

**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*

**Informe final**

**ACEPTACIÓN DEL DISPOSITIVO INTRAUTERINO T DE COBRE COMO  
MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN USUARIAS DEL  
HOSPITAL NACIONAL DE SUCHITOTO, DE MAYO A AGOSTO 2016.**

Presentado por:

**DRA. CLAUDIA ELIZABETH RODRIGUEZ BRITO**

Para Optar al título de:

**MAESTRA EN SERVICIOS INTEGRALES  
DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA**

Asesores:

**DRA. DALIA MARIA SARAVIA CONTRERAS.**

**MScPS. PATRICIA BARRIENTOS GARCIA.**

**CIUDAD UNIVERSITARIA, SEPTIEMBRE DE 2016.**

## **AGRADECIMIENTOS**

**A Dios y la Santísima Virgen María por permitirme completar este ciclo de mi vida.**

**A mi familia: padre, madre, hermanos, cuñados y sobrinos / as por apoyarme en cada momento.**

**A mi esposo Salvador y a mis hijos Montserrat y Carlos, porque cada día me ayudan a seguir adelante y continuar haciendo locuras en nuestras vidas que nos permiten disfrutar cada segundo juntos.**

**A mis amigas que iniciaron conmigo la Maestría, a las que conocí en el camino y a las de siempre, por compartir buenos y malos momentos y sobre todo por apoyarme en todo.**

# INDICE

CONTENIDO	PAG.
PORTADA	
AGRADECIMIENTOS	
INDICE	
INTRODUCCIÓN	1
JUSTIFICACIÓN	2
CAPÍTULO I	
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
1. Antecedentes del Problema	5
2. Enunciado del Problema	14
CAPÍTULO II	
OBJETIVOS	
1. General	15
2. Específicos	15
CAPÍTULO III	
MARCO TEÓRICO	16
Modelo Teórico de la Investigación	16
Conceptualización de Variables	39
Operacionalización de Variables	39
CAPITULO IV	
DISEÑO METODOLÓGICO	46
A. Tipo de Estudio	46
B. Área de Estudio	46
C. Estrategia Muestral	46
D. Métodos	47
E. Técnicas e instrumentos	47
F. Procedimientos	48
G. Plan de tabulación, procesamiento y Análisis de Datos	48
H. Control de Sesgos	49
I. Aspectos éticos de la Investigación	50

## CAPÍTULO V

PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS	51
---------------------------------------	----

## CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES	65
--------------	----

RECOMENDACIONES	66
-----------------	----

FUENTE DE INFORMACIÓN	68
-----------------------	----

## ANEXOS

1. Lista de Verificación
2. Técnica de inserción
3. Criterios de elegibilidad
4. Tópicos revisados en la 5ª edición de los Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos
5. Matriz de revisión de expedientes
6. Modelo de entrevista a la usuaria de DIU
7. Definición de términos básicos

## INTRODUCCION

El uso de DIU (Dispositivo Intra Uterino) 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 beneficios como son: bajo coste económico, conveniencia, accesibilidad y larga duración.

Sin embargo en algunas mujeres, potenciales usuarias de DIU y en algunos proveedores de salud persisten los mitos sobre el uso del mismo que afectan la accesibilidad al método. Algunas usuarias de DIU, así como de otros métodos anticonceptivos reportan efectos secundarios que afectan su calidad de vida, los cuales podrían asumirse e identificar las posibles complicaciones con una consejería adecuada sobre Planificación familiar previa a la colocación el método elegido por las usuarias.

Además algunas mujeres presentan complicaciones, estos casos son raros sí se cuenta con el personal debidamente capacitado, acreditado para la inserción del método en condiciones de seguridad técnica y bajo la prevención de infecciones. Es importante mencionar que estos efectos secundarios así como las complicaciones del uso del MAC (Método Anticonceptivo) son fácilmente identificables, siempre y cuando las usuarias estén conocedoras de dichos efectos.

Con el antecedente de que en El Salvador existen pocos estudios que determinen la aceptación en 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.

---

<sup>1</sup> FESAL 2008. Encuesta de Salud Familiar. USAID, CDC, ADS

## JUSTIFICACION

El motivo del presente es documentar la aceptación en el uso de DIU T de Cobre como método de planificación familiar reversible y de larga duración, 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)<sup>2</sup> (2), sin embargo pese a sus múltiples ventajas solo el 0.8% de la población salvadoreña lo utiliza.

Por lo anterior, es imperante contar con un estudio que aborde los factores relacionados con la aceptación del método; que incluyen capacitar para hablar de las aptitudes y actitudes del personal de salud hacia el DIU, la garantía de la calidad, asesoramiento; todos los que deben estar presentes para que la provisión tenga éxito.

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 y su aceptación en las usuarias de métodos de planificación familiar, así como en el momento de la elección de los métodos.

Es importante documentar que la información obsoleta que los/las proveedores y consejeros/as tienen para transmitir a las potenciales usuarias del método, 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 edad y/o paridad.

Actualmente, una gran proporción de mujeres y de proveedores de salud desconocen, y no tienen acceso a la información sobre el mecanismo de acción del DIU y no comprenden los beneficios del dispositivo en comparación con los métodos de acción corta (anticonceptivos orales, preservativos, etc). Este desconocimiento impide que la usuaria

---

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

decida libre, consciente e informadamente cual es el método que responde a sus expectativas y necesidades individuales, lo que aumenta la inaccesibilidad al método.

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 usuarias son una barrera significativa al mayor uso del método y a menudo opacan sus beneficios, es decir que finalmente terminan afectando la accesibilidad al método.

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, dado que económicamente obtienen más beneficios económicos, con los otros métodos de corta duración y se garantizan un ingreso mensual. Para contrapesar los mitos negativos y la información incorrecta no hay tiempo ni recursos. 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 del dispositivo (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, con lo cual contribuimos a 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 coste-beneficio no solo para las instituciones de salud sino también para la mujer, la familia, la sociedad, 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.

Actualmente en El Salvador no se cuenta con suficientes estudios que documenten la aceptación del uso del DIU y los factores relacionados al mismo: la caracterización de las mujeres que lo utilizan, las razones de discontinuación causada por efectos secundarios, la aceptación 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, así como al desarrollo personal, económico y social del núcleo familiar y de las mujeres.<sup>3</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>4</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>5</sup>),

El 13% de todas las mujeres casadas y en edad reproductiva usan DIU a nivel mundial.<sup>6</sup> 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%.<sup>7</sup>

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 o mayores de 44 años. 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.<sup>8</sup>

---

<sup>3</sup> FESAL 2008. Encuesta de Salud Familiar. USAID, CDC, ADS

<sup>4</sup> Prevalencia de uso de DIU T Cu. Maudlin 2004.

<sup>5</sup> 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)

<sup>6</sup> 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).

<sup>7</sup> Population Reference Bureau. 2002. Mosher WD, et al. 2004

<sup>8</sup> MIS. Logros a Noviembre de 2010. Programa Salud de la Mujer. Pasmó El Salvador.

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<sup>9</sup>.

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.<sup>10</sup>

Sin embargo, muchas mujeres temen usar el dispositivo intrauterino debido a que un tipo de DIU (Gravigard Cu 7) causó muchos problemas en las usuarias, los cuales han sido muy difundidos a nivel mundial; por lo que posteriormente se retiró del mercado en 1975. Los dispositivos intrauterinos que actualmente se ofertan en el mercado 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.<sup>11</sup>

Además, las usuarias de DIU presentan efectos secundarios (igual que con cualquier otro método y/o medicamentos) como el dolor y sangrado menstrual, así como el sangrado entre períodos y secreciones vaginales<sup>12</sup>; lo que aumenta su temor y acrecienta sus mitos; siendo estas 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; en la cual es imperativo mencionar los beneficios, efectos secundarios y posibles complicaciones del mismo; lo que permite a las usuarias aceptar los métodos con conocimiento.

---

<sup>9</sup> Lista de verificación para examinar a clientas que desean iniciar el uso del DIU de cobre  
<http://www.fhi.org/NR/rdonlyres/eimeq2z3rh5umzpv6ah37zmdsmfi54irtwy4oujwjtjmawou2ukn4zoe7a5hkxyilxwulzjpsj4j/ListaVerificacionDIU.pdf>

<sup>10</sup> **Population Reports.** Baltimore, Maryland: INFO Project, Center for Communication Programs, the Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. Series M, Number 19, 2005.

<sup>11</sup> **PLANIFICACIÓN FAMILIAR: UN MANUAL MUNDIAL PARA PROVEEDORES. 2007**  
USAID, OMS, <http://info.k4health.org/globalhandbook/remindersheets/Spanish-Chap9.pdf>

<sup>12</sup> **El Dispositivo Intra-uterino. ACOG. Medline. Abril/2007**  
C:\Users\Educadores\Desktop\Articulos seleccionados\ACOG Education Pamphlet SP014 -- El Dispositivo Intrauterino.mht

Rara vez ocurren complicaciones graves con el uso de un dispositivo intrauterino, como: Expulsión, perforación<sup>13</sup>; infecciones en el útero o en las trompas de Falopio, embarazos no deseados. 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 del DIU son de alrededor del 70% después de tres años de uso<sup>14</sup>

El éxito de la continuación del uso del DIU depende que los proveedores ofrezcan una adecuada Consejería, medidas adecuadas de prevención de infecciones, inserción cuidadosa, y seguimiento apropiado de las usuarias.

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.<sup>15</sup>

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, 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 el método elegido no se acomoda a sus necesidades personales.

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

---

<sup>13</sup> "IUD Guidelines for Family Planning Services Programs"  
JHPiego, USAID, Capacity Project.

<sup>14</sup> **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

<sup>15</sup> **Formato de Seguimiento del entrenamiento.** Programa salud de la mujer. Pasmó 2010

orientarla e informarla a través de una consejería acorde a la usuaria, es decir la utilización del lenguaje y de las expresiones que permitan según el nivel cultural de la usuaria entender y comprender completa y claramente cada uno de los MPF.

El desconocimiento en materia de derechos sexuales y reproductivos por parte del proveedor y la falta de empoderamiento de las usuarias es determinante en el momento de la elección del MPF.

Una característica del DIU como un método de planificación familiar, del mismo modo que todos los métodos de acción prolongada y/o permanente, es ser 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 y actitudes de los/las proveedores y las actitudes hacia el DIU, la garantía de la calidad, asesoramiento y procedimientos de consentimiento informado (sería lo ideal – pero no se obtiene el documento de CSI firmado por parte de la usuaria) – todos los que deben estar dispuestos adecuadamente para que la comercialización tenga éxito.

La falta de acreditación técnica para la colocación del DIU puesto que los proveedores que aplican los dispositivos intrauterinos, necesitan una capacitación específica en ello, temática que no se promueve en las escuelas de medicina, ni en la formación médica en año social; 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) recrudescen 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 o incluso una inadecuada información ha estado a disposición de las consumidoras de este método; en comparación con los métodos de acción corta, tan publicitados y tan demandados por las mujeres salvadoreñas.

Los esfuerzos promocionales por los fabricantes farmacéuticos tanto proveedores como consumidores se han centrado en gran parte en los métodos hormonales, con poca o ninguna 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 escasos y erróneos 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 identificaron entre las usuarias, incluyen la creencia que el DIU: puede desplazarse a través del cuerpo y puede causar daños en el organismo de la mujer; debe retirarse mediante intervención quirúrgica (se encarna en el útero); 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 puede presentar cicatrices o sufrir alguna lesión por el dispositivo); los hilos del DIU interfieren con la relación sexual (pinchan o molestan a la pareja); causa dolor de espalda, fatiga e infecciones por sí mismo; entre otras.

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 (descontinuados de los mercados farmacéuticos) 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. En nuestro país se cuenta en Ministerio de salud y en todas sus redes de servicios de salud; con DIU, razón por la cual la paciente no debería pagar para inserción (en diferencia a otros países en donde las usuarias tienen que comprar el Dispositivo)
- **Prejuicios del proveedor:** Los proveedores pueden tener percepciones negativas similares del método, basados en información incorrecta e incompleta, 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)

Un DIU puede usarse durante y 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 coste beneficio es importante no solo para la usuaria 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 y esto se puede evitar utilizando métodos de PF a más largo plazo, pero a su vez reversibles.

En el año 2008 en El Salvador, el 17% de mujeres casadas o acompañadas de 15 a 44 años, manifestó que preferiría usar un método distinto (1), aclarando que este dato no toma en 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. (1)

A nivel mundial cerca de 160 millones de mujeres utilizan el DIU <sup>(26)</sup>: 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>

La insatisfacción de la usuaria y su deseo de intentar el uso de un método a largo plazo 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 coste 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 encuesta 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 retomará su proyecto de vida lo que afectará el desarrollo económico-social y psicológico que necesita para lograr el desarrollo pleno de sus hijos, su pareja y de ella misma.

---

\* **La estrategia de la consejería balanceada.** Perú. Federico R. León, Ph.D. Alex Ríos, Adriana Zumarán, John Bratt ,  
The Population Council, Inc.2003

Ello impactará además en la inversión que las instituciones y el estado deberá hacer para la atención de los embarazos no planificados así como de sus riesgos obstétricos, y la atención de partos.

Aunándose a esto, verificamos 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/una proveedor/a capacitado/a, actualizado/a y acreditado/a 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 clientas 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; además de tener preguntas concretas sobre el Método Anticonceptivo (MAC) elegido.



Un factor que limita el uso del DIU es la información anticuada u obsoleta que los proveedores y consejeros tienen al decidir quién puede utilizar el método o para quién es adecuado, esto se debe a la falta de capacitación de los mismos. 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 inmensa mayoría de las mujeres en edad fértil, incluyendo a nuligestas, situaciones y contraindicaciones que se han modificado con cada reunión de la OMS en donde se definen los criterios de elegibilidad (que todo personal de salud debería conocer).

Los nuevos Criterios de Elegibilidad de la OMS han citado al DIU como un método viable, cuando no excelente, 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 380A

El Salvador cuenta con pocos estudios que especifiquen sobre los factores asociados al uso y aceptación del DIU en las usuarias de los servicios de salud, que abarque la caracterización de las mujeres que lo usan, los efectos secundarios y la influencia de estos en el abandono del método, el impacto positivo de la consejería previa sobre los posibles efectos secundarios, así como de los riesgos y beneficios del mismo; la disminución de la tasa de abandono 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.

Se han documentado dos estudios el último en 2011 el cual investiga las causas que influyen en la negatividad a los MAC y en el año 2000 se publicó otro documento que versó sobre los factores que inciden el uso limitado del DIU en El Salvador. Es decir que a pesar que consideramos que uso de MAC es un tema muy antiguo la evidencia nos dice que dada la rapidez con que cambia el mundo, seguimos estando en la cola de la difusión de los MPF, lo que se traduce en la tasa de embarazos adolescentes, infecciones por VIH y otras ITS, mortalidad materna directa o indirecta y en la tasa de morbimortalidad infantil.

