- 3- Si no lo inicio, explique el porqué? \_\_\_\_\_

12) ¿Continuo el uso de DIU?

- 1- Si
- 2- No
- 3- Si no lo continuo, explique el porqué? \_\_\_\_\_

13) ¿Suspendió el DIU?

- 1- Si
- 2- No
- 3-¿Por qué? \_\_\_\_\_

### Momento de colocación del método

14) ¿En qué momento le colocaron el DIU?

1. Inmediato= (primeros 10 minutos después de expulsión de la placenta), inmediatamente después de un parto o aborto \_\_\_\_\_
2. Temprano= Dentro de las primeras 48 horas después del parto \_\_\_\_\_
3. Intervalo=De 4 a 6 semanas después del parto o en cualquier momento del ciclo menstrual (razonablemente seguros de no estar embarazada) \_\_\_\_\_

### Conocimiento sobre la efectividad del método

15) ¿Se siente segura con el DIU como método de Planificación familiar?

1- Si

2- No

3. ¿Por qué? \_\_\_\_\_  
(Especifique)

### Factores que inciden en el uso

16) ¿Cual es la razón para usar el DIU?

1. Espaciar el nacimiento de los hijos

2. No tener hijos

17) ¿Que siente al decidir sobre la planificación de su familia?

1- Frustración (en términos de no obtener el método que deseas y en el momento que lo buscas)

2. Temor (desconoces muchas cosas sobre el método, tienes mitos)

2. Libertad (porque es tu decisión y no habrán embarazos no planificados)

2- Conveniencia (en términos de más tiempo con la pareja, economía, espacio en casa etc.)

18) Ha recibido apoyo de su pareja, porque deseas usar el DIU?

1. Si

2. No

3. Qué tipo de apoyo? \_\_\_\_\_

19) Su vida de pareja se ha afectado debido a que usas el DIU?

1. Si

2. No

3. De qué forma? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Efectos Secundarios

20) ¿Ha notado el apareamiento de los siguientes efectos secundarios del DIU, cuáles?

Marque con una x los que presenta.

1. Sangrado Irregular, más abundante y que dura más tiempo de lo normal \_\_\_\_\_

2. Dolor de vientre (calambres abdominales) \_\_\_\_\_

3. Aumento del flujo a través de sus genitales (flujo transvaginal) \_\_\_\_\_

21) ¿Le explicaron que los efectos secundarios del DIU son esperados y que ceden después de los primeros 3 meses de uso?

1. Si

2. No

22) ¿Le preocupan los efectos secundarios del DIU?

1. Si

2. No

3. Porque? \_\_\_\_\_

### Complicaciones

23) ¿Presenta Ud. Algunas de las siguientes complicaciones asociadas al DIU, cuáles?

1- Perforación \_\_\_\_\_

2- Infección \_\_\_\_\_

3- Expulsión \_\_\_\_\_

4- Embarazo \_\_\_\_\_

5- Otra \_\_\_\_\_

En caso de presentar complicaciones responda a las siguientes preguntas.

**24) Estas complicaciones han afectado de algún modo su desenvolvimiento en el hogar y o con su pareja?**

1. Si
2. No
3. Como? \_\_\_\_\_  
(Especifique)

**25) Han generado problemas en su ámbito social (amigos, parientes...)?**

1. Si
2. No
3. Como? \_\_\_\_\_  
(Especifique)

**26) Han provocado problemas en su ámbito laboral?**

1. Si
2. No
3. Como? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**27) El usar DIU ha provocado en usted, algún sentimiento, sensación o pensamiento que la perturba de alguna forma?**

1. Si
2. No
3. Cual/es? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### **Promoción del servicio**

**28) Como se enteró de los diferentes métodos de Planificación Familiar que se brindan en este hospital?**

1. Radio/TV
2. Promotor
3. Amigas
4. Familiares
5. Volantes
6. Otros \_\_\_\_\_

#### **Acceso al servicio**

**29). Como vino al establecimiento de salud?**

1. Carro particular.
2. Transporte público.
3. Otros \_\_\_\_\_
4. Tracción Animal
5. A pie

**30). Cuanto tiempo tardo en llegar de su casa a la clínica? \_\_\_\_\_min. \_\_\_\_\_Horas\_**

**31). Aproximadamente, a cuantos kilómetros vive de este lugar? \_\_\_\_\_**

#### **Horario y Duración del Servicio**

**32). Aproximadamente a qué hora llego al Hospital? \_\_\_\_\_**

**33). Aproximadamente a qué hora salió del hospital? \_\_\_\_\_**

**34). Que le pareció el horario de Atención?**

1. Excelente
2. Muy Bueno
3. Bueno
4. Regular
5. Malo, Porque?\_\_\_\_\_

**Consejería**

**35).Ha recibido consejería sobre planificación familiar que le ayude a aclarar sus dudas?**

- 1.Si
2. No (Porque?)\_\_\_\_\_

**36) Le explicaron sobre el Consentimiento Informado?**

1. Si
2. No

**37) Lo entendió?**

1. Si
2. No

**38) Firmo el Consentimiento Informado?**

1. Si
2. No (Porque?)\_\_\_\_\_

**39) Cree que la consejería fue privada?**

1. Si
2. No

**40) Cree que la consejería tuvo lugar en un ambiente adecuado?**

1. Si
2. No

**Calidad del servicio**

**41) ¿Quién le inserto el DIU?**

- 1- Medico Agregado
  - 2- residente
  - 3- Otro personal de salud.
  - 4- Otro.\_\_\_\_\_
- (Especifique)

**42) ¿Acordó el médico/a con usted una visita de seguimiento?**

- 1- Si
- 2- No
- 3- ¿En cuánto tiempo?\_\_\_\_\_



**43). Como le pareció el servicio prestado?**

1. Excelente
2. Muy Bueno
3. Bueno
4. Regular
5. Malo, Porque?\_\_\_\_\_

**44). Cree que hubo algún obstáculo para obtener el servicio.**

- a. Si  
(Porque?)\_\_\_\_\_
- b. No

**45).Le informaron ampliamente sobre los métodos de PF?.**

- a. Si
- b. No  
(Porque?)\_\_\_\_\_

**46).Le informaron a donde puede asistir para el control del método aplicado?**

- a. Si (Adonde?)\_\_\_\_\_
- b. No

**47).Esta satisfecha con la atención recibida?**

- a. Si
- b. No (Porque?)\_\_\_\_\_

**48).Le recomendaría este servicio a alguien?**

- a. Si
- b. No (Porque?)\_\_\_\_\_

**49).Tiene amigas que quisieran venir?**

- a. Si
- b. No (Porque?)\_\_\_\_\_

**50).Que tal le parecieron los siguientes elementos del servicio:**

**a.Instalaciones**

1. Excelente
2. Muy Bueno
3. Bueno
4. Regular
5. Malo, Porque?\_\_\_\_\_

**b. Limpieza**

1. Excelente
2. Muy Bueno
3. Bueno
4. Regular

5. Malo, Porque? \_\_\_\_\_

**51). Qué tal le pareció la atención que recibió en el servicio de planificación familiar, por parte de:**

**a. Enfermera**

1. Excelente
2. Muy Bueno
3. Bueno
4. Regular, Malo, Porque? \_\_\_\_\_

**b. Medico**

1. Excelente
2. Muy Bueno
3. Bueno
4. Regular, Malo, Porque? \_\_\_\_\_