

Servicios de Dispositivos Intrauterinos Postparto (DIUPP)



A Reference Manual for Providers



USAID
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS
UNIDOS DE AMÉRICA

a^occess

Family Planning Initiative
Addressing unmet need for postpartum family planning

Servicios de Dispositivos Intrauterinos Postparto (DIUPP)

Manual de referencia para proveedores



USAID
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS
UNIDOS DE AMÉRICA

aécess

Family Planning Initiative
Addressing unmet need for postpartum family planning

ACCESS-FP se constituye como un Acuerdo Asociado bajo el Programa ACCESS, Acuerdo Cooperativo Asociado #GPO-A-00-05-00025-00, Acuerdo Cooperativo Principal de Referencia #GHS-A-00-04-00002-00. ACCESS-FP se concentra en satisfacer las necesidades de planificación familiar y salud reproductiva de las mujeres en el periodo postparto. Las intervenciones se han diseñado con el propósito de complementar las actividades del Programa ACCESS en la promoción y desarrollo en escala de los servicios de planificación familiar postparto a través de intervenciones clínicas y comunitarias. ACCESS-FP busca reposicionar la planificación familiar a través de la integración con programas de salud materna, neonatal e infantil, incluyendo la prevención de la transmisión madre a hijo del VIH. Para mayor información sobre ACCESS-FP, puede comunicarse con Catharine McKaig, ACCESS-FP Program Director, cmckaig@jhpiego.net.

Jhpiego es una organización internacional de la salud sin fines de lucro, afiliada a The Johns Hopkins University. Por más de 36 años, Jhpiego ha habilitado a trabajadores de la salud de primera línea diseñando e implementando soluciones prácticas, efectivas y de bajo costo para fortalecer la prestación de los servicios de salud para mujeres y sus familias. Al llevar a la práctica de cada día innovaciones de salud basadas en la evidencia, Jhpiego trabaja en la superación de las barreras que impiden el acceso a servicios de salud de calidad para las poblaciones más vulnerables del mundo entero.

Publicación de:

Jhpiego Corporation

Brown's Wharf

1615 Thames Street

Baltimore, Maryland 21231-3492, USA

www.jhpiego.org

Derechos de propiedad intelectual y uso de la información

Jhpiego se complace en poner al acceso de la comunidad de la salud pública estos valiosos materiales para su uso en el desarrollo de las capacidades del personal clínico y consejeros de la salud en la prestación de servicios de DIU postparto como parte de un programa de planificación familiar postparto. En tal sentido, Jhpiego le invita a usar estos materiales para dichos fines. Los materiales no pueden ser modificados ni adaptados de ninguna manera, ni podrán ser utilizados, reproducidos, distribuidos, presentados o explotados para fines comerciales de terceras partes, con fines de lucro o con otro fin monetario. Si piensa descargar múltiples copias o compartir los documentos, sírvase comunicar al respecto a Jhpiego a la dirección info@jhpiego.net. Los contenidos del Manual de Referencia para *Servicios de Dispositivos Intrauterinos Postparto (DIUPP)*, sus guías, materiales de presentación y toda documentación correspondiente se encuentran protegidos por las leyes de propiedad intelectual internacionales y de Estados Unidos. Toda publicación o distribución de los materiales por vía electrónica o impresa para los fines debidamente autorizados debe incluir una anotación sobre los derechos de propiedad intelectual de Jhpiego y el reconocimiento de la institución como la fuente creadora de los mismos. Los usuarios deberán abstenerse de falsificar o eliminar la información correspondiente a los derechos de propiedad tales como el título de los materiales, nombres e identificación de sus autores, anotaciones sobre los derechos de propiedad, designaciones propietarias, marcas o cualquier otro componente que permita identificar la información y materiales contenidos en la(s) respectiva(s) descarga(s) de un documento.

© Jhpiego Corporation, 2010. Todos los derechos reservados. Traducción en español publicada en 2011.

Colaboradores: Jeffrey M. Smith, Barbara Deller, Chandrakant Ruparelia, Rashmi Asif y Susan Tredwell
Editor: Rebecca C. Fowler
Asistente editorial: Sheetal Khadka, Dana Lewison, Chris Merriman y Stephanie Suhowatsky
Diseño: Youngae Kim
Maquetación: Renata Kepner
Ilustraciones: Raju Babu Shakya, Nepal (original drawings) y ZMQ Software Systems, India (versiones electrónicas)

Fotos a cargo del personal de Jhpiego.

MARCAS: Todas las marcas y nombres de producto son marcas o marcas registradas de sus respectivas compañías.