Por lo cual se considera necesario conocer la aceptación del DIU T de cobre 380 como método de planificación familiar en usuarias del Hospital Nacional de Suchitoto, de Mayo a Agosto de 2016, como primer paso a la realización de una línea de base que permita en un futuro realizar una nueva investigación de campo.

## **2. ENUNCIADO DEL PROBLEMA**

¿Cuál es la aceptación del DIU T de cobre 380 como método de planificación familiar en usuarias del Hospital Nacional de Suchitoto, en el periodo de Mayo a Agosto de 2016?

## **CAPITULO II. OBJETIVOS**

### **Objetivo General:**

Describir el grado de aceptación del dispositivo intrauterino “T” de Cobre 380 A como método de planificación familiar en usuarias del Hospital Nacional de Suchitoto, en el periodo de Mayo a Agosto 2016.

### **Objetivos Específicos:**

- ✓ Conocer que variables sociodemográficas que influyen en la elección de este método de planificación.
- ✓ Explorar los conocimientos de las usuarias sobre los MAC y las causa de elección del DIU
- ✓ Determinar si los proveedores de salud ofertan los DIU en cuanto a consejería previa a la inserción del mismo, así como la información que reciben las pacientes sobre efectos secundarios y complicaciones posibles.
- ✓ Descubrir los factores que inciden en el uso del DIU en usuarias que acuden al Hospital Nacional de Suchitoto.
- ✓ Identificar el grado de satisfacción de la usuaria del DIU.

## CAPÍTULO III. MARCO TEÓRICO

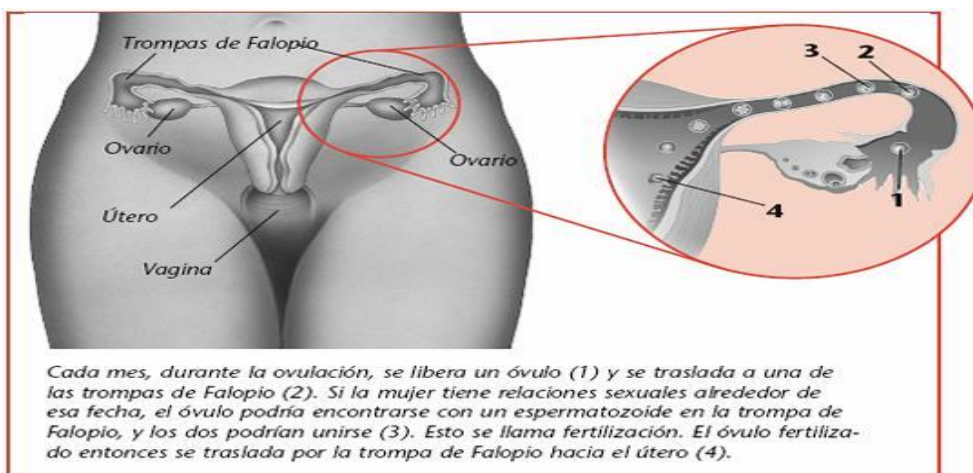
### Generalidades:

#### Cómo actúa el DIU

Es importante entender cómo actúan los DIU como MAC, 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 o peri-ovulatorio. Durante las relaciones sexuales, el hombre eyacula *semen* que contiene *espermatozoides* y *liquido seminal (formado por las secreciones de glándulas seminales y la próstata)* 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*. 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)<sup>16</sup>.



<sup>16</sup> Los anticonceptivos..ACOG. Medline. Octubre/2007. C:\Users\Educadores\Desktop\Articulos seleccionados\ACOG Patient Education Booklet SB020 -- Los anticonceptivos.mht

Los Dispositivos intrauterinos 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. (16)

### **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:

- Eficacia del método y sus efectos secundarios
- Probabilidad de que lo use según las indicaciones
- Edad y estado general de salud
- Frecuencia de las relaciones sexuales
- Necesidad de una receta médica
- Opción de tener hijos posteriormente
- Protección que confiere contra las Infecciones de Trasmisión Sexual (ITS)
- Algunos tipos de anticonceptivos también ofrecen otros beneficios para la salud. (16)

## 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](#)).

El primer DIU diseñado con fines anticonceptivos fue en 1909 por [Richard Richter](#) inicia la anticoncepción intrauterina moderna que desde entonces ha mejorado su eficacia y duración, pero el modelo usado ampliamente en la década de los años veinte fue de **Ernst Grafenberg** en Alemania, anillo compuesto por hilos de metales como plata, oro y acero.<sup>17</sup> Más adelante la espiral de Lippes recubierta por sulfato de bario y unida a un hilo que le sobresalía por el cervix uterino, para verificar la correcta posición del DIU.

Para intentar reducir las expulsiones, se comercializa el escudo de Dalkon, con un hilo constituido por múltiples filamentos, rodeados de una cubierta plástica que favorecía el ascenso de microorganismos patógenos al útero. Retirado del mercado en el año 74 por estar asociado a infecciones pélvicas, infertilidad e incluso muerte.<sup>13</sup>

Posteriormente, el siguiente paso en la investigación de la anticoncepción intrauterina tuvo lugar en Finlandia, donde se desarrolló el sistema intrauterino de levonorgestrel, aprobado por la FDA en el año 2000.

## CLASIFICACIÓN

- Los DIUs inertes o de primera generación.
- DIUs liberadores de cobre de baja carga (< 300 mm) o de segunda generación.
- DIUs de tercera generación o liberadores de cobre de alta carga (> 300 mm).
- DIUs medicados o de cuarta generación.

En la actualidad no se justifica el uso de DIUs inertes o de baja carga de cobre cuando se precisa elevada eficacia anticonceptiva.

---

<sup>17</sup> [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)

Fundamentalmente provoca una modificación química que daña al espermatozoide y al óvulo antes de su unión <sup>(18)</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 canal del cérvix y quedan colgando dentro de la vagina<sup>18</sup>. Lo que favorece la creencia de que el DIU promueve o aumenta los riesgos de adquirir ITS; sin la coexistencia de otros factores (múltiples parejas sexuales)



<sup>18</sup>

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](#) (OMS) 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>19</sup>.

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).

## 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>20</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 de el 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>21</sup>

- ▶ Efecto espermicida.

---

<sup>19</sup> . «Long-term reversible contraception. Twelve years of experience with the [TCu380A](#) and [TCu220C](#)».

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

[World Health Organization](#) (1997).

<sup>20</sup> **Los anticonceptivos.** ACOG. Medline. Octubre/2007

a. C:\Users\Educadores\Desktop\Articulos seleccionados\ACOG Patient Education Booklet 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>.

<sup>21</sup> «[Mechanisms of the Contraceptive Action of Hormonal Methods and Intrauterine Devices \(IUDs\)](#)». *Family Health International* (2006).



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>22</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.

### **La inserción de un dispositivo intrauterino**

#### **Recomendaciones previas a la inserción:**

Requisitos previos a la inserción de DIU según las directrices de la OMS	-Historia clínica
	-Exploración física

En la anamnesis se deben incluir aspectos sobre la sexualidad de la paciente y su pareja actual para valorar el riesgo de enfermedades de transmisión sexual (nº parejas, relaciones de riesgo, ITS anteriores, etc.). En mujeres asintomáticas no hay evidencia sobre la necesidad de la detección de rutina de microorganismos del tracto genital inferior previo a la inserción.

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 (23) (ver anexo 1)

Es necesario un proveedor/a médico acreditado para la colocación del DIU, para que efectúe la inserción y/o extracción del mismo<sup>23</sup>, bajo estándares de calidad y usando la prevención de infecciones.

<sup>22</sup> «[IUDs Block Fertilization](#)». *Network*. Family Health International. Keller, Sarah (Winter 1996, Vol. 16, No. 2).

<sup>23</sup> <http://www.fhi.org/NR/rdonlyres/eimeq2z3rh5umzpepv6ah37zmdsmfi54irtwy4oujwjtjmawou2ukn4zoe7a5hkxyilxwulzjpsj4j/ListaVerificacionDIU.pdf> \*\*

<sup>23</sup> **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

\*\* Anexo 1: Lista de verificación para examinar a clientas que desean iniciar el uso del DIU de cobre.. USAID / fhi. 2008

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, salvo que se coloque en días que no coincidan con la menstruación.<sup>24</sup>

El examen clínico puede incluir lo siguiente:

- Evaluar el historial médico y descartar toda posibilidad de embarazo valiéndose de la lista de verificación mostrada previamente.
- 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 (en el caso de existir riesgo de ITS).

En caso de que la paciente presente antecedentes de endocarditis previa o tenga una prótesis valvular se recomienda el uso profiláctico de antibioterapia endovenosa, debido al riesgo de endocarditis bacteriana.

## **MOMENTOS DE LA INSERCIÓN:**

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

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.

---

<sup>24</sup> Los anticonceptivos...ACOG. Medline. Octubre/2007. C:\Users\Educadores\Desktop\Articulos seleccionados\ACOG Patient Education Booklet SB020 -- Los anticonceptivos.mht

Las tasas de expulsión 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
Intervalo (más de 4 semanas después del parto)	Baja (3% proveedores con experiencia)
Posparto inmediato (dentro de los primeros 10 minutos)	Un poco alta (*hasta un 9,5%)
Posparto tem prano (entre 10 minutos y 48 horas)	Moderadam ente alta (*hasta un 37%%)

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

Fuente: Chi, y col., 1985.

### 3) Intervalo:

#### **Inserción del DIU de Intervalo**

El DIU a menudo se introduce durante o inmediatamente después del período menstrual, o en cualquier momento del ciclo menstrual donde se está razonablemente seguro de que no hay embarazo y no presenta signos de infección. Incluso a las 4 a 6 semanas posparto para así facilitarles el acceso a las mujeres que acuden a las clínicas para la atención posparto de rutina y que solicitan un DIU.

La técnica del retiro para la inserción de la T de Cobre 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. (30)

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 DIU (14), los controles posteriores son cada año. El Proveedor deberá explicar cuáles son los signos de peligro y cuando regresar de ser necesario.

## **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)

### 1) 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 y es imperante retirarlo.

### 2) 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.

### 3) 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 o adherencias en los órganos reproductores, lo que puede causar esterilidad en la mujer. Aclarando que el DIU en sí mismo no produce infecciones.

---

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

#### 4) Embarazo:

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

Si los hilos son visibles, y la gestación es menor de 12 semanas 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 embarazo y el dispositivo intrauterino <sup>(9)</sup>

#### **Señales de advertencia o de alarma**

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 de los hilos
- Si se siente el dispositivo parcialmente expulsado

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

#### **Retirada**

El dispositivo intrauterino puede ser retirado en cualquier momento del ciclo siempre que la mujer lo desee y advirtiéndole que debe emplear a partir de ese momento otro método anticonceptivo ya que queda desprotegida en el caso de que no quiera embarazo.

#### **Extracción:**

Las causas de extracción del DIU son principalmente:

- Deseo gestacional (se puede retirar en cualquier momento del ciclo).

- Reemplazamiento por finalización del periodo de efectividad (intentar la extracción y reemplazamiento en un mismo tiempo para asegurar que la paciente se mantenga protegida, si no es posible la inserción inmediata recomendar el empleo de otro MAC).
- Cambio a otro método anticonceptivo.
- Menopausia establecida.

El DIU de cobre insertado a partir de los 40 años no es preciso retirarlo hasta 1 año después de la menopausia.

El DIU-LNG si se inserta a partir de los 40 años se podrá mantener hasta la menopausia. Si la menopausia tiene lugar después de los 50 años, se mantiene el DIU hasta 1 año después. Si la menopausia fue antes de los 50 años, se recomienda retirar el DIU a los 2 años.

### **Técnica de Inserción**

El médico usando la técnica de “no tocar” (la cual consiste en: no sacar el DIU de su empaque estéril) coloca y carga el dispositivo intrauterino dentro de un tubo largo, delgado y plástico (camisa). Luego introduce este tubo a través de la vagina y lo pasa por el cuello uterino hasta llegar al útero. El dispositivo intrauterino se abre en el fondo del útero al realizar la técnica del “retiro” la cual consiste en halar la camisa en dirección distal hacia el anillo del embolo, lo que permite que el dispositivo intrauterino se abra rápidamente y se coloca en su sitio. Se retira el embolo. Después se retira el tubo.<sup>25</sup>

La inserción del dispositivo intrauterino no requiere anestesia (alivio para el dolor), es usual que la mujer sienta una ligera molestia (leve dolor de vientre). Puede ser útil tomar un medicamento para el dolor sin receta antes del procedimiento. (26)

Una vez introducido el DIU en la cavidad uterina, el proveedor indica a la usuaria los pasos a seguir para asegurarse que el dispositivo intrauterino esté colocado correctamente. Cada dispositivo intrauterino viene con un cordón o "cola" hecho de un hilo plástico delgado;

---

<sup>25</sup> Planificación familiar: Un Manual Mundial para Proveedores. 2007USAID, OMS,  
<http://info.k4health.org/globalhandbook/remindersheets/Spanish-Chap9.pdf>

después de introducirlo, la cola se recorta para que 1 a 2 pulgadas sobresalgan del cuello uterino en la vagina.

La mujer puede revisar que su DIU permanece en el útero a través de la palpación de los hilos de forma regular; Para hacerlo, la usuaria del método debe introducir un dedo en la vagina y tocar alrededor del área del cordón. Cualquier momento es indicado, pero es más fácil recordarlo si se hace inmediatamente después del período menstrual.

Estos hilos no provocan molestias en la usuaria, pero es posible que la pareja lo perciba con el pene. Esto no debe afectar la sensación sexual.

Si la usuaria no siente los hilos o si toca el dispositivo intrauterino, debe consultar inmediatamente en un centro de salud; debido a que es posible que el dispositivo intrauterino se haya salido de su sitio.

Si el dispositivo efectivamente ha sido expulsado fuera de la cavidad uterina, este debe ser extraído por el médico. La usuaria no lo debe extraer por sí misma. (26)

## **SEGUIMIENTO:**

La OMS recomienda una única visita de control tras la primera menstruación o a las 4-6 semanas pos inserción. Durante esta visita, se comprobará que el DIU está normoinserido, presencia de síntomas de enfermedad inflamatoria pélvica, en especial en los primeros 20 días posteriores a la colocación. Asimismo aclarar dudas o molestias surgidas en relación con el DIU.

La paciente puede controlar por sí misma que el DIU no ha sido expulsado revisando la presencia de los hilos a través del OCE (orificio cervical externo), esto tiene especial interés en los primeros meses pos inserción.

La exploración vaginal no es necesaria a no ser que se sospeche infección o expulsión del DIU para verificarlo. No son necesarias más visitas, únicamente las recomendadas por los



programas de salud vigentes. No obstante, es deseable la posibilidad de acceder a la consulta, en cualquier momento que perciba algún problema o que le surja alguna duda.

Se aconseja igualmente una visita de seguimiento tras la primera menstruación o de 4 a 6 semanas post inserción para descartar infección, perforación o expulsión, en el caso del DIU-LNG también es importante controlar el patrón de sangrado

### **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.<sup>26</sup>

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.<sup>27</sup>

---

<sup>26</sup> . 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)

<sup>27</sup> . 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)

El 9–12 de marzo de 2014 y el 24–25 de septiembre de 2014, la Organización Mundial de la Salud (OMS) convocó dos reuniones del Grupo de Elaboración de la Guía (GEG), integrado por 68 personas que representan una amplia gama de partes interesadas, con el propósito de examinar y, en su caso, revisar la cuarta edición de los Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos (CME). Como parte de la revisión, el GEG examinó 14 tópicos (que abarcan más de 575 recomendaciones). El GEG confirmó el resto de las recomendaciones existentes dentro de la cuarta edición, y éstas no se revisaron formalmente para la actualización de la quinta edición de los CME.<sup>28</sup>

Se brindan recomendaciones para los siguientes métodos:

- Uso de anticonceptivos hormonales combinados (AHC) por grupo etario.
- Uso de AHC en mujeres que están amamantando.
- Uso de AHC en mujeres posparto.
- Uso de AHC en mujeres con trastornos venosos superficiales.
- Uso de AHC en mujeres con dislipidemias conocidas sin otros factores de riesgo cardiovascular conocidos.
- Uso de anticonceptivos de progestágeno solo (APS) y dispositivos intrauterinos liberadores de levonorgestrel (DIU-LNG) en mujeres que están amamantando.
- Uso de acetato de medroxiprogesterona de depósito de administración por vía subcutánea (AMPD-SC) como nuevo método agregado a la guía.
- Sino-implant (II) como nuevo método agregado a la guía.
- Píldoras anticonceptivas de emergencia (PAE) - Acetato de ulipristal (AUP) como nuevo método agregado a la guía; uso de inductores del CYP3A4 y obesidad como nuevas condiciones para el uso de las PAE.
- Uso de dispositivos intrauterinos (DIU) en mujeres con mayor riesgo de infecciones de transmisión sexual (ITS).
- Uso del anillo vaginal liberador de progesterona como nuevo método agregado a la guía.

---

<sup>28</sup>

Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos de la OMS. Quinta edición 2015.  
[www.who.int/reproductivehealth/publications/family\\_planning](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning).

- Anticoncepción hormonal en mujeres con alto riesgo de infección por VIH, mujeres que viven con el VIH, y mujeres que viven con el VIH y usan terapia antirretroviral (TAR).

Además de las recomendaciones propiamente dichas, en el resumen ejecutivo se incluyen una introducción a la guía, una descripción de los métodos utilizados para desarrollar las recomendaciones de la quinta edición y un resumen de los cambios (a la cuarta edición respecto de la quinta edición de los CME).

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

Categoría 1 *Se puede usar el método siempre*

Categoría 2 *Casi siempre*

Categoría 3 *Uso con precaución*

Categoría 4 *No se puede usar*

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

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

- ▶ Cualquier mujer en edad fértil
- ▶ Adolescentes
- ▶ Mujeres en el post parto o post aborto
- ▶ Hipertensas o diabéticas
- ▶ Pacientes con VIH
- ▶ Nulíparas y nuligestas.

## 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.<sup>29</sup> Y existe mayor riesgo de expulsión.

Básicamente no debe insertarse el DIU en las mujeres con Categoría 4<sup>30</sup>, según los criterios médicos de elegibilidad<sup>31</sup>

- ▶ 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 (32)

---

<sup>29</sup> El Dispositivo Intra-uterino. ACOG. Medline. Abril/2007

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

<sup>30</sup> [The UK Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use \(2005/2006\)](http://www.ffprhc.org.uk/admin/uploads/UKMEC200506.pdf) 2005/2006 )FFPRHC (2006).

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

<sup>31</sup> . 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-gonadotropinacoriónica 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 Clamydia 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>32</sup>

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

<sup>32</sup>

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

## **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 tiene todo lo relacionado con la inserción de este dispositivo. Las dudas deben ser aclaradas por el médico. <sup>(30)</sup> Esto es el procedimiento idóneo, pero en nuestros servicios de salud no se lleva a cabo.

## **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.

## **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 medica 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. (24)

- *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).

Continúa 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>33</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 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 Dispositivos Intrauterinos:

- *No causan abortos*
- *No causan embarazos ectópicos*
- *No causan EPI (enfermedad Pélvica Inflamatoria)*
- *No causan infertilidad*

---

<sup>33</sup> Formato de Seguimiento del entrenamiento. Programa salud de la mujer. Pasmó 2010



- *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 **y nuligestas**
- ***Pueden*** ser usados por mujeres que han tenido un embarazo ectópico
- *No* necesitan ser extraídos para tratamiento EPI<sup>34</sup>

## Consejería

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 adecuada acredita dos procesos: la promoción y la información:

- 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.

El papel del consejero/a es **asegurar que los/las clientes conozcan las características de todos los métodos anticonceptivos disponibles en el servicio de salud**, 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.<sup>35</sup>

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

---

<sup>34</sup> . 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. Health Care*. 2004.

<sup>35</sup> **Manual de Orientación y Consejería en Salud Sexual y Reproductiva**. Lima. Perú. Ministerio de Salud (2006).

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.<sup>36</sup>

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 alarma.
- ✓ La necesidad de protegerse contra las ITS (por ejemplo, VHB, VIH/SIDA, etc)

La consejería en materia de planificación familiar es crucial, específicamente antes de la inserción del DIU; de tal manera que las usuarias elijan el método que más adecuados para ellas según sus necesidades y que consideran mejor; las usuarias deben recibir toda la información para saber que esperar sobre el método, disminuyendo drásticamente el abandono 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.

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, reversibles como el DIU; el impacto socio-económico y de conveniencia en las mujeres que lo necesitan; así como el beneficio directo en la vida y desarrollo del núcleo familiar y en general a la sociedad, fomentando estilos de vida saludables, promoviendo la educación en la mujer y fomentando a su vez la salud materno infantil.

---

<sup>36</sup>

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 A.

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), medidas adecuadas de prevención de las infecciones 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>37</sup>. (31) Porque el proveedor acreditado se tomaba el tiempo para cumplir los pasos de los protocolos de calidad.

## **CONCEPTUALIZACIÓN DE VARIABLES**

Variable es cualquier característica del objeto de investigación que puede cambiar de valor y expresarse en diferentes categorías.

### **El uso de la T de Cobre:**

Factores que determinan el uso consciente y consistente del DIU T Cu 380A como método de planificación familiar.

### **Usuaría de DIU T Cu 380A**

Mujer en edad fértil que utiliza un DIU como método de planificación familiar.

## **OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.**

Es el procedimiento por el cual se pasa de variables generales a indicadores, es un proceso de medición y está compuesto por una serie de fases:

- Búsqueda de las dimensiones de la variable general.

---

<sup>37</sup>

La estrategia de la consejería balanceada. Perú. Federico R. León, Ph.D. Alex Ríos, Adriana Zumarán, John Bratt , The Population Council, Inc.2003

- Construir o elaborar los indicadores.

Los indicadores tienen que estar relacionados con la dimensión de la variable de la que pretenden ser indicador, y tiene que ser expresión numérica cuantitativa (es decir que podamos obtener datos).

### **Las Escalas**

Son instrumentos de medida y se refieren a la forma en que se materializa el indicador. Hay 3 tipos de escalas: Escalas nominales son aquellas que se utilizan para clasificar a la población entre una serie de categorías sin que exista algún orden de categorías ni se pueda cuantificar la distancia que hay entre una categoría y otra. Ej. *Estado civil: soltero, casado, viudo,...*; Escalas ordinales son aquellas que permiten clasificar a la población entre una serie de categorías y establecer un orden. Ej. *Grado de satisfacción: mucho, poco, nada,...* Escalas de intervalo o razón son aquellas que permiten clasificar a la población entre categorías, ordenarla y cuantificar la distancia entre una categoría y otra. Ej. *Nº de hijos 0, 1, 2.*

Y dado que este estudio se basa en variables cualitativas la escala a utilizar será nominal y ordinal.

## OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DIMENSION	CONCEPTO	INDICADOR	DEFINICION OPERATIVA	VALOR	ESCALA
Usuaris de DIU	Características socio – demográficas	Características individuales que inciden de manera importante en las conductas de las mujeres y en los patrones demográficos de la población a la cual pertenecen.	Edad	Aspecto Demográfico	Años De 16 a 25 De 26 a 34 De 36 a 45	Ordinal
			Estado familiar	Aspecto Demográfico	Soltera Casada Acompañada Divorciada	Nominal
			Nivel de estudios	Aspecto Demográfico	Ninguno Primaria Secundaria Universitaria / Técnico	Nominal
			Número de hijos vivos	Aspecto Demográfico	Si No ¿Cuántos?	Ordinal
	Factores relacionados a la fecundidad	Eventos o condiciones que determinan en cada mujer el número de hijos en su vida	Procedencia	Aspecto Demográfico	Urbana Rural	Nominal
			Ocupación	Aspecto Demográfico	Ama de casa Trabaja fuera de hogar	Nominal
		Factores relacionados a la fecundidad	Eventos o condiciones que determinan en cada mujer el número de hijos en su vida	Apoyo recibido de la pareja y el entorno	Aspecto familiar y social	Si No ¿Tipo de apoyo?

VARIABLE	DIMENSION	CONCEPTO	INDICADOR	DEFINICION OPERATIVA	VALOR	ESCALA
USO DE DIU	Barreras / aceptación hacia el DIU	Condiciones, conocimientos, expectativas, antecedentes, información sobre el DIU que limita el asentimiento de la mujer hacia el MAC: DIU	Nivel de conocimiento del DIU	Aspecto relacionado al acceso a la información	¿Qué sabe sobre el DIU? Si No	Nominal
					Conoce las ventajas del uso del DIU Si No Cuales	Nominal
					Conoce las desventajas del uso del DIU Si No Cuales	Nominal
			Razón para iniciar el uso del DIU	Motivos para iniciar el uso del método	¿Por qué eligió usar el DIU?	Nominal
					¿Recibió consejería previa a la colocación del DIU? Si No	Nominal
			Calidad en el uso del DIU	Adherencia al método y seguimiento	¿Cuánto tiempo lleva usando este método? Días Meses	Nominal
					¿Acudió a su revisión? Si No Al cuanto tiempo: Días Meses	
					¿Se encuentra satisfecha con el uso del DIU? Si No Porque?	Nominal
					¿Cómo considera el uso de este método? 1. Excelente 2. Muy Bueno 3. Bueno 4. Regular 5. Malo	

			Asociación con otras complicaciones medicas	Complicaciones médicas asociadas al uso del DIU	Padece alguna enfermedad Si No Cual:	Nominal
			Limitaciones de la usuaria durante el uso del método	Dificultades que la usuaria está experimentando en el acceso al DIU	Ha tenido alguna inconformidad con el uso del DIU? Si No Cual:	Nominal

VARIABLE	DIMENSION	CONCEPTO	INDICADOR	DEFINICIÓN OPERATIVA	VALOR	ESCALA
USO DE DIU	Barreras / aceptación hacia el DIU	Condiciones, conocimientos, expectativas, antecedentes, información sobre el DIU que limita el asentimiento de la mujer hacia el MAC: DIU	Limitaciones de los sitios de prestación de servicios de DIU	Dificultades inherentes a la institución en cuanto a infra_estructura apropiada para la provisión de servicios de DIU	<p>Como le pareció el servicio prestado, en cuanto a:</p> <p>Instalaciones</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6. Excelente</li> <li>7. Muy Bueno</li> <li>8. Bueno</li> <li>9. Regular</li> <li>10. Malo, Porque?</li> </ol> <p>Limpieza</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Excelente</li> <li>2. Muy Bueno</li> <li>3. Bueno</li> <li>4. Regular</li> <li>5. Malo, Porque?</li> </ol> <p>Como le pareció la atención que recibió en el servicio de planificación familiar, por parte de:</p> <p style="text-align: center;">Enfermería</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Excelente</li> <li>2. Muy Bueno</li> <li>3. Bueno</li> <li>4. Regular</li> <li>5. Malo, Porque?</li> </ol> <p style="text-align: center;">Medico/a</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Excelente</li> <li>2. Muy Bueno</li> <li>3. Bueno</li> <li>4. Regular</li> <li>5. Malo, Porque?</li> <li>6. Porque?</li> </ol>	Nominal



<b>VARIABLE</b>	<b>DIMENSION</b>	<b>CONCEPTO</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>DEFINICION OPERATIVA</b>	<b>VALOR</b>	<b>ESCALA</b>
USO DE DIU	Barreras/aceptación hacia el DIU	Condiciones, conocimientos, expectativas, antecedentes, información sobre el DIU que limita el asentimiento de la mujer hacia el MAC: DIU	Calidad del servicio de inserción de DIU	Satisfacción de la usuaria	Del uno a diez que nota le pone al método: Del 1 al 10. Porque:	Nominal
					¿Volvería a utilizar este método? Si No Porque?	Nominal
					¿Recomendaría este método a otras mujeres? Si No Porque?	Nominal

## **CAPÍTULO IV DISEÑO METODOLÓGICO**

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

Estudio analítico con enfoque cuali - cuantitativo, 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 a la aceptación de uso como método de planeación familiar en el Hospital Nacional de Suchitoto.

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

Hospital Nacional de Suchitoto, Cuscatlán.

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

Población 50 mujeres usuarias de DIU del Servicio de Planificación Familiar.

### **ESTRATEGIA MUESTRAL**

Muestreo no probabilístico, accidental, por conveniencia de un 80%. (Se tomarán los casos disponibles por razones de factibilidad). Siendo de esta manera una muestra en total de 50 usuarias de DIU, quienes fueron citadas en el Hospital para realizar una entrevista personal, a la que acudieron únicamente 14 pacientes.

#### Criterios de inclusión:

Mujeres de 18 a 45 años,  
Usuarias de DIU T de Cobre 380 A,  
Usuarias del Hospital Nacional de Suchitoto,  
Periodo de investigación: Mayo a Agosto de 2016.

#### Criterios de exclusión:

Mujer que no use un DIU T cobre 380<sup>a</sup>  
Usuaría que no desee participar en el estudio.

## **D. METODOS**

Los métodos que se aplicaron para este estudio son: El método Lógico de análisis, de síntesis, y estadístico

### **Lógico de análisis**

Permitió la separación de la problemática de estudio en sus partes, facilitando estudiar particularmente sus elementos.

### **Síntesis**

Ayudó a la integración de la información obtenida en el estudio de esta problemática como un todo, a partir del conocimiento teórico y el contexto sociocultural.

### **Estadístico**

Se aplicó para cuantificar la información de los datos por medio del estadístico porcentual y descriptivo.

## **E. TECNICAS E INSTRUMENTOS**

### **La entrevista:**

Se aplicó esta técnica debido a que permite mayor apertura y libertad de escribir para obtener mayor información de parte de la entrevistada e incrementar la confiabilidad de los datos solicitados.

La entrevista se aplicó directamente a las usuarias que acudieron a la citación para la realización del estudio; se llamaron a las 50 pacientes, pero únicamente acudieron 14 a la entrevista personal.

### **La observación**

Esta técnica ayudó a observar el comportamiento, las actitudes y las expresiones del lenguaje no verbal de la informante, durante el tiempo que se realizó la entrevista.

### **Instrumentos**

El Instrumento aplicado fue la entrevista estructurada, la cual contendrá los siguientes elementos, membrete, tema, indicaciones, datos generales y preguntas de las variables uso de DIU y mujeres usuarias de DIU en el hospital nacional de Suchitoto; con el propósito de recolectar información sobre estos aspectos, el número de preguntas contenidas en el cuestionario será de 18 entre cerradas, semi cerradas y abiertas.

## **F. PROCEDIMIENTOS DE DISEÑO Y VALIDACION DE INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS**

**Validación teórica:** se verificó que el instrumento cumpliera con los objetivos del estudio, a través de la teorización de las variables. (Se realizó una matriz de recolección de los datos socio-demográficos y generales sobre el uso del DIU y una entrevista estructurada que responda a los objetivos de la investigación).

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

### **Recolección de datos**

En este estudio se aplicó la entrevista estructurada, observación y registros de cada caso de la siguiente manera:

**1ª. Fase:** Recolección de datos socio-demográficos y revisión de expedientes clínicos a través de una lista de chequeo en el área de archivo. (Mayo a Agosto de 2016)

**2ª. Fase:** Realización de entrevista estructurada a la usuaria de DIU. (Agosto de 2016).

La entrevista estructurada fue aplicada a las usuarias en la consulta externa, de 7:00 a 13:00 pm.; cabe mencionar que la información fue recolectada por la investigadora.

Se citaron la totalidad de las pacientes que están en nuestro listado, pero acudieron únicamente 14 de ellas, por lo que finalmente se refleja los datos de esas 14 pacientes entrevistadas

Se realizó una descripción de los aspectos socio demográficos de las usuarias en estudio, mediante elaboración de frecuencias de las diferentes variables, posteriormente se analizaron estas frecuencia.

La entrevista es estructurada debido a que se ordena y formula una guía para la recolección de la información; facilitando el procesamiento de los datos y simplificando su análisis comparativo.

### **Tabulación y procesamiento de datos**

El procesamiento de los datos fue realizado por la investigadora aplicando el método de palotes, revisando cada pregunta y su respectiva respuesta, luego se agruparán por variables las preguntas y se agruparán 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 expresen.

### Tabla de contingencia

En estadística las **tablas de contingencia** se emplean para registrar y analizar la relación entre dos o más variables, habitualmente de naturaleza cualitativa (nominales u ordinales). Cuando se analizan variables cualitativas es habitual representar en tablas las frecuencias de casos observados para cada una de las diferentes categorías de las variables, las cuales se denominan **tabla de contingencia**.

### **Plan de análisis**

Se realizó una triangulación de la información en base a los resultados obtenidos que son expresados en tablas de contingencia, la información teórica y la opinión de la investigadora según su experiencia de su especialidad como Ginecóloga - Obstetra para determinar si existe una relación significativa entre las variables.

## **H. CONTROL DE SESGOS**

- En el proceso se buscó el máximo control para lograr que otras explicaciones posibles minimice el error.
- Información: para tal motivo se estandarizó la entrevista a aplicar a las encuestadas.
- 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 explicó el en que consiste el estudio y se aclaró la confidencialidad de los datos
- Devolución: El estudio se entregará al Hospital General de Suchitoto para que dispongan de la información recolectada.
- Anonimato: Se respeta en todo momento el derecho a la confidencialidad, ninguna guía de entrevista tendrá identificación de persona entrevistada.
- 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.

## CAPÍTULO V

### PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS

Tal y como se ha explicado anteriormente, el total de las pacientes que podían entrar en el presente estudio es de 50 mujeres, pero en el momento de la entrevista acuden únicamente 14 mujeres, razón por la cual se presenta la información de un total de 14 mujeres de quienes tenemos la información directa sobre su experiencia con el DIU aplicado en el Hospital Nacional de Suchitoto en los meses de mayo a agosto de 2016

#### DATOS DEMOGRAFICOS DE LAS USUARIAS

Tabla 1. Comparación de los datos sociodemográficos de las mujeres usuarias del DIU

INDICADORES	ESTADO CIVIL				PROCEDENCIA		NIVEL DE ESTUDIOS				OCUPACIÓN		
	S	C	A	D	R	U	N	1ª	2ª	T/U	EN CASA	FUERA	ESTUDIA
16 - 25	2		7		9				7	2	7	1	1
26 - 35	1		1		2				2		1	1	
36 - 45		1	2		3			2	1		3		
total	3	1	10	0	14	0	0	2	10	2	11	2	1
<b>TOTAL</b>	<b>14</b>				<b>14</b>		<b>14</b>				<b>14</b>		

Fuente: Entrevista realizada a las usuarias de los Servicios de PF del Hospital Nacional de Suchitoto. Agosto de 2016.

\*Estado civil: S: soltera, C: casada; A: acompañada; D: divorciada

\*\*Procedencia: U: urbano; R: rural

\*\*\*Nivel de Estudios: N: ninguno; 1º: primaria; 2º secundaria; T/U: técnico/universitario

\*\*\*\*Ocupación: En casa: ama de casa; Fuera: fuera de casa; estudiante

En la Tabla 1: se puede comparar todos los datos sociodemográficos que hemos obtenido en las pacientes entrevistadas, así nos percatamos que entre 16 y 25 años el 21,43 % de las mujeres son solteras; y el 50% de este grupo etario son acompañadas; así mismo el 50 % tienen un nivel de estudios de secundaria y el 14,29% tienen una educación técnica/universitaria, el 50% de las mujeres de este grupo trabajan en casa y el 7,14 % trabajan fuera de casa y una paciente de este grupo está estudiando.

Del total de la población entrevistada (14 mujeres) el 71,43% están acompañadas, el 21,43% son solteras y 1 paciente está casada. El 100% de las mujeres vive en el área rural.

**Tabla 2. Número de hijos/as y edad de las mujeres entrevistadas portadoras del DIU**

EDAD	NUMERO DE HIJOS					
	0	1	2	3	4	+4
16 - 25	2 (14,29%)	5 (35,71%)	2 (14,29%)			
26 - 35		2 (14,29%)				
36 - 45					3 (21,43%)	
Total	2 (14,29%)	7 (50%)	2 (14,29%)		3 (21,43%)	
<b>TOTAL</b>	<b>14</b>					

Fuente: Entrevista realizada a las usuarias de los Servicios de PF del Hospital Nacional de Suchitoto. Agosto de 2016.

En la tabla 2 identificamos que el 14,29% de las pacientes no tienen ningún hijo/a, mas sin embargo son portadoras de DIU, lo que significa que en este Hospital se está superando el mito de la nuliparidad como contraindicación para el DIU. El 50 % de las usuarias tienen 1 hijo/a y el 21,43% de las mujeres tienen 4 hijos/as.

## **NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE EL DIU EN LAS USUARIAS ENTREVISTADAS.**



**Tabla 3. Conocen que es el DIU**

Sabe lo que es el DIU	Frecuencia	Porcentaje
Si	13	92.86
No	1	7.14
<b>Total</b>	14	100

Fuente: Entrevista realizada a las usuarias de los Servicios de PF del Hospital Nacional de Suchitoto. Agosto de 2016.

Aunque la pregunta es de carácter cerrado, las mujeres continuaban explicando que se trata de un “dispositivo que está en el útero” y que sirve para no tener hijos, el mayor porcentaje de usuarias saben que es el DIU.

**Tabla 4. Ventajas del DIU reconocidas por las usuarias**

Conoce ventajas	Frecuencia	Porcentaje
Si	14	100
No	0	0
<b>Total</b>	14	100

Fuente: Entrevista realizada a las usuarias de los Servicios de PF del Hospital Nacional de Suchitoto. Agosto de 2016.

En la tabla N° 4. Se describe al 100 % de las usuarias entrevistadas conocen la ventajas del DIU, expresaron las siguientes: “el tiempo, no causa sobrepeso, no hay hormonas, es mejor, es fácil, es sencillo, espaciamiento de los hijos, no hay inyecciones, seguridad en un 99%”.

**Tabla 5. Conocimiento de las desventajas del uso del DIU en las usuarias del método**

Conoce desventajas del DIU	Frecuencia	Porcentaje
Si	6	42.86
No	8	57.14
<b>Total</b>	14	100

Fuente: Entrevista realizada a las usuarias de los Servicios de PF del Hospital Nacional de Suchitoto. Agosto de 2016.

En la tabla N° 5 se observa que el mayor porcentaje de las usuarias entrevistadas conocen las desventajas del DIU, entre las que mencionaron: El Manchado, dolor, expulsión.

**Tabla 6. Inconformidad con el uso del dispositivo**

Inconformidad en el uso del DIU	Frecuencia	Porcentaje
Si	9	64.29
No	5	35.71
<b>Total</b>	14	100

Fuente: Entrevista realizada a las usuarias de los Servicios de PF del Hospital Nacional de Suchitoto. Agosto de 2016.

La tabla N° 6 describe que la mayoría de las usuarias entrevistadas están inconformes en el uso del DIU, esto provocado por el dolor, el sangrado, la expulsión del mismo.

**Tabla 7. Padecimiento de enfermedades de las usuarias del Dispositivo**

Padece una enfermedad	Frecuencia	Porcentaje
Si	3	21.43
No	11	78.57
<b>Total</b>	14	100

Fuente: Entrevista realizada a las usuarias de los Servicios de PF del Hospital Nacional de Suchitoto. Agosto de 2016.

La tabla N° 7 muestra que la mayoría de las usuarias entrevistadas no padecen alguna enfermedad, sin embargo tres usuarias si mencionaron padecer de sobrepeso, de la garganta y de alergias.

**Tabla 8. Tiempo de utilización de el DIU**

Tiempo de uso del DIU	Frecuencia	Porcentaje
Menor de 15 días	1	7.14
De 15 a 30 días	3	21.43
De 31 a 45 días	2	14.29

<b>De 46 a 60 días</b>	1	7.14
<b>Más de 61 días</b>	7	50.00
<b>Total</b>	14	100

Fuente: Entrevista realizada a las usuarias de los Servicios de PF del Hospital Nacional de Suchitoto. Agosto de 2016.

En la tabla N° 8 describe que la mitad de las usuarias poseen más de 61 días de uso del DIU y el resto de las entrevistadas su tiempo de uso oscila entre 15 días a 60.

**Tabla 9. Grado de satisfacción de las usuarias del Dispositivo en el Hospital Nacional de Suchitoto.**

<b>Satisfacción de la usuaria con el DIU</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Si</b>	9	64.29
<b>No</b>	5	35.71
<b>Total</b>	14	100

Fuente: Entrevista realizada a las usuarias de los Servicios de PF del Hospital Nacional de Suchitoto. Agosto de 2016.

La tabla N° 9 describe que la mayoría de las usuarias entrevistadas están satisfechas en el uso del DIU, sin embargo un porcentaje menciona que no están satisfechas porque hay dolor leve, sangrado y hubo expulsión del mismo.

Es importante mencionar que las pacientes nulíparas se quejaron más del sangrado que del dolor tipo cólico, reconocen que es leve y que en alguna ocasión llegan a tomar algún analgésico tipo Acetaminofen, con lo que mejora el dolor.

**Tabla 10. Apoyo de las parejas para la utilización del DIU y su elección como método de PF.**

<b>Apoyo de la pareja en la decisión del uso del DIU</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Si</b>	11	78.57
<b>No</b>	3	21.43
<b>Total</b>	14	100

Fuente: Entrevista realizada a las usuarias de los Servicios de PF del Hospital Nacional de Suchitoto. Agosto de 2016.

La tabla N° 10 describe que la mayoría de las usuarias entrevistadas recibieron apoyo de sus parejas en el uso del DIU. Las 3 pacientes que niegan haber tenido apoyo de las parejas son las solteras.

**Tabla 11. Causas de elección del método de PF en las usuarias del DIU**

<b>Porque eligió el uso del DIU</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Por el tiempo</b>	1	7.14
<b>Por seguridad</b>	1	7.14
<b>No tiene hormonas</b>	3	21.43
<b>Tiene más ventajas</b>	2	14.29
<b>No quiere más hijos</b>	3	21.43
<b>No altera los nervios</b>	2	14.29
<b>No quiere engordar</b>	2	14.29
<b>Total</b>	14	100

Fuente: Entrevista realizada a las usuarias de los Servicios de PF del Hospital Nacional de Suchitoto. Agosto de 2016.

La tabla N° 11 describe los motivos porque eligieron el DIU, siendo los motivos principales “no quiere más hijos y el que el método no tiene hormonas” son los mayores expresados por las usuarias.

**Tabla 12. Consideraciones con respecto al uso de DIU como método de PF**

Como considera el uso del método DIU	Frecuencia	Porcentaje
Excelente	6	42.86
Muy bueno	3	21.43
Bueno	3	21.43
Regular	2	14.29
Malo	0	0
<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>100</b>

Fuente: Entrevista realizada a las usuarias de los Servicios de PF del Hospital Nacional de Suchitoto. Agosto de 2016.

En la tabla N° 12 se describe que la mayoría de las usuarias entrevistadas consideran el DIU como un excelente método; las pacientes que lo catalogan como “regular” fueron las sufrieron expulsión del DIU, dado que la introducción se realizó tras evento obstétrico.

**Tabla 13. Valoración del grado de satisfacción del DIU**

Volvería a usar el DIU	Frecuencia	Porcentaje
Si	12	85.71
No	2	14.29
<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>100</b>

Fuente: Entrevista realizada a las usuarias de los Servicios de PF del Hospital Nacional de Suchitoto. Agosto de 2016.

En la tabla N° 13 se describe que la mayoría de las usuarias entrevistadas volvería a usar el método del DIU. Las usuarias que respondieron que no utilizarían nuevamente el DIU, fueron las que presentaron expulsión del mismo, aunque tras la consejería que proporcionó

la Ginecóloga del Hospital, ambas aceptaron reinscripción del DIU; con lo cual se podría valorar como un grado de satisfacción cercano al 100%

**Tabla 14. Recomendación del método - DIU – a otras mujeres**

Recomendaría el método	Frecuencia	Porcentaje
Si	12	85.71
No	2	14.29
<b>Total</b>	14	100

Fuente: Entrevista realizada a las usuarias de los Servicios de PF del Hospital Nacional de Suchitoto. Agosto de 2016.

En la tabla N° 14 describe que la mayoría de las usuarias entrevistadas recomendaría el método del DIU, siendo los motivos para recomendarlos los siguientes: evita los embarazos, mejor método, es más fácil no se está pendiente, porque no hay hormonas.

Las usuarias que tras la expulsión explicaron que no volverían a utilizar este MAC, tras la consejería y control con la Ginecóloga, accedieron a que se les colocara nuevamente en la misma consulta. Es decir que tras el proceso de consejería se les pregunta nuevamente a las usuarias y me informan que se “pensaran lo de recomendarlo, según como les vaya, pero que creen que sí”

**Tabla 15. Consejería recibida por las usuarias del MPF**

Recibió consejería previa a la colocación del DIU	Frecuencia	Porcentaje
Si	12	85.71
No	2	14.29

<b>Total</b>	14	100
--------------	----	-----

Fuente: Entrevista realizada a las usuarias de los Servicios de PF del Hospital Nacional de Suchitoto. Agosto de 2016.

En la tabla N° 15 muestra que la mayoría de las usuarias entrevistadas recibió consejería previa a la colocación del DIU, esta consejería estuvo brindada por la promotora de salud, suegra, la enfermera, por ONG. Las pacientes que no recibieron consejería son las mismas que no recomiendan el método, y que recibieron la información sobre el DIU en el momento del parto o la cesárea; lo cual afecta el reconocer y procesar la información recibida.

**Tabla 16. Seguimiento de las usuarias del DIU tras la inserción**

Acudió a su revisión pos colocación del DIU	Frecuencia	Porcentaje
<b>Si</b>	9	64.29
<b>No</b>	5	35.71
<b>Total</b>	14	100

Fuente: Entrevista realizada a las usuarias de los Servicios de PF del Hospital Nacional de Suchitoto. Agosto de 2016.

La tabla N° 16 describe que la mayoría de las usuarias entrevistadas acudieron a su revisión oportuna o dentro del periodo estipulado clínicamente correcto siendo este entre los 15 a 30 días pos colocación del DIU para las que se les aplicó en el puerperio inmediato y a las 4 -6 semanas a las que tienen un DIU aplicado de intervalo, sin embargo un buen porcentaje no acudió a su revisión, porque la inserción del DIU en aún muy reciente.

**Tabla 17. Calificación objetiva del DIU**

Grado de satisfacción al método del DIU	Frecuencia	Porcentaje
---	------------	------------

<b>(Del 1 al 10)</b>		
<b>1</b>	0	0
<b>2</b>	0	0
<b>3</b>	1	7.14
<b>4</b>	0	0
<b>5</b>	0	0
<b>6</b>	0	0
<b>7</b>	0	0
<b>8</b>	2	14.29
<b>9</b>	5	35.71
<b>10</b>	5	35.71
<b>No sabe</b>	1	7.14
<b>Total</b>	14	100

Fuente: Entrevista realizada a las usuarias de los Servicios de PF del Hospital Nacional de Suchitoto. Agosto de 2016.

La tabla N° 17 describe que la mayoría de nota colocada al método del DIU oscila entre 9 y 10. Lo que confirma el grado de satisfacción del as usuarias con respecto al DIU.

Esta tabla a su vez se corrobora con la tabla 12 en la que de manera cualitativa se valora el Dispositivo intrauterino.

## **Evaluación del Servicio de PF y de Instalaciones del Hospital**



**Tabla 18. Evaluación cualitativa de instalaciones del Hospital Nacional de Suchitoto**

<b>Que le parecieron las instalaciones donde recibió el servicio de colocación del DIU</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Excelente</b>	8	57.14
<b>Muy bueno</b>	5	35.71
<b>Bueno</b>	1	7.14
<b>Regular</b>	0	0
<b>Malo</b>	0	0
<b>Total</b>	14	100

Fuente: Entrevista realizada a las usuarias de los Servicios de PF del Hospital Nacional de Suchitoto. Agosto de 2016.

La tabla N° 18 describe que la mayoría usuarias les parecieron excelentes las instalaciones del servicio donde se efectúa la colocación del DIU y en general del Hospital.

**Tabla 19. Evaluación cualitativa de la limpieza de las consultas de ginecología**

<b>Limpieza donde recibió el servicio de colocación del DIU</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Excelente</b>	9	64.29
<b>Muy bueno</b>	4	28.57
<b>Bueno</b>	1	7.14
<b>Regular</b>	0	0
<b>Malo</b>	0	0
<b>Total</b>	14	100

Fuente: Entrevista realizada a las usuarias de los Servicios de PF del Hospital Nacional de Suchitoto. Agosto de 2016.

La tabla N° 19 describe la mayoría usuarias le pareció excelente la limpieza de las instalaciones del servicio donde se efectúa la colocación del DIU.

**Tabla 20. Valoración de la atención recibida por parte del equipo de enfermería de la consulta de Ginecología**

<b>Atención brindada por el personal de enfermería en el servicio de Planificación Familiar</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Excelente</b>	14	100
<b>Muy bueno</b>	0	0
<b>Bueno</b>	0	0
<b>Regular</b>	0	0
<b>Malo</b>	0	0
<b>Total</b>	14	100

Fuente: Entrevista realizada a las usuarias de los Servicios de PF del Hospital Nacional de Suchitoto. Agosto de 2016.

En la tabla N° 20 describe al 100 % de las usuarias entrevistadas expresando que la atención recibida por el personal de enfermería fue excelente.

**Tabla 21. Valoración de las usuarias en atención de la ginecóloga, servicio de PF**

<b>Atención brindada por el personal de médico de Ginecología en el servicio de PF</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Excelente</b>	14	100
<b>Muy bueno</b>	0	0
<b>Bueno</b>	0	0
<b>Regular</b>	0	0
<b>Malo</b>	0	0
<b>Total</b>	14	100

Fuente: Entrevista realizada a las usuarias de los Servicios de PF del Hospital Nacional de Suchitoto. Agosto de 2016.

En la tabla N° 21 describe al 100 % de las usuarias entrevistadas expresando que la atención recibida por el médico/a fue excelente.

Comentarios expresados por las usuarias: “Hay mitos sobre el DIU que se inflama y se encarna”; “Algún personal del hospital son muy enojados deberían ser más amables”; “Estoy muy agradecida, hay que promover el método”; “Mejor no lo voy a utilizar aún tengo miedo porque me puede dar cáncer”; “Se pierde tiempo en la consulta esperando y deberían mejorar la comida del área hospitalaria” – como se mencionó anteriormente las pacientes que presentaron expulsión del DIU, se les informó durante el proceso del parto y se colocó inmediatamente tras la expulsión de la placenta; al parecer no entendieron o no se les explico clara y adecuadamente los posibles riesgos y/o complicaciones.

## **ANÁLISIS DE RESULTADOS SEGÚN LOS DATOS OBTENIDOS**

Es importante reconocer las limitaciones propias de este estudio. Desde el punto de vista cualitativo, el colectivo lo podemos observar en esta muestra, aun cuando no es estadísticamente significativa para la población de mujeres en general.

Desde el punto de vista cuantitativo, se evidencian los sesgos propios de un estudio meramente descriptivo, en el cual los resultados obtenidos son la primera aproximación al problema planteado, puesto que no esclarecen completamente las variables asociadas, el tamaño de la muestra muy limitado con lo que estadísticamente hablando diríamos que la muestra no constituye una representación de la población general; en donde estamos limitados a la población de mujeres que acuden al Hospital Nacional de Suchitoto, y tampoco se toma en cuenta a la población de mujeres que acuden a las consultas del Seguro Social.

Por todo lo anteriormente mencionado los resultados de este estudio constituyen simplemente un aporte científico para lograr la comprensión del problema.

Los resultados obtenidos demuestran que el 100 % de las mujeres entrevistadas que acuden a los servicio de salud de PF en el Hospital General de Suchitoto, pertenecen al área rural, lo cual favorece el acceso de las usuarias a los servicios de salud, evitando de esta manera una de las barreras que se encuentran en la mayoría de literatura consultada.

Los grupos etarios predominantes están entre 16 y 25 años con el 57.14 % seguido por las mujeres entre 26 hasta los 45 años 42.86 %. Comprendiendo así al total de mujeres en edad fértil. De este grupo de mujeres el 78, 57 % se encuentran con una relación estable lo que viene a confirmar parte de los problemas de acceso a los métodos a todas las mujeres, puesto que únicamente la 4° parte de las mujeres se definen así mismas como solteras, y coincidiendo con las mujeres solteras las que presentan un mayor nivel educativo, una de ellas sin gestaciones previas (nulípara y nuligesta). Esto se traduce en la necesidad de formar a servidores sanitarios en los procesos, métodos y mecanismos de acción de los

MAC, así como en Derechos Reproductivos de las usuarias. Con esto estaríamos evitando embarazos no deseados y un conflicto de vida en nuestra población adolescente, dado que casi el 26% de las mujeres entre los 15 a 17 años han usado métodos de planificación familiar y las muertes maternas en adolescentes representan el 11% de todas las muertes y están principalmente relacionadas con el suicidio.

Es importante mencionar que casi el 36 % de las usuarias del DIU, son mujeres que tienen únicamente 1 hijo y que buscan espaciar los embarazos y buscan un método que esté “libre de hormonas, porque son dañinas para el cuerpo”; la tercera parte de las usuarias entrevistadas tienen 2 hijos y únicamente el 21,43 % tienen 4 hijos y buscan un método eficaz, que pueda ser utilizado a largo plazo y que no necesite intervención quirúrgica.

En cuanto a la consejería recibida por las mujeres comprobamos que todas saben en mayor o menor medida en qué consiste el DIU, conocen sus ventajas; pero no cuentan con la información suficiente para reconocer los riesgos, efectos secundarios y complicaciones que puedan asociarse al método. Esto nos lleva a definir que una de las causas de disconformidad de las usuarias con respecto al DIU, es el desconocimiento de los efectos secundarios, puesto que la mayoría reconocía que presentaba dolor “tipo contracción” con la regla y sangrado irregular y desconocían que era normal.

Una única usuaria reconoció que se le había recomendado el DIU durante el trabajo de parto y que desconocía los riesgos de expulsión lo cual lamentablemente sucedió a los 7 días post parto – razón por la cual cataloga el Método como muy malo y no recomendable. Esta paciente tras la revisión con la Ginecóloga del Hospital y tras una adecuada consejería decide tras la entrevista reinsertarse un nuevo DIU. Todo esto se traduce en la necesidad de prestar suficiente atención a las usuarias de los MAC y de informarles en el momento adecuado, de la manera más simple y ampliamente tanto de los beneficios como de los riesgos, complicaciones y posibles efectos secundarios de cada uno de los métodos que demanden; garantizando de esta manera una elección que se adecue a sus necesidades personales.

El 64,29 % de las usuarias entrevistadas están satisfechas con el método elegido y un 42,86% lo consideran excelente, en cuanto a la evaluación numérica en donde el 10 es la mejor nota y 1 la peor; el 71,42% lo califica con 9 y 10 y la paciente antes referida de la expulsión dijo que “no poder calificar un método que no había utilizado”

En cuanto a las instalaciones la mitad de las usuarias lo califica como excelente, y el 64% reconoce que hay una limpieza adecuada (excelente y muy buena).

En lo referente al personal sanitario, reconocen la labor del personal de enfermería y del personal médica especializado con un excelente, ya que me informan que les tratan bien, se toman el tiempo de explicarles y además las atienden cuando acuden por alguna duda referente al MAC o a sus efectos secundarios.

En los comentarios de las pacientes cuando se les preguntó sobre alguna recomendación que podrían hacer para mejorar los servicios y la atención, me dicen que se debería volver a el método de organización de la consulta en donde en archivo se les entregaba el número de orden que les correspondía a la consulta; además refieren que en el área de hospitalización dan muy poca comida a las puérperas y por último si hubiese alguna manera de reducir los tiempos de espera en las consultas externas.

## **CAPÍTULO VI**

### **CONCLUSIONES**

1. El uso del DIU como método de planificación familiar debe de ser promocionado y fortalecido su uso mediante una consejería previa adecuada y por personal capacitado y de ser posible adiestrado en la utilización de los diferentes métodos.
2. Promover el empoderamiento de las mujeres en la toma de decisiones sobre su fertilidad y promover herramientas de negociación con las parejas, de tal manera que se sientan apoyadas y fortalecidas en la elección de los MAC
3. Las herramientas educativas y de apoyo en la promoción del DIU deberían ser diversas y adaptadas a las características de las mujeres, según su nivel educativo, acceso a los servicios de salud y sobre todo en el momento adecuado, evitando momentos de estrés importante como es el parto y/o la cesárea, en donde posiblemente la paciente no elija según sus necesidades sino mas bien según el momento que este enfrentando.
4. La nuliparidad y el post parto inmediato ya no son factores condicionantes en el personal de salud del Hospital Nacional de Suchitoto, para la implementación de métodos de larga duración como el DIU.
5. Los factores que afectan la aceptación del método siguen siendo la falta de información de los efectos secundarios, posibles riesgos y complicaciones asociadas.
6. Es importante identificar los lineamientos para la provisión de los servicios de Planificación Familiar, en donde se debe hacer énfasis en que la consejería, el aclarar y resolver dudas de las usuarias, así como el proceso de inserción del DIU requiere más tiempo del médico proveedor del servicio que cuando se trata de una

consulta normal, lo que se traduce en imposibilidad de ofertar y promover más los MAC.

7. Todo el personal sanitario debería estar capacitado en dar la información más relevante sobre el DIU, así como formar al personal médico en la inserción y extracción adecuada del Dispositivo intrauterino, lo que se traduce en un aumento en calidad y acceso a los MAC.

## **RECOMENDACIONES**

### **1. A las usuarias de los MAC**

Es necesario empoderarse, reconocer los deberes y los derechos que cada una de las personas tiene, para el caso los Derechos Sexuales y Reproductivos, para poder solicitar una adecuada atención en SSR así como información adecuada y correcta sobre los métodos de PF; con el fin de llegar al completo bienestar personal y promover la superación con un proyecto de vida que fortalezca la persona y la unidad familiar.

### **2. A los proveedores de los servicios de PF**

Que soliciten a las autoridades pertinentes la promoción y capacitación en SSR, así como el establecimiento de un compromiso personal de intentar buscar, ampliar y fortalecer los conocimientos sobre los diferentes MPF y especialmente sobre el DIU, de tal manera que podamos ofrecer servicios de calidad a las usuarias y con conocimientos actualizados; así como fomentar en las unidades de PF programas de actualización y formación continuada.

### **3. A la Dirección del Hospital Nacional de Suchitoto**

Que fortalezcan los servicios de SSR y específicamente de PF en lo referente a los insumos y materiales e infraestructura adecuada para promover todos y cada uno de los MAC con los que se cuenta en el país. Así también promocionar el DIU como un método de larga duración con bajo coste económico, eficaz y seguro en la PF.