Servicios de Dispositivos Intrauterinos Postparto (DIUPP): Manual de referencia para proveedores

| | |
|--|------------|
| ABREVIATURAS Y SIGLAS | III |
| AGRADECIMIENTOS | IV |
| PREFACIO | VI |
| 1. INTRODUCCIÓN | 3 |
| 2. NECESIDAD DE LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR POSTPARTO | 5 |
| Espaciamiento saludable de los embarazos | 5 |
| Necesidad no satisfecha de la PFPP | 6 |
| Factores que contribuyen a los intervalos cortos entre cada nacimiento | 8 |
| Retorno de la fertilidad | 8 |
| Reanudación de la actividad sexual..... | 8 |
| Lactancia materna versus MELA | 9 |
| Implicancias para los programas de planificación familiar | 9 |
| 3. EL DIUPP: PRESENTACIÓN GENERAL | 10 |
| ¿Qué es el DIU? | 10 |
| Tipos de DIU..... | 11 |
| Mecanismo de acción..... | 11 |
| Periodo de acción..... | 11 |
| Efectividad..... | 11 |
| Efectos secundarios | 12 |
| Momento oportuno para la inserción de DIUPP | 12 |
| Diferencias clave y características del DIUPP | 13 |
| Ventajas del DIUPP..... | 13 |
| Limitaciones del DIUPP..... | 14 |
| Riesgos para la salud..... | 14 |
| Enfoque de la salud pública con relación a la expulsión espontánea | 15 |
| 4. LOS SERVICIOS DE DIUPP EN CONTEXTO | 16 |
| El DIUPP y otros servicios intraparto/postparto | 17 |
| Importancia de la técnica apropiada para la inserción del DIUPP | 18 |
| Cambios en el postparto inmediato y postparto temprano y recomendaciones | 18 |
| Cambios durante el postparto tardío y recomendaciones | 19 |
| Servicios de DIUPP: Elementos clave | 20 |
| Escenarios de la prestación de los servicios de DIUPP | 21 |
| 5. ORIENTACIÓN Y REVISIÓN INICIAL DE LAS USUARIAS POTENCIALES DEL DIUPP | 23 |
| Orientación sobre el DIUPP | 24 |
| Contenido de la orientación sobre un método específico | 25 |
| Consejos para la prestación de servicios de orientación específicos al método del DIUPP | 27 |
| Evaluación de las usuarias potenciales del DIU | 28 |
| Contenido de la revisión inicial de las usuarias potenciales del DIU | 29 |
| Consejos para la prestación de servicios de revisión inicial de las usuarias potenciales del DIU | 30 |

| | |
|--|-----------|
| 6. INSERCIÓN POSTPARTO DEL DIU: UN PROCESO | 31 |
| Confirmar la elección/preparación de la usuaria potencial del DIUPP | 31 |
| Segunda revisión de la usuaria potencial del DIU | 31 |
| Quién debe realizarla/cuándo | 33 |
| Después de la segunda revisión | 33 |
| Prevención de infecciones durante la inserción del DIUPP | 33 |
| Inmediatamente antes de la inserción del DIUPP..... | 34 |
| Durante la inserción del DIU (según sea aplicable)..... | 35 |
| Después de la inserción del DIU | 36 |
| Técnica clínica para la inserción del DIUPP | 36 |
| Inserción posplacenta instrumental..... | 36 |
| Inserción posplacenta manual..... | 47 |
| Inserción intracésarea | 48 |
| Inserción postparto temprano..... | 48 |
| Atención inmediata después de la inserción y orientación..... | 49 |
| Atención inmediata..... | 50 |
| Mensajes para llevar a casa..... | 50 |
| Cuándo retornar | 51 |
| 7. SEGUIMIENTO DE RUTINA DE LAS USUARIAS DEL DIUPP Y MANEJO DE PROBLEMAS POTENCIALES..... | 51 |
| Seguimiento de rutina de las clientas de los DIUPP..... | 52 |
| Quién debe realizarlo/Dónde..... | 53 |
| Cuándo debe realizarse | 53 |
| Identificación y manejo de efectos secundarios comunes y problemas potenciales | 53 |
| 8. SERVICIOS CLÍNICOS DEL DIUPP | 60 |
| Consideraciones para iniciar un programa de DIUPP | 60 |
| Criterios mínimos para la prestación de servicios de DIUPP..... | 61 |
| Aplicación de las normas de desempeño para la prestación de servicios DIUPP | 62 |
| Registros | 62 |
| ANEXO A: MENSAJES CLAVE SOBRE EL ESPACIAMIENTO SALUDABLE DE LOS EMBARAZOS . | 64 |
| ANEXO B: GUÍA DESCRIPTIVA PARA LA ORIENTACIÓN SOBRE LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR POSPARTO (PFPP) | 65 |
| ANEXO C: CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD MÉDICA PARA EL USO DEL DIU/DIUPP | 67 |
| ANEXO D: SUMINISTROS Y EQUIPO NECESARIOS PARA LOS SERVICIOS DIUPP | 69 |
| ANEXO E: GUÍA DESCRIPTIVA PARA LA SEGUNDA REVISIÓN ANTES DE LA INSERCIÓN DEL DIUPP | 70 |
| ANEXO F: RESUMEN DE PASOS PARA PROCESAR EL INSTRUMENTAL Y OTROS ARTÍCULOS UTILIZADOS EN LOS SERVICIOS DE DIUPP..... | 71 |
| ANEXO G: GUÍA DESCRIPTIVA PARA LA INSERCIÓN INSTRUMENTAL DEL DIUPP..... | 72 |
| ANEXO H: LINEAMIENTOS PARA LA EXTRACCIÓN DEL DIU^{38,43} | 73 |
| ANEXO I: PROTOCOLO PARA EL MANEJO DE HILOS FALTANTES DEL DIUPP | 76 |
| ANEXO J: ESTÁNDARES DE DESEMPEÑO PARA LA ORIENTACIÓN Y SERVICIOS DE DIUPP | 77 |
| ANEXO K: MUESTRA DEL FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DIUPP..... | 96 |
| NOTAS FINALES/REFERENCIAS | 97 |