Además de fomentar procesos de educación continuada para el personal que se involucra en la promoción, divulgación y consejería sobre los MPF. Todo esto con el apoyo del nivel central del Ministerio de Salud de El Salvador.

Además de interponer su buenos oficios ante las ONGs para que apoyen estas campañas de promoción de los MAC y especialmente del DIU

### **4. A los médicos/as especializados/as en Planificación Familiar**

Que instruyan al personal de sus servicios en los diferentes MPF, especialmente que promuevan los beneficios del DIU a mediano y largo plazo, a nivel coste - beneficio; de promoción de la maternidad segura y disminución de las muertes maternas directas o indirectas, de tal manera que consigan erradicar los mitos e ideas erróneas sobre el DIU que muchos de los proveedores transfieren a las usuarias.

### **5. Al personal de PF del Hospital Nacional de Suchitoto**



Que dentro de 1 año calendario se realice una nueva evaluación sobre el grado de satisfacción de las usuarias del DIU en su centro, para conocer la evolución que se lleva en el proceso de difusión del método.

## FUENTE DE INFORMACIÓN.

### 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.sv/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.sv/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/ecmfxyelt5pt7pmupysjre6hv3qrvnkp443ilunaiedwtiamod7wujmhsodyzavnqi2hrffyd6r2k/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/eimeq2z3rh5umzpepv6ah37zmdsmfi54irtwy4oujwttjmawou2ukn4zoe7a5hkxyilxwulzjpsj4j/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 Campenhoudt,  
(2001) pág. 210-212

# **ANEXOS**

## Anexo 1. Lista de Verificación

### 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.

<b>SÍ</b>	1. ¿Ha tenido un bebé en las 4 últimas semanas?	<b>NO</b>
<b>SÍ</b>	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?	<b>NO</b>
<b>SÍ</b>	3. ¿Se ha abstenido de tener relaciones sexuales desde su último período menstrual o parto?	<b>NO</b>
<b>SÍ</b>	4. ¿Comenzó su último período menstrual en los pasados 12 días?	<b>NO</b>
<b>SÍ</b>	5. ¿Ha tenido un aborto espontáneo o aborto en los últimos 12 días?	<b>NO</b>
<b>SÍ</b>	6. ¿Ha estado usando sistemática y correctamente un método anticonceptivo confiable?	<b>NO</b>

Si la clienta responde **SÍ** a *al 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.

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

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.

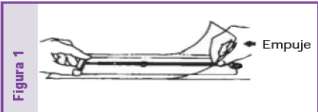
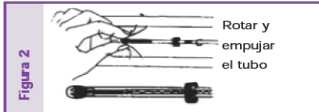
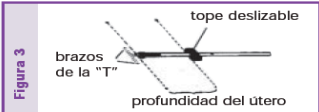

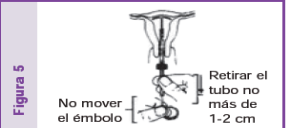
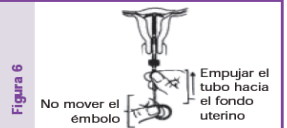
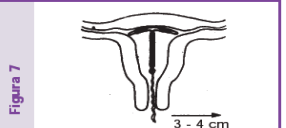



<b>NO</b>	14. ¿Hay algún tipo de úlcera en la vulva, la vagina o el cuello uterino?	<b>SÍ</b>
<b>NO</b>	15. ¿Siente la clienta dolor en la parte baja del abdomen cuando usted mueve el cuello uterino?	<b>SÍ</b>
<b>NO</b>	16. ¿Hay sensibilidad en los anexos?	<b>SÍ</b>
<b>NO</b>	17. ¿Hay flujo cervical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

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.



## Anexo 2. Dispositivo Intrauterino (DIU) T Cu 380 A. Técnica de inserción

Dispositivo Intrauterino (DIU) T Cu 380 A		TÉCNICA DE INSERCIÓN	
<p><b>Precauciones</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>No recoja ningún componente del envase que haya caído al suelo o sobre la mesa.</li> <li>No vaciar el contenido del envase en la bandeja de instrumental.</li> <li>No utilizar el émbolo para medir el largo de la cavidad uterina.</li> <li>La T de cobre estéril es para uso único y no debe ser reutilizada.</li> </ul>	<p><b>Generalidades</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Mantiene una alta eficacia durante, al menos, 10 años.</li> <li>Debe ser insertado y retirado por un profesional entrenado, asegurando fácil acceso a servicios de extracción si se desea interrumpir el método.</li> <li>Puede ser insertado post-parto y post-aborto inmediato.</li> <li>Requiere consejería adecuada, técnica aséptica y examen pélvico.</li> <li>Las menstruaciones pueden ser más abundantes y prolongadas, sobre todo al comienzo de su uso.</li> <li>No es un buen método para la mujer expuesta a un alto riesgo de contraer ITS.</li> </ul>		
<p><b>Procedimiento</b></p>			
<p><b>1</b> Explique a la usuaria el procedimiento a realizar.</p>			
<p><b>2</b> Pasos previos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Antes del procedimiento, la usuaria debe evacuar la vejiga.</li> <li>Coloque un <b>especúlo vaginal</b> y visualice el cuello uterino.</li> <li>Limpie el cuello y la vagina con una solución antiséptica como el yodo.</li> <li>Tome el labio anterior del cuello uterino con una pinza Pozzi (labio posterior si el útero está en retroflexión) y mantenga una tracción suave durante todo el procedimiento. (Esta maniobra reduce la angulación entre el canal cervical y la cavidad endometrial, facilitando la inserción.)</li> </ul>			
<p><b>3</b> Mida la cavidad endometrial con <b>histerómetro</b> hasta tocar el fondo uterino.</p>			
<p><b>4</b> Preparación del DIU</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Es preferible usar la técnica de inserción "sin tocar" que consiste en colocar el DIU en el tubo de inserción mientras ambas partes aún están en la envoltura estéril.</li> <li>Asegúrese de que el brazo vertical de la T esté completamente dentro del tubo de inserción.</li> <li>Coloque el envase sobre una superficie dura, plana y limpia, con la parte del plástico transparente hacia arriba. Abra parcialmente el envase desde el extremo marcado "ABRIR" ("open"), aproximadamente hasta la mitad del tope azul indicador de longitud uterina.</li> <li>Coloque el émbolo dentro del tubo de inserción, casi tocando el extremo de la "T".</li> <li>A través de la cubierta de plástico transparente, tome con los dedos pulgar e índice los extremos de los brazos horizontales de la "T", y dóblelos hacia el cuerpo de la "T" hasta que queden retenidos dentro del tubo de inserción, mientras con la otra mano maniobra el tubo para facilitar la introducción. (Figuras 1 y 2)</li> </ul> <p><b>ADVERTENCIA:</b> El DIU no debe permanecer más de 5 minutos dentro del tubo de inserción para que, al liberarlo, la apertura de los brazos se recupere rápida y correctamente.</p>			
 <p>Figura 1</p>	 <p>Figura 2</p>	 <p>Figura 3</p>	
<p>No intente empujar las bandas de hilo de cobre de los brazos horizontales dentro del tubo de inserción porque no entrarán.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ajuste el tope azul (marcador de longitud uterina), con ayuda de la escala impresa en la etiqueta colocada en el envase, de acuerdo a lo medido previamente con el histerómetro. El tope debe ubicarse en el mismo plano que los brazos de la "T". (Figura 3)</li> <li>La T Cu 380 A ya está lista para su inserción.</li> </ul>			
<p><b>5</b> Inserción del DIU</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Introduzca lentamente a través del canal cervical el montaje de inserción cargado. Avance hasta que la "T" haga contacto con el fondo uterino y el tope azul quede en contacto con el cuello. Asegúrese de que el tope esté en un plano horizontal. (Figura 4)</li> </ul>			
 <p>Figura 4</p>	 <p>Figura 5</p>	 <p>Figura 6</p>	 <p>Figura 7</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Con una mano, mantenga el émbolo fijo mientras, con la otra mano, retira el tubo de inserción no más de 1-2 centímetros. De este modo se abrirán los brazos de la "T". (Figura 5)</li> <li>Una vez que los brazos han sido liberados, empuje cuidadosamente el tubo de inserción hacia el fondo uterino, hasta que sienta una suave resistencia. Este paso asegura que los brazos de la "T" queden lo más arriba posible en el útero. Una fuerza excesiva podría provocar una perforación del fondo. (Figura 6)</li> <li>Retire lentamente del canal cervical: saque primero el émbolo (manteniendo el tubo de inserción fijo) y retire luego el tubo de inserción. Corte los hilos del dispositivo a 3 ó 4 cm del orificio cervical. (Figura 7)</li> <li>Ayude a la mujer a bajar de la camilla lentamente (esté alerta a un posible mareo) y bríndele la <b>consejería apropiada</b>.</li> </ul>			
<p><b>Consejería</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Planifique junto con la mujer su visita de seguimiento dentro de 3 a 6 semanas (preferentemente luego de su menstruación) para realizar un examen pélvico y controlar los hilos del DIU. Después de esta visita no se necesitan otras visitas de rutina. Por lo tanto, se continuará con los controles ginecológicos correspondientes.</li> <li>Asegúrese de que ella sepa qué tipo de DIU se le ha colocado y su duración. Proporcione un registro escrito de la fecha de colocación y de la fecha en que deberá ser retirado.</li> <li>Dígale que, en cualquier consulta ginecológica, informe al profesional que tiene un DIU colocado.</li> <li>Explíquele: <ul style="list-style-type: none"> <li>que puede experimentar dolor tipo cólico durante los dos primeros días posteriores a la inserción. Puede tomar un analgésico.</li> <li>que puede tener una secreción vaginal un poco más abundante durante algunas semanas.</li> <li>que puede tener menstruaciones más abundantes y prolongadas, así como sangrados intermenstruales, especialmente durante los primeros meses.</li> </ul> </li> </ul>			
<p><b>Técnica de extracción</b></p> <p>Puede ser realizada con facilidad y seguridad en un Hospital o un Centro de Salud. Requiere unos pocos minutos. Para removerlo traccione suavemente, con una pinza, de los hilos del dispositivo. No los tome de las puntas sino de un punto lo más alto posible. Una excesiva fuerza en la tracción puede cortarlas.</p> <p>Durante la extracción:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Se deberá cumplir con la misma antisepsia rigurosa que para la colocación.</li> <li>Se tendrá en cuenta que la mujer también puede experimentar alguna molestia, como dolor tipo cólico, sangrado o mareo, por lo que deberá contemplarse su recuperación.</li> </ul>			
  			

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



## Anexo 3: Criterios médicos de elegibilidad.

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	NA
Lactancia materna				NC
Menos de 6 semanas posparto				
6 semanas a < 6 meses posparto				
6 meses posparto o más				
Posparto				NC
Menos de 21 días, sin dar de amamantar				
< 48 horas incluida posparto 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 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				
Mutilaciones trombogénicas diagnosticadas				
Cardiopatía isquémica (actual o historia de) o (historia de) accidente cerebrovascular			I	C
Hiperlipidemias diagnosticadas				
Cardiopatía valvular complicada				
Lupus eritematoso sistémico				
Anticuerpos antifosfolípidos positivos o no diagnosticados				
Trombocitopenia grave		I	C	I
Tratamiento Inmunosupresor				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

- 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 mujer 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 podría 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 es 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, oxcarbazepina, y lamotrigina. Lamotrigina es Categoría 1 para los implantes.



Fuente: Adaptado de Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, actualizados en el 2008. Disponible: [https://www.who.int/reproductive-health/family\\_planning/guide-lines.htm](https://www.who.int/reproductive-health/family_planning/guide-lines.htm)

## Anexo 4. Tópicos revisados en la 5<sup>o</sup> Edición de los criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos

Tópicos revisados en la quinta edición de los *Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos (CME)*

Tópico	Recomendación de los CME	Evaluación GRADE de la calidad de la evidencia <sup>a</sup>
<b>1. Recomendaciones para el uso de anticonceptivos hormonales combinados (AHC) por grupo etario</b> (Entre los AHC, se incluyen los anticonceptivos orales combinados, anticonceptivos inyectables combinados, parche combinado y anillo vaginal combinado)		
< 40 años	Las mujeres desde la menarquia hasta los 40 años pueden usar AHC sin restricciones (categoría 1 de los CME).	Rango: baja a muy baja
≥ 40 años	Las mujeres mayores de 40 años, en general, pueden usar AHC (categoría 2 de los CME).	
<b>2. Recomendaciones para el uso de AHC en mujeres que están amamantando</b>		
< 6 semanas posparto	Las mujeres que están amamantando con < 6 semanas posparto no deben usar AHC (categoría 4 de los CME).	Rango: baja a muy baja
≥ 6 semanas a < 6 meses posparto	Las mujeres que están amamantando con ≥ 6 semanas a < 6 meses posparto (principalmente con lactancia materna), en general, no deben usar AHC (categoría 3 de los CME).	
≥ 6 meses posparto	Las mujeres que están amamantando con ≥ 6 meses posparto, en general, pueden usar AHC (categoría 2 de los CME).	
<b>3. Recomendaciones para el uso de AHC en mujeres posparto</b>		
< 21 días posparto sin otros factores de riesgo de tromboembolismo venoso (TEV)	Las mujeres con < 21 días posparto y sin otros factores de riesgo de TEV, en general, no deben usar AHC (categoría 3 de los CME).	Rango: baja a muy baja
< 21 días posparto con otros factores de riesgo de TEV	Las mujeres con < 21 días posparto y otros factores de riesgo de TEV no deben usar AHC (categoría 4 de los CME).	
≥ 21 días a 42 días posparto sin otros factores de riesgo de TEV	Las mujeres con ≥ 21 días a 42 días posparto sin otros factores de riesgo de TEV, en general, pueden usar AHC (categoría 2 de los CME).	
≥ 21 días a 42 días posparto con otros factores de riesgo de TEV	Las mujeres con ≥ 21 días a 42 días posparto con otros factores de riesgo de TEV, en general, no deben usar AHC (categoría 3 de los CME).	
> 42 días posparto	Las mujeres con > 42 días posparto pueden usar AHC sin restricciones (categoría 1 de los CME).	
<b>4. Recomendaciones para el uso de AHC en mujeres con trastornos venosos superficiales</b>		
Várices	Las mujeres con várices pueden usar AHC sin restricciones (categoría 1 de los CME).	Muy baja
Trombosis venosa superficial (TVS)	Las mujeres con TVS, en general, pueden usar AHC (categoría 2 de los CME).	

Tópico	Recomendación de los CME	Evaluación GRADE de la calidad de la evidencia <sup>a</sup>
<b>5. Recomendaciones para el uso de AHC en mujeres con dislipidemias conocidas</b>		
Dislipidemias conocidas sin otros factores de riesgo cardiovascular conocidos	Las mujeres con dislipidemias conocidas sin otros factores de riesgo cardiovascular conocidos, en general, pueden usar AHC (categoría 2 de los CME).	Muy baja; se revisó para mejorar su claridad por solicitud del CRG
<b>6. Recomendaciones para el uso de anticonceptivos con progestágeno solo (APS) y dispositivos intrauterinos liberadores de levonorgestrel (DIU-LNG) en mujeres que están amamantando</b>		
6a. Uso de APS en mujeres que están amamantando (entre los APS, se incluyen anticonceptivos orales con progestágeno solo, implantes con progestágenos y anticonceptivos inyectables con progestágeno solo)		
< 6 semanas posparto	Las mujeres que están amamantando con < 6 semanas posparto, en general, pueden usar anticonceptivos orales con progestágeno solo (AOPS) e implantes de levonorgestrel (LNG) y etonogestrel (ETG) (categoría 2 de los CME). Las mujeres que están amamantando con < 6 semanas posparto, en general, no deben usar anticonceptivos inyectables con progestágeno solo (AIPS) (AMPD o EN-NET) (categoría 3 de los CME).	Rango: baja a muy baja
≥ 6 semanas a < 6 meses posparto	Las mujeres que están amamantando con ≥ 6 semanas a < 6 meses posparto pueden usar AOPS, AIPS e implantes de LNG y ETG sin restricciones (categoría 1 de los CME).	
≥ 6 meses posparto	Las mujeres que están amamantando con ≥ 6 meses posparto pueden usar AOPS, AIPS e implantes de LNG y ETG sin restricciones (categoría 1 de los CME).	
6b. Uso de DIU-LNG en mujeres que están amamantando		
< 48 horas posparto	Las mujeres que están amamantando con < 48 horas posparto, en general, pueden usar DIU-LNG (categoría 2 de los CME).	Muy baja
≥ 48 horas a < 4 semanas posparto	Las mujeres que están amamantando con ≥ 48 horas a < 4 semanas posparto no deben colocarse un DIU-LNG (categoría 3 de los CME).	
≥ 4 semanas posparto	Las mujeres que están amamantando con ≥ 4 semanas posparto pueden usar DIU-LNG sin restricciones (categoría 1 de los CME).	
Sepsis puerperal	Las mujeres que están amamantando o no y presentan sepsis puerperal no deben colocarse un DIU-LNG (categoría 4 de los CME).	
<b>7. Recomendaciones para el uso de acetato de medroxiprogesterona de depósito de administración por vía subcutánea (AMPD-SC); nuevo método agregado a la guía</b>		
Todas las recomendaciones	Las recomendaciones para el uso de AMPD-SC seguirán las recomendaciones actuales para el AMPD-IM (intramuscular).	Muy baja

Tópico	Recomendación de los CME	Evaluación GRADE de la calidad de la evidencia <sup>a</sup>
<b>8. Recomendaciones para el uso de Sino-implant (II); nuevo método agregado a la guía</b>		
Todas las recomendaciones	Las recomendaciones para el uso de Sino-implant (II) seguirán las recomendaciones actuales para los implantes de LNG.	Rango: moderada a muy baja
<b>9. Recomendaciones para el uso de píldoras anticonceptivas de emergencia (PAE), acetato de ulipristal (AUP) como nuevo método agregado a la guía; inductores del CYP3A4 y obesidad como nuevas condiciones para el uso de las PAE</b>		
Embarazo	Para las embarazadas, no aplica el uso de las PAE.	Muy baja
Lactancia materna	Las mujeres que están amamantando pueden usar anticonceptivos combinados orales (AOC) o LNG como PAE sin restricciones (categoría 1 de los CME). Las mujeres que están amamantando, en general, pueden usar AUP como PAE (categoría 2 de los CME).	
Historia de embarazo ectópico	Las mujeres con historia de embarazos ectópicos pueden usar AOC, LNG o AUP como PAE sin restricciones (categoría 1 de los CME).	
Historia de cardiopatía grave	Las mujeres con historia de cardiopatía grave, que incluye cardiopatía isquémica, evento cerebrovascular u otros trastornos tromboembólicos, en general, pueden usar AOC, LNG o AUP como PAE (categoría 2 de los CME).	
Migrañas	Las mujeres con migrañas, en general, pueden usar AOC, LNG o AUP como PAE (categoría 2 de los CME).	
Enfermedad hepática grave	Las mujeres con enfermedad hepática grave, que incluye ictericia (característica personal y signo de la enfermedad hepática previo al diagnóstico), en general, pueden usar AOC, LNG o AUP como PAE (categoría 2 de los CME).	
Uso de inductores del CYP3A4	Las mujeres que usan inductores del CYP3A4 pueden usar AOC, LNG o AUP como PAE sin restricciones (categoría 1 de los CME).	
Uso repetido de las PAE	No existen restricciones sobre el uso repetido de AOC, LNG o AUP como PAE (categoría 1 de los CME).	
Violación	No existen restricciones sobre el uso repetido de AOC, LNG o AUP como PAE (categoría 1 de los CME).	Moderada
Obesidad	Las mujeres con obesidad pueden usar AOC, LNG o AUP como PAE sin restricciones (categoría 1 de los CME).	
<b>10. Uso de dispositivos intrauterinos (DIU) en mujeres con mayor riesgo de infecciones de transmisión sexual (ITS)</b>		
Inicio del uso de DIU	Muchas mujeres con mayor riesgo de ITS, en general, pueden iniciar el uso de DIU con cobre (DIU-Cu) o DIU-LNG (categoría 2 de los CME). Algunas mujeres con mayor riesgo de ITS (probabilidad individual muy alta), en general, no deben colocarse un DIU hasta someterse a las pruebas y los tratamientos correspondientes (categoría 3 de los CME).	No se identificó evidencia nueva, por lo que no se evaluó la calidad de la evidencia mediante el proceso GRADE; se revisó para mejorar su claridad por solicitud del CRG.
Continuación del uso de DIU	Las mujeres con mayor riesgo de ITS, en general, pueden continuar el uso de DIU-Cu o DIU-LNG (categoría 2 de los CME).	

Tópico	Recomendación de los CME	Evaluación GRADE de la calidad de la evidencia <sup>a</sup>
<b>11. Recomendaciones para el uso del anillo vaginal liberador de progesterona; nuevo método agregado a la guía</b>		
Lactancia materna y $\geq 4$ semanas posparto	Las mujeres que están amamantando en forma activa y con $\geq 4$ semanas posparto pueden usar el anillo vaginal liberador de progesterona sin restricciones (categoría 1 de los CME).	Baja
<b>12. Recomendaciones para el uso de anticoncepción hormonal en mujeres con alto riesgo de infección por VIH, mujeres que viven con el VIH, y mujeres que viven con el VIH y usan terapia antirretroviral (TAR)</b>		
12a. Mujeres con alto riesgo de infección por VIH		
Las mujeres con alto riesgo de contraer el VIH pueden usar los siguientes métodos anticonceptivos hormonales sin restricciones: AOC, AIC, parches y anillos vaginales anticonceptivos combinados, AOPS, AIPS (AMPD y EN-NET), e implantes de LNG y ETG (categoría 1 de los CME).		Rango: moderada a muy baja
Las mujeres con alto riesgo de contraer el VIH, en general, pueden usar DIU-LNG (categoría 2 de los CME).		
12b. Mujeres que viven con la enfermedad clínica por VIH asintomática o leve (estadios 1 o 2 de la OMS)		
Las mujeres que viven con la enfermedad clínica por VIH asintomática o leve (estadios 1 o 2 de la OMS) pueden usar los siguientes métodos anticonceptivos hormonales sin restricciones: AOC, AIC, parches y anillos vaginales anticonceptivos combinados, AOPS, AIPS (AMPD y EN-NET), e implantes de LNG y ETG (categoría 1 de los CME).		
Las mujeres que viven con la enfermedad clínica por VIH asintomática o leve (estadios 1 o 2 de la OMS), en general, pueden usar DIU-LNG (categoría 2 de los CME).		
12c. Mujeres que viven con la enfermedad clínica por VIH grave o avanzada (estadios 3 o 4 de la OMS)		
Las mujeres que viven con la enfermedad clínica por VIH grave o avanzada (estadios 3 o 4 de la OMS) pueden usar los siguientes métodos anticonceptivos hormonales sin restricciones: AOC, AIC, parches y anillos vaginales anticonceptivos combinados, AOPS, AIPS (AMPD y EN-NET), e implantes de LNG y ETG (categoría 1 de los CME).		Rango: moderada a muy baja
Las mujeres que viven con la enfermedad clínica por VIH grave o avanzada (estadios 3 o 4 de la OMS), en general, no deben iniciar el uso de DIU-LNG (categoría 3 de los CME) hasta que su enfermedad haya mejorado y pasado a ser asintomática o leve (estadios 1 o 2 de la OMS).		
En las mujeres que ya tienen un DIU-LNG colocado y que desarrollan enfermedad clínica por VIH grave o avanzada no es necesario retirar dicho dispositivo (categoría 2 de los CME para la continuación del uso).		

Tópico	Recomendación de los CME	Evaluación GRADE de la calidad de la evidencia <sup>a</sup>
12d. Mujeres que viven con el VIH y usan terapia antirretroviral (TAR)		
Inhibidor de la transcriptasa inversa análogo de nucleósidos/nucleótidos (ITIAN)	<p>Las mujeres que reciben cualquier ITIAN pueden usar los siguientes métodos anticonceptivos hormonales sin restricciones: AOC, AIC, parches y anillos vaginales anticonceptivos combinados, AOPS, AIPS (AMPD y EN-NET), e implantes de LNG y ETG (categoría 1 de los CME).</p> <p>Las mujeres que reciben cualquier ITIAN, en general, pueden usar DIU-LNG (categoría 2 de los CME), siempre y cuando la enfermedad clínica por VIH sea asintomática o leve (estadios 1 o 2 de la OMS). Las mujeres que viven con la enfermedad clínica por VIH grave o avanzada (estadios 3 o 4 de la OMS) y reciben cualquier ITIAN, en general, no deben iniciar el uso de DIU-LNG (categoría 3 de los CME para el inicio del uso) hasta que su enfermedad haya mejorado y pasado a ser asintomática o leve.</p> <p>En las mujeres que reciben cualquier ITIAN, que ya tienen un DIU-LNG colocado y que desarrollan enfermedad clínica por VIH grave o avanzada no es necesario retirar dicho dispositivo (categoría 2 de los CME para la continuación del uso).</p>	Rango: baja a muy baja
TAR con inhibidores de la transcriptasa inversa no análogos de nucleótidos (ITINAN) con efavirenz o nevirapina	<p>Las mujeres que usan ITINAN con efavirenz o nevirapina, en general, pueden usar AOC, AIC, parches y anillos vaginales anticonceptivos combinados, AOPS, EN-NET, e implantes de LNG y ETG (categoría 2 de los CME).</p> <p>Las mujeres que usan efavirenz o nevirapina pueden usar AMPD sin restricciones (categoría 1 de los CME).</p> <p>Las mujeres que usan ITINAN con efavirenz o nevirapina, en general, pueden usar DIU-LNG (categoría 2 de los CME), siempre y cuando la enfermedad clínica por VIH sea asintomática o leve (estadios 1 o 2 de la OMS). Las mujeres que viven con la enfermedad clínica por VIH grave o avanzada (estadios 3 o 4 de la OMS) y usan efavirenz o nevirapina, en general, no deben iniciar el uso de DIU-LNG (categoría 3 de los CME para el inicio del uso) hasta que su enfermedad haya mejorado y pasado a ser asintomática o leve.</p> <p>En las mujeres que usan efavirenz o nevirapina, que ya tienen un DIU-LNG colocado y que desarrollan enfermedad clínica por VIH grave o avanzada no es necesario retirar dicho dispositivo (categoría 2 de los CME para la continuación del uso).</p>	
ITINAN con etravirina y rilpivirina	<p>Las mujeres que usan los ITINAN más nuevos con etravirina y rilpivirina pueden usar todos los métodos anticonceptivos hormonales sin restricciones (categoría 1 de los CME).</p> <p>Las mujeres que reciben los ITINAN más nuevos, en general, pueden usar DIU-LNG (categoría 2 de los CME), siempre y cuando la enfermedad clínica por VIH sea asintomática o leve (estadios 1 o 2 de la OMS). Las mujeres que viven con la enfermedad clínica por VIH grave o avanzada (estadios 3 o 4 de la OMS) y usan los ITINAN más nuevos, en general, no deben iniciar el uso de DIU-LNG (categoría 3 de los CME para el inicio del uso) hasta que su enfermedad haya mejorado y pasado a ser asintomática o leve.</p> <p>En las mujeres que reciben los ITINAN más nuevos, que ya tienen un DIU-LNG colocado y que desarrollan enfermedad clínica por VIH grave o avanzada no es necesario retirar dicho dispositivo (categoría 2 de los CME para la continuación del uso).</p>	

Tópico	Recomendación de los CME	Evaluación GRADE de la calidad de la evidencia <sup>a</sup>
12d. Mujeres que viven con el VIH y usan terapia antirretroviral (TAR) <i>(Continúa)</i>		
Inhibidores de la proteasa (por ejemplo, ritonavir y ARV reforzados con ritonavir)	<p>Las mujeres que usan inhibidores de la proteasa (por ejemplo, ritonavir y ARV reforzados con ritonavir), en general, pueden usar AOC, AIC, parches y anillos vaginales anticonceptivos combinados, AOPS, EN-NET, e implantes de LNG y ETG (categoría 2 de los CME).</p> <p>Las mujeres que usan inhibidores de la proteasa (por ejemplo, ritonavir y ARV reforzados con ritonavir) pueden usar AMPD sin restricciones (categoría 1 de los CME).</p> <p>Las mujeres que usan inhibidores de la proteasa (por ejemplo, ritonavir y ARV reforzados con ritonavir), en general, pueden usar DIU-LNG (categoría 2 de los CME), siempre y cuando la enfermedad clínica por VIH sea asintomática o leve (estadios 1 o 2 de la OMS). Las mujeres que viven con la enfermedad clínica por VIH grave o avanzada (estadios 3 o 4 de la OMS) y usan inhibidores de la proteasa, en general, no deben iniciar el uso de DIU-LNG (categoría 3 de los CME para el inicio del uso) hasta que su enfermedad haya mejorado y pasado a ser asintomática o leve.</p> <p>En las mujeres que usan inhibidores de la proteasa, que ya tienen un DIU-LNG colocado y que desarrollan enfermedad clínica por VIH grave o avanzada no es necesario retirar dicho dispositivo (categoría 2 de los CME para la continuación del uso).</p>	Rango: baja a muy baja
Raltegravir (inhibidor de la integrasa)	<p>Las mujeres que usan el inhibidor de la integrasa raltegravir pueden usar los siguientes métodos anticonceptivos hormonales sin restricciones: AOC, AIC, parches y anillos vaginales anticonceptivos combinados, AOPS, AIPS (AMPD y EN-NET), e implantes de LNG y ETG (categoría 1 de los CME).</p> <p>Las mujeres que usan raltegravir, en general, pueden usar DIU-LNG (categoría 2 de los CME), siempre y cuando la enfermedad clínica por VIH sea asintomática o leve (estadios 1 o 2 de la OMS). Las mujeres que viven con la enfermedad clínica por VIH grave o avanzada (estadios 3 o 4 de la OMS) y usan raltegravir, en general, no deben iniciar el uso de DIU-LNG (categoría 3 de los CME para el inicio del uso) hasta que su enfermedad haya mejorado y pasado a ser asintomática o leve.</p> <p>En las mujeres que usan raltegravir, que ya tienen un DIU-LNG colocado y que desarrollan enfermedad clínica por VIH grave o avanzada no es necesario retirar dicho dispositivo (categoría 2 de los CME para la continuación del uso).</p>	

<sup>a</sup> Las categorías de calidad incluidas en la evaluación GRADE son muy baja, baja, moderada y alta. Cuando se indica un rango, este refleja la evaluación de la calidad según la clasificación GRADE entre los resultados importantes o entre los métodos anticonceptivos.

Para quienes están familiarizados con la cuarta edición de los CME, en los resúmenes a continuación se destacan los cambios introducidos en la quinta edición de la guía. Estos cambios son: cambios en las categorías de los CME, recomendaciones para condiciones nuevas emitidas en la quinta edición, cambios en la denominación de ciertas condiciones (para que coincidan con la práctica clínica actual), y detalles sobre los nuevos métodos anticonceptivos incluidos en la quinta edición.

**Resumen de los cambios a la cuarta edición respecto de la quinta edición de los CME (los cambios se destacan en negrita)**

Condición	AOC/ PAC/AVC	AIC	AOPS	AMPD EN-NET	Implantes de LNG/ETG	DIU-Cu	DIU-LNG
<b>Lactancia materna</b>							
a) < 6 semanas posparto	4	4	<b>2ª</b>	3ª	<b>2ª</b>		
b) ≥ 6 semanas a < 6 meses (principalmente con lactancia materna)	3	3	1	1	1		
c) ≥ 6 meses posparto	2	2	1	1	1		
<b>Posparto</b> (en mujeres que no estén amamantando)							
a) < 21 días			1	1	1		
(i) sin otros factores de riesgo para TEV	3ª	3ª					
(ii) con otros factores de riesgo para TEV	<b>4ª</b>	<b>4ª</b>					
b) ≥ 21 días a 42 días			1	1	1		
(i) sin otros factores de riesgo para TEV	2ª	2ª					
(ii) con otros factores de riesgo para TEV	<b>3ª</b>	<b>3ª</b>					
c) > 42 días	1	1	1	1	1		
<b>Posparto</b> (en mujeres que estén o no estén amamantando, incluso después de una cesárea)							
a) < 48 horas incluida la colocación inmediatamente después de la expulsión de la placenta						1	<b>sin LM = 1; LM = 2</b>
b) ≥ 48 horas a < 4 semanas						3	3
c) ≥ 4 semanas						1	1
d) Sepsis puerperal						4	4
<b>Trastornos venosos superficiales</b>							
a) Várices	1	1	1	1	1	1	1
b) Trombosis venosa superficial	2ª	2ª	1	1	1	1	1
<b>Dislipidemias conocidas sin otros factores de riesgo cardiovascular conocidos</b>							
	<b>2ª</b>	<b>2ª</b>	2ª	2ª	2ª	1ª	2ª



Condición	AOC/ PAC/AVC	AIC	AOPS	AMPD EN-NET	Implantes de LNG/ ETG	DIU-Cu		DIU-LNG	
						I	C	I	C
<b>ITS</b>						I	C	I	C
a) Cervicitis purulenta o infección actual por clamidia o gonorrea	1	1	1	1	1	4	2ª	4	2ª
b) Otras ITS (menos VIH y hepatitis)	1	1	1	1	1	2	2	2	2
c) Vaginitis (incluidos <i>Trichomonas vaginalis</i> y vaginosis bacteriana)	1	1	1	1	1	2	2	2	2
d) Mayor riesgo de ITS	1	1	1	1	1	2/3ª	2	2/3ª	2
<b>VIH/SIDA</b>									
Alto riesgo de VIH	1	1	1	1	1	2	2	2	2
Enfermedad clínica por VIH asintomática o leve (estadios 1 o 2 de la OMS)	1ª	1ª	1ª	1ª	1ª	2	2	2	2
Enfermedad clínica por VIH grave o avanzada (estadios 3 o 4 de la OMS)	1ª	1ª	1ª	1ª	1ª	3	2ª	3	2ª
<b>Terapia antirretroviral</b>						I	C	I	C
a) Inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleósidos (ITIAN)									
<b>Abacavir (ABC)</b>	1	1	1	1	1	2/3ª	2ª	2/3ª	2ª
<b>Tenofovir (TDF)</b>	1	1	1	1	1	2/3ª	2ª	2/3ª	2ª
<b>Zidovudina (AZT)</b>	1	1	1	1	1	2/3ª	2ª	2/3ª	2ª
<b>Lamivudina (3TC)</b>	1	1	1	1	1	2/3ª	2ª	2/3ª	2ª
<b>Didanosina (DDI)</b>	1	1	1	1	1	2/3ª	2ª	2/3ª	2ª
<b>Emtricitabina (FTC)</b>	1	1	1	1	1	2/3ª	2ª	2/3ª	2ª
<b>Estavudina (D4T)</b>	1	1	1	1	1	2/3ª	2ª	2/3ª	2ª
b) Inhibidores de la transcriptasa inversa no análogo de nucleósidos (ITINAN)									
<b>Efavirenz (EFV)</b>	2ª†	2ª	2ª	1 = AMPD; 2 = EN-NETª	2ª	2/3ª	2ª	2/3ª	2ª
<b>Etravirina (ETR)</b>	1	1	1	1	1	2/3ª	2ª	2/3ª	2ª
<b>Nevirapine (NVP)</b>	2ª	2ª	2ª	1 = AMPD; 2 = EN-NETª	2ª	2/3ª	2ª	2/3ª	2ª
<b>Rilpivirina (RPV)</b>	1	1	1	1	1	2/3ª	2ª	2/3ª	2ª
c) Inhibidores de la proteasa (IP)									
<b>Atazanavir reforzado con ritonavir (ATV/r)</b>	2ª	2ª	2ª	1 = AMPD; 2 = EN-NETª	2ª	2/3ª	2ª	2/3ª	2ª
<b>Lopinavir reforzado con ritonavir (LPV/r)</b>	2ª	2ª	2ª	1 = AMPD; 2 = EN-NETª	2ª	2/3ª	2ª	2/3ª	2ª

Condición	AOC/ PAC/AVC	AIC	AOPS	AMPD EN-NET	Implantes de LNG/ ETG	DIU-Cu		DIU-LNG	
<b>Darunavir reforzado con ritonavir (DRV/r)</b>	2ª	2ª	2ª	1 = AMPD; 2 = EN-NETª	2ª	2/3ª	2ª	2/3ª	2ª
<b>Ritonavir (RTV)</b>	2ª	2ª	2ª	1 = AMPD; 2 = EN-NETª	2ª	2/3ª	2ª	2/3ª	2ª
<b>d) Inhibidores de la integrasa</b>									
<b>Raltegravir (ral)</b>	1	1	1	1	1	2/3ª	2ª	2/3ª	2ª

ª Consulte la tabla correspondiente a cada método anticonceptivo en el documento completo para obtener una aclaración sobre esta clasificación.

Anillo vaginal liberador de progesterona (AVP) (los cambios se destacan en negrita)

Condición	Categoría
<b>Embarazo</b>	<b>NA</b>
<b>Lactancia materna y ≥ 4 semanas posparto</b>	<b>1</b>

Píldoras anticonceptivas de emergencia (PAE) (los cambios se destacan en negrita)

Condición	AOC	LNG	AUP
Embarazo	NAª	NAª	<b>NAª</b>
Lactancia materna	1	1	2ª
Historia de embarazo ectópico	1	1	1
<b>Obesidad</b>	<b>1ª</b>	<b>1ª</b>	<b>1ª</b>
Historia de cardiopatía grave (cardiopatía isquémica, ataque cerebrovascular u otros trastornos tromboembólicos)	2	2	2
Migraña	2	2	2
Enfermedad hepática grave (incluso ictericia)	2	2	2
<b>Inductores del CYP3A4 (por ejemplo, rifampicina, fenitoína, fenobarbital, carbamazepina, efavirenz, fosfenitoína, nevirapina, oxcarbazepina, primidona, rifabutina, hierba de San Juan/<i>Hypericum perforatum</i>)</b>	<b>1ª</b>	<b>1ª</b>	<b>1ª</b>
Uso repetido de las PAE	1ª	1ª	1ª
Violación	1	1	1

ª Consulte la tabla correspondiente a cada método anticonceptivo en el documento completo para obtener una aclaración sobre esta clasificación.

**Anexo 5. Matriz de Revisión del Expediente**

No.	Registro de usuaria	Mes de Inserción DIU	Observaciones del Expediente

## Anexo 6

### Entrevista a la usuaria de DIU

Universidad de El Salvador  
Facultad de Medicina  
Maestría en Servicios Integrales de Salud Sexual y Reproductiva

**Entrevista sobre Aceptación de Uso de DIU como método de planificación familiar.**

**Objetivo:** Recopilar información sobre la dinámica del uso del DIU en las usuarias del Hospital Nacional del Suchitoto.

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

**Fecha:** 01/09/201

#### Edad.

De 16 a 25 años	De 26 a 34 años	De 36 a 45 años
-----------------	-----------------	-----------------

#### Estado civil.

Soltera	Casada	Acompañada	Divorciada
---------	--------	------------	------------

#### Procedencia.

Urbana	Rural
--------	-------

#### Nivel de estudios.

Ninguno	Primaria	Secundaria	Universitaria /Técnico
---------	----------	------------	---------------------------

#### ¿Tiene hijos?

Si	No	Cuantos
----	----	---------

#### Ocupación.

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

**INSTRUCCIONES DE LLENADO: MARQUE CON UNA X LA RESPUESTA**

1.- ¿Sabe lo que es el DIU? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

2.-¿Conoce las ventajas del uso del DIU? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

CUALES: \_\_\_\_\_

3.- ¿Conoces las desventajas el uso del DIU? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

CUAL: \_\_\_\_\_

4.- ¿Ha tenido alguna inconformidad con el uso del DIU? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

CUAL \_\_\_\_\_

5.- Padece alguna enfermedad?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ CUAL? \_\_\_\_\_

6. Cuánto tiempo lleva usando este método? DIAS \_\_\_\_\_ MESES \_\_\_\_\_

7- ¿Se encuentra satisfecha con el uso del DIU?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ POR QUE? \_\_\_\_\_

8.- Ha recibido apoyo de su pareja en la toma de decisión sobre el método?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

QUE TIPO DE APOYO \_\_\_\_\_

9.- Porque eligió utilizar el DIU? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

10 ¿Cómo considera el uso de este método?

Excelente	Muy bueno	Bueno	Regular	Malo
-----------	-----------	-------	---------	------

11.- Volvería a utilizar este método? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

12.- ¿Recomendaría este método a otras mujeres? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

¿POR QUÉ? \_\_\_\_\_

13.- ¿Recibió consejería previa a la colocación del DIU? SI \_\_\_\_ NO\_\_\_\_

14.-Acudió a su revisión? SI\_\_\_\_ NO\_\_\_\_

Al cuánto tiempo? DIAS \_\_\_\_\_ MESES \_\_\_\_\_

15. Del 1 al 10 que nota le pone al método:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

(1. nota mínima y 10 la nota máxima)

16.-Qué tal le parecieron los siguientes elementos del servicio:

**a. Instalaciones**

Excelente	Muy Bueno	Bueno	Regular	Malo
-----------	-----------	-------	---------	------

Porque?\_\_\_\_\_

**b. Limpieza**

Excelente	Muy Bueno	Bueno	Regular	Malo
-----------	-----------	-------	---------	------

Porque?\_\_\_\_\_

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

Excelente	Muy Bueno	Bueno	Regular	Malo
-----------	-----------	-------	---------	------

Porque? \_\_\_\_\_

**Medico /a**

<b>c.</b> Excelente	Muy Bueno	Bueno	Regular	Malo
<b>d.</b>				

Porque? \_\_\_\_\_

**18. COMENTARIOS DE LAS PACIENTES:**

---

## Anexo 7

### DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

#### **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. Mide 32 [mm](#). de longitud en la porción horizontal (el tope de la T) y 36 mm en dirección vertical.

#### **Inserción del DIU:**

Es la colocación del DIU como método de planificación familiar dentro de la cavidad uterina, acción realizada por un médico capacitado.

#### **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.

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)

#### **Inserción de DIU post parto:**

Es la colocación del DIU dentro del útero que puede realizarse inmediatamente alumbrando la placenta (Inmediato: en los primeros 10 minutos) y dentro de las 48 horas posteriores al alumbramiento (Temprano) durante los siguientes procedimientos obstétricos: Pos Placenta, Pos Aborto y Trans Cesárea.



### **Inserción del DIU de Intervalo:**

Es la colocación del DIU dentro del útero que a menudo se introduce durante o inmediatamente después del período menstrual, o en cualquier momento del ciclo menstrual donde se está razonablemente seguro de que no hay embarazo, Incluso a las 4 a 6 semanas posparto (puerperio).

### **Seguimiento post-inserción:**

La usuaria debe regresar para un examen de rutina 4 a 6 semanas después de introducir un DIU o como muy pronto pasada la primera regla tras su inserción; los controles posteriores son cada año.

### **Tasa de eficacia:**

La eficacia de un método anticonceptivo es la capacidad que tiene para evitar una gestación. Suele expresarse mediante el Índice de Pearl, que se define como el número de embarazos que presentarían. Teóricamente, 100 mujeres que utilizaran el mismo método anticonceptivo durante un año.

### **Efectos secundarios:**

Son efectos sintomáticos o signos “esperados” y que se consideran normales después de la colocación del DIU tales como: dolor cólico pélvico (dismenorrea), aumento en el sangrado menstrual (hipermenorrea).

### **Riesgos:**

Son complicaciones más o menos graves con el uso de un dispositivo intrauterino. Estos problemas por lo general surgen durante o inmediatamente después de la inserción del dispositivo: expulsión, perforación, infecciones, embarazo.

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

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.

### **Consejería**

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.

### **Alta calidad de la atención:**

Incluye: selección adecuada, asesoramiento informativo (consejería), medidas adecuadas de prevención de las infecciones e inserción cuidadosa, seguimiento de atención apropiado; y un proveedor acreditado y con la experiencia suficiente para reconocer las complicaciones en el momento que estas ocurran.

### **Proveedor acreditado:**

Personal de salud capacitado en técnicas de inserción de DIU según estándares internacionales de calidad para la prevención de infecciones y/o complicaciones prevenibles.