Abreviaturas y siglas

| | |
|--------------|--|
| AINE | Antiinflamatorios no esteroideos |
| APN | Atención prenatal |
| ARHP | Association of Reproductive Health Professionals |
| ARV | Antirretroviral [medicamentos/terapia] |
| CEM | Criterios de Elegibilidad Médica |
| DAN | Desinfección alto nivel, desinfectado a alto nivel |
| DIU | Dispositivo intrauterino |
| DIUPP | Dispositivo intrauterino postparto |
| EIP | Enfermedad inflamatoria pélvica |
| HC | Hemograma completo |
| ITS | Infección transmitida sexualmente |
| MATEP | Manejo activo de la tercera etapa de parto |
| MELA | Método de la amenorrea de la lactancia |
| OMS | Organización Mundial de la Salud |
| PFPP | Planificación familiar postparto |
| PI | Prevención de infecciones |
| PPM | Pulsos por minuto |
| RPM | Ruptura prolongada de membranas |
| SMNI | Salud materna, neonatal e infantil |
| USAID | Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional |
| USG | Ultrasonograma |

Agradecimientos

Los colaboradores que han contribuido a la creación de estos materiales desean agradecer a las siguientes personas y organizaciones por sus aportes y revisiones del manual inicial creado para uso en India, así como por su liderazgo y visión en la implementación del programa DIUPP en India. Su valioso trabajo constituye la base fundamental sobre la cual ha sido posible desarrollar estos materiales de aplicación mundial:

- Loveleen Johri y Monique Mosolf de la Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID)/India
- MK Sinha y Rinku Srivastava de State Innovations in Family Planning Services Agency (SIFPSA)
- Vinita Das y Anju Agarwal de Queen Mary's Hospital, Chhatrapati Shahuji Maharaj Medical University (CSMMU)/Lucknow
- Sudha Salhan, Suneeta Singal de Safdarjang Hospital, Delhi, y Shashi Khare de NSCB Medical College, Jabalpur
- Kiran Ambwani, Sushma Dureja, Jayalal Mohan y Amrita Kansal del Ministerio de Salud y Bienestar de la Familia, Nueva Delhi
- Somesh Kumar, Bulbul Sood y todo el equipo de Jhpiego India.

Igualmente, deseamos agradecer a Vicente Bataglia del Hospital Nacional de Asunción, Paraguay, por su asistencia técnica y revisiones de los materiales de India, Ricky Lu, Director de Salud Reproductiva y de Planificación Familiar, Jhpiego Baltimore, por su revisión de los materiales de India y materiales de uso mundial, y Jeff Spieler, Asesor Técnico Principal de Ciencia y Tecnología de la Oficina de Población y Salud Reproductiva de USAID, Washington D.C.—por su revisión técnica del manual de referencia mundial.

El financiamiento para el paquete de recursos de aprendizaje sobre los *Servicios de Dispositivos Intrauterinos Postparto (DIUPP)* ha sido posible gracias al apoyo proporcionado por la División para el Fortalecimiento de los Servicios de Salud, Oficina de Población y Salud Reproductiva, Bureau for Global Health, Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, a través de ACCESS-FP, bajo los términos del Acuerdo Cooperativo Asociado #GPO-A-00-05-00025-00, y Acuerdo Cooperativo Principal #GHS-A-00-04-00002-00. Las opiniones expresadas en el presente documento corresponden a la opinión de los colaboradores y no necesariamente reflejan los puntos de vista de la Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional.

Cabe señalar que este manual de referencia mundial y los materiales asociados han sido adaptados a partir del paquete de recursos para el aprendizaje *Providing Postpartum IUCD Clinical Services* (para uso en India, Jhpiego Corporation 2010), el cual también recibió financiamiento de la Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional a través de ACCESS-FP y se produjo en colaboración con el Ministerio de Salud y Bienestar de la Familia, Gobierno de India, National Rural Health Mission, Ministerio de Salud y Bienestar Social, Gobierno de Uttar Pradesh, SIFPSA y CSMMU.

La traducción de este Manual fue financiada por el proyecto MCHIP (Maternal and Child Health Integrated Program) y por el proyecto SHOPS (Strengthening Health Outcomes through

the Private Sector), el proyecto principal de la Agencia de Desarrollo Internacional de los Estados Unidos (USAID) en materia de salud con el sector privado, para el uso en Paraguay, bajo el Programa de Asistencia Técnica al Instituto de Previsión Social en la Capacitación de profesionales de salud en Técnicas de Inserción de DIU postparto y de intervalo y en Habilidades de Capacitación Clínica para profesionales en Salud Reproductiva.

El video computarizado al que se hace referencia en este paquete, *Immediate Postpartum IUCD Insertion: Computer Simulation to Train Doctors and Paramedical Staff to Develop Skills in Postpartum IUCD Insertion Technique*, fue producido por ZMQ Software Systems, India (www.zmqsoft.com), con el aporte técnico de Jhpiego en cuanto a su contenido y el financiamiento que se indica anteriormente para los materiales de India.

Prefacio

La planificación familiar postparto (PFPP) permite salvar vidas. La planificación familiar es una intervención clave para reducir las tasas de mortalidad y morbilidad materna, neonatal e infantil a través de la prevención de los embarazos no deseados, así como de los embarazos que ocurren con espaciamiento muy cercanos entre sí. El periodo postparto representa una oportunidad crítica para que las mujeres reciban servicios de planificación familiar ya que muchas de ellas tendrán acceso a servicios de salud durante el embarazo y el parto, momento en el cual se les puede presentar y referir a los servicios de PFPP. Asimismo, durante el periodo postparto muchas mujeres:

- No saben que corren riesgo de salir embarazadas
- Desean espaciar o limitar los embarazos subsiguientes y desearían usar un método anticonceptivo
- Es probable que no tengan acceso regular a servicios de planificación familiar, o incluso servicios de atención postparto, debido a sus agitadas vidas y a que tienden a posponer sus necesidades propias en beneficio de las necesidades de sus familias.

El dispositivo intrauterino postparto (DIUPP)—insertado inmediatamente después de la expulsión de la placenta o hasta 48 horas después del parto—es una buena opción para las mujeres postparto que están amamantando, así como para aquéllas que no lo están haciendo. Debido a su inserción inmediatamente después del parto, es *mejor* ofrecer orientación sobre el uso de los DIUPP a las mujeres durante el periodo prenatal, siempre que sea posible—mucho antes del trabajo de parto y del parto. El DIUPP permite a las mujeres abandonar el establecimiento con un método anticonceptivo seguro y extremadamente efectivo, de acción prolongada y reversible. Asimismo, el DIU puede protegerla de un embarazo durante 12 años (en el caso del dispositivo de cobre Copper T 380A), la paciente puede pedir la extracción del dispositivo en cualquier momento, por cualquier razón, con el retorno inmediato de la fertilidad.

De manera consistente con nuestra meta de responder a la necesidad tan marcada pero no satisfecha de planificación familiar entre las mujeres postparto, ACCESS-FP tiene el orgullo de presentar este paquete de recursos para el aprendizaje *Servicios de Dispositivos Intrauterinos Postparto (DIUPP)*. En manos de capacitadores y participantes capaces, estos materiales servirán para preparar a proveedores en la prestación de servicios integrales de DIU postparto de alta calidad, permitiendo de esta manera ampliar el margen de opciones de planificación familiar disponibles para las mujeres postparto. Mientras que la inserción postparto del DIU requiere habilidades diferentes a las de la inserción del DIU después de un intervalo, estas habilidades pueden ser aprendidas por proveedores de servicios de DIU experimentados, así como por los proveedores de servicios de salud materna, neonatal e infantil y de planificación familiar que no hayan tenido experiencia con este método.

Nuestra esperanza es que proveedores de todo el mundo aprovecharán esta extraordinaria oportunidad—representada por la PFPP y el DIUPP—de salvar y mejorar miles de vidas:

- **Dedicando tiempo para educar y orientar a las mujeres sobre el uso del DIUPP, entre otros métodos de PFPP a su disposición**
- **Dedicando algunos minutos adicionales—en particular durante el periodo postparto inmediato—para ofrecer el DIU a las mujeres postparto que eligen este método.**

Para los proveedores y establecimientos que piensan establecer o fortalecer los programas de PFPP/DIUPP, las siguientes dos publicaciones de ACCESS-FP ofrecen importante información y guías para apoyar dichos esfuerzos:

Blanchard H and Deller B. (ACCESS-FP). 2008. *Workshop on Comprehensive Postpartum Family Planning Care* (learning resource package). Jhpiego: Baltimore, Maryland.

Anthony Kouyate R and Nash-Mercado A (ACCESS-FP). 2010. *A Guide for Developing Family Planning Messages for Women in the First Year Postpartum*. Jhpiego: Baltimore, Maryland.

1. Introducción

El periodo de tiempo que antecede al parto y el periodo inmediatamente posterior al nacimiento de un hijo representan una valiosa oportunidad para que una mujer o una pareja aprenda sobre los servicios de planificación familiar y para que los aproveche. Éstos son momentos en los que las mujeres probablemente tengan acceso a atención médica formal—a través de las visitas de atención prenatal (APN) y de la asistencia calificada durante el parto—y se sientan *motivadas* a espaciar o limitar los partos subsiguientes.

Sin embargo, el periodo postparto prologando pone a las mujeres en mayor riesgo, especialmente en los países en vías de desarrollo, ya que es muy probable que las mujeres postparto no utilicen un método anticonceptivo y son más vulnerables a un embarazo no deseado. De acuerdo a un estudio realizado con mujeres postparto en 27 estudios demográficos y de salud (EDS) por un periodo de 6 años¹, 40% de las mujeres que desea utilizar un método anticonceptivo durante el primer año postparto, en realidad no lo hace. Asimismo, aunque sólo un pequeño porcentaje de mujeres (3%–8%) desea tener otro niño dentro de los dos años del primer parto, 35% de mujeres tiene hijos dentro de este periodo de tiempo.



Entre algunas de las razones que explican estas estadísticas se encuentran la incapacidad para predecir el retorno de la fertilidad, el retomar la actividad sexual y la continua confusión que prevalece entre proveedores y clientas con relación a los efectos anticonceptivos de la lactancia materna: la lactancia materna **no es lo mismo** que el método de la amenorrea de la lactancia (MELA). Asimismo, es muy probable que las mujeres no tengan acceso a servicios de atención para ellas mismas durante el periodo postparto²; mientras que la gran mayoría de mujeres recibe por lo menos cierto número de visitas APN, y en algunos países un número creciente de mujeres está recibiendo atención especializada durante el parto, una proporción mucho menor busca servicios postparto.

El **dispositivo intrauterino (DIU)** es un método de planificación familiar altamente efectivo de acción prolongada y reversible que ofrece seguridad a la mayoría de mujeres postparto,

Capítulo 2: Necesidad de la planificación familiar postparto

incluyendo a mujeres que están amamantando. Igualmente, su costo es relativamente bajo, es conveniente y presenta una tasa muy baja de complicaciones. El **DIU postparto (DIUPP), insertado dentro de los 10 minutos o hasta 48 horas después del parto:**

- Es directamente accesible para las mujeres que tienen un parto en un establecimiento de salud.
- No tiene efectos sobre la cantidad o calidad de la leche materna.
- Es seguro para las mujeres VIH-positivas.
- Es reversible y se puede extraer en cualquier momento (con el retorno inmediato a la fertilidad)—si hubiera cambios en la decisión de la mujer en materia anticonceptiva o reproductiva.
- No requiere una acción diaria de parte de la usuaria para ser efectivo.
- No requiere una visita adicional al establecimiento o, cuando se inserta dentro de los 10 minutos del parto, un procedimiento adicional.

Una mujer postparto que elige el DIUPP puede abandonar el establecimiento, después de tener un niño, **contando ya** con un método anticonceptivo seguro—lo cual le permite ganar control sobre su fertilidad durante el periodo postparto y por todo el tiempo que desee (hasta 12 años en el caso del dispositivo de cobre Copper T 380A). Como se mencionó anteriormente, esto es especialmente crítico en los países en desarrollo, donde *incluso si las mujeres buscan atención para sí mismas, es probable que esto suceda solamente cuando ya están embarazadas o a punto de tener el niño.*

Sabía que muchas mujeres postparto...

- Desean limitar sus embarazos o postergar el siguiente embarazo por lo menos 2 años
- Desean usar un método anticonceptivo y piensan iniciarlo después del retorno de la menstruación
- Recobrarán su fertilidad (ovularán) **antes** del retorno de la menstruación, apenas a las 4–6 semanas postparto
- Reanudarán la actividad sexual dentro de los primeros meses postparto
- Erróneamente creen que mientras estén amamantando a su bebé, están protegidas de un embarazo
- Enfrentan una vida con muchas presiones y, en especial en los países en desarrollo, es muy probable que no puedan retornar al establecimiento para recibir atención postparto o servicios de planificación familiar
- No desean que se les perciba como usuarias potenciales de servicios de anticoncepción durante el periodo postparto—en las culturas donde la abstinencia postparto es tradición—por temor a ser juzgadas o criticadas
- Terminan por no usar ningún método anticonceptivo en general, en especial en los países en desarrollo y se embarazan poco después del último parto, lo cual contribuye a incrementar los problemas de salud de la madre y de los hijos
- Pueden prevenir la muerte y discapacidad propias y de sus hijos a través de la PFPP

Qué puede hacer usted: *solamente se necesita unos minutos adicionales, inmediatamente después de la expulsión de la placenta para prestar servicios de protección anticonceptiva seguros y efectivos hasta por 12 años a las mujeres postparto que eligen usar el DIUPP.*

Al permitir que las mujeres/parejas logren espaciar los embarazos o prevenir los embarazos no deseados, la planificación familiar, incluyendo la planificación familiar

postparto (PFPP), permite garantizar la supervivencia y protección de la salud materna y neonatal. Los proveedores de servicios de salud materna, neonatal e infantil (SMNI)—tales como parteras, enfermeras-parteras, doctores, etc.—tienen muchas oportunidades de hablar y orientar a las mujeres sobre el uso de los DIUPP—entre otras opciones de PFPP—con ocasión de la atención que brindan a las madres y a sus niños.

El presente manual y los materiales que lo acompañan tienen por objetivo ayudar a preparar a los proveedores de servicios de salud materna, neonatal e infantil, así como a los educadores y consejeros del área de salud, para la prestación de servicios de DIUPP de alta calidad, como parte de un programa integral de PFPP.

2. Necesidad de la planificación familiar postparto

Muchos estudios realizados en diferentes partes del mundo han demostrado que los resultados adversos de salud materna, perinatal e infantil se relacionan estrechamente con el espaciamiento muy cercano de los embarazos. Los riesgos son particularmente altos para las mujeres que salen embarazadas poco después de un previo embarazo, aborto espontáneo o aborto inducido. La tabla 1 presenta un resumen de hallazgos.³

La buena noticia es que la planificación familiar/PFPP permite a las mujeres/parejas alcanzar intervalos saludables entre cada embarazo—evitando potencialmente 25%–40% de muertes maternas⁴ y una reducción de la tasa de mortalidad infantil estimada en 10%.⁵

Tabla 1. Riesgos de resultados adversos de salud después de un intervalo muy corto entre cada embarazo^{6–11}

| Mayores riesgos cuando el embarazo ocurre 6 meses después de un nacimiento vivo | | |
|---|-----------------------------------|-----------------------------------|
| Resultado adverso | Mayor riesgo | |
| Aborto inducido | 650% | |
| Aborto espontáneo | 230% | |
| Muerte del recién nacido (<9 meses) | 170% | |
| Muerte materna | 150% | |
| Pre término | 70% | |
| Nacido muerto | 60% | |
| Bajo peso al nacer | 60% | |
| Mayores riesgos cuando el embarazo ocurre menos de 6 meses después de un aborto inducido o aborto espontáneo | | |
| Mayor riesgo | Con intervalo de 1–2 meses | Con intervalo de 3–5 meses |
| Bajo peso al nacer | 170% | 140% |
| Anemia materna | 160% | 120% |
| Pre término | 80% | 40% |

Espaciamiento saludable de los embarazos

En junio de 2005, la Organización Mundial de la Salud (OMS) reunió a más de 30 expertos técnicos para revisar la evidencia científica mundial existente con respecto a los intervalos

Capítulo 2: Necesidad de la planificación familiar postparto

saludables entre los embarazos. Las siguientes recomendaciones se basan en los resultados de dicha consulta técnica:¹²

1. **Después de un nacimiento vivo**, una mujer debe **esperar por lo menos 24 meses** (pero no más de 5 años) antes de intentar volver a embarazarse a fin de reducir el riesgo de resultados adversos de salud materna, perinatal e infantil. Las mujeres deben planificar un intervalo saludable entre cada embarazo de aproximadamente 36 meses, o 3 años.
2. **Después de un aborto espontáneo o aborto inducido**, una mujer debe **esperar por lo menos 6 meses** antes de intentar volver a embarazarse a fin de reducir el riesgo de resultados adversos en la salud materna, perinatal e infantil.
3. **Las adolescentes deben postergar el primer embarazo hasta que tengan por lo menos 18 años de edad** a fin de reducir el riesgo de resultados adversos de salud materna, perinatal e infantil.

Cada mujer y cada trabajador de la salud materna/neonatal o de la planificación familiar deben conocer y comprender las recomendaciones clave con relación al espaciamiento saludable de los embarazos. (En el Anexo A presentamos mensajes específicos sobre el espaciamiento saludable de los embarazos).

Terminología clave: Para poder orientar a las mujeres y a las familias de manera efectiva sobre el espaciamiento saludable de los embarazos, los proveedores deben comprender con claridad una serie de términos.

- **Intervalo entre nacimiento y embarazo:** Periodo de tiempo entre un nacimiento vivo y el comienzo del embarazo subsiguiente.
- **Intervalo entre nacimientos:** Periodo de tiempo entre un nacimiento vivo y el nacimiento vivo subsiguiente.

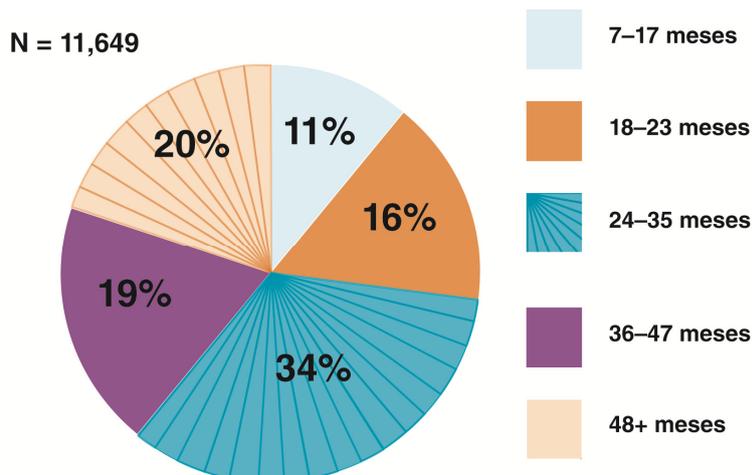
Durante la revisión de los estudios científicos o mensajes técnicos, los profesionales de la salud pueden convertir un intervalo entre nacimiento y embarazo en un intervalo entre nacimientos agregando 9 meses a un año.

Necesidad no satisfecha de la PFPP

A pesar de los resultados adversos de salud asociados con la repetición de los embarazos dentro de intervalos muy cortos, una proporción significativa de los nacimientos ocurre muy cercanamente entre sí. En India, por ejemplo (Figura 1), aproximadamente 61% de los nacimientos ocurre con intervalos más cortos que el intervalo entre nacimientos recomendado de aproximadamente 36 meses. Asimismo, en muchos países en vías de desarrollo la situación es comparable a la de India^a—convirtiéndose en un desafío más entre los muchos problemas de salud y riesgos que las madres y bebés deben enfrentar en dichos países.

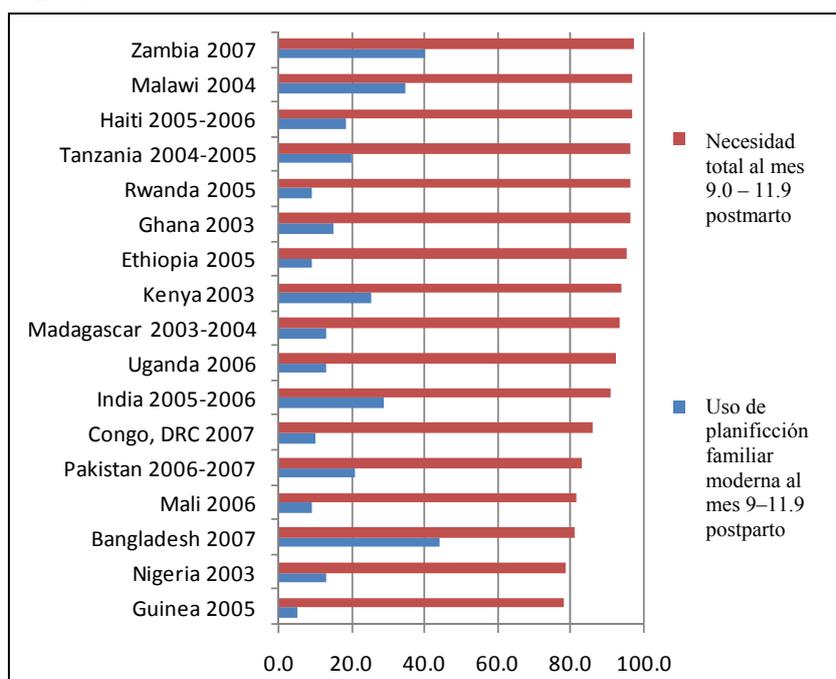
^aDe acuerdo al último EDS (2003–2006) de siete países africanos (Kenia, Malawi, Malí, Nigeria, Senegal, Tanzania y Uganda), 68% de las mujeres de 20–29 años reportaron haberse embarazado 26 meses o menos después de su último parto.

Figura 1. Espaciamiento de los nacimientos entre todas las mujeres de India—Todos los nacimientos en los últimos 5 años¹³



La planificación familiar durante el primer año postparto tiene el potencial de reducir una proporción significativa de estos embarazos no deseados porque, como lo ha demostrado la investigación, las mujeres experimentan una gran “necesidad no satisfecha” de servicios de planificación familiar durante dicho periodo. **En términos generales, la necesidad no satisfecha se refiere al porcentaje de mujeres que no desean embarazarse pero que en la actualidad no están utilizando un método anticonceptivo.** En un estudio reciente, las mujeres de 14 de 17 países presentaron menos probabilidades de utilizar la planificación familiar hacia el término del periodo postparto prolongado (11.9 meses) en comparación a las mujeres casadas de la población en general. Las mujeres que estaban *utilizando* un método anticonceptivo representaban solamente a una pequeña proporción con relación a las que lo *necesitaban* (Figura 2).¹⁴

Figura 2. Porcentaje de mujeres con 9.0–11.9 meses postparto que están utilizando la planificación familiar versus mujeres que la necesitan en algunos países de Africa, Asia y Haiti, EDS 2003–2007



Factores que contribuyen a los intervalos cortos entre cada nacimiento

Debido a la necesidad no satisfecha de los servicios de planificación familiar y a la prevalencia de intervalos entre nacimientos más cortos a lo recomendado, las mujeres y sus proveedores de servicios médicos deben comprender los factores que contribuyen al alto riesgo de un embarazo no deseado entre las mujeres postparto.

Retorno de la fertilidad

- **La fertilidad de las mujeres postparto frecuentemente retorna antes de que se den cuenta.** Una mujer ovulará antes de comenzar a menstruar regularmente. Asimismo, las posibilidades de que la fertilidad de la mujer retorne antes de la menstruación aumentan en la medida que el periodo postparto se extiende.¹⁵
- **No se puede predecir el retorno de la fertilidad de una mujer en particular.** La mayoría de mujeres que no están amamantando experimentan el retorno de la menstruación a las 4–6 semanas. La lactancia materna retrasa el reinicio de la ovulación y el retorno de la menstruación, pero no puede confiarse como método de protección anticonceptiva a menos que la mujer esté practicando el MELA (hablaremos más de este método en la siguiente página).
- **Las mujeres con frecuencia comienzan a utilizar la planificación familiar después del retorno de la menstruación.** De acuerdo a estudios individuales aparentemente se puede establecer una correlación entre el retorno de la menstruación y el inicio del uso anticonceptivo lo cual sugiere que la planificación familiar—si en todo caso se utiliza durante el periodo postparto—muy probablemente se iniciará en el mes siguiente al retorno del ciclo menstrual, lo cual suele ser demasiado tarde.¹⁶ Igualmente, de acuerdo a un estudio, 8%–10% de las mujeres que estaban experimentando la amenorrea postparto resultaron embarazadas.¹⁷

Reanudación de la actividad sexual

- **Los meses reportados de reanudación de la actividad sexual después de un parto varían grandemente.** Un reciente estudio realizado en 17 países en vías de desarrollo observó los porcentajes de las parejas que retornaban a la actividad sexual entre los meses 3 y 5.9. En un extremo del espectro se encuentra Guinea, donde aproximadamente 10% de las mujeres retornaron a la actividad sexual dentro de dicho periodo de tiempo; en el otro extremo se encuentran Bangladesh y Ruanda, donde aproximadamente 90% de las mujeres tiene relaciones sexuales nuevamente a los 6 meses.¹⁴
- **La abstinencia postparto, en los países en los que se practica, no siempre se observa en el sentido estricto.** De acuerdo a un estudio cualitativo, incluso en los países en donde se practica la abstinencia postparto, la actividad sexual puede ocurrir irregularmente de manera temprana, progresando gradualmente hacia una actividad más regular.¹⁸
- **Las mujeres pueden mostrar reservas para preguntar sobre los métodos anticonceptivos “demasiado pronto” después del parto.** Si una mujer reanuda la actividad sexual después del parto antes de lo que parece ser apropiado en su cultura, dicha persona puede asumir que el proveedor la juzgará si pregunta por un método anticonceptivo. Como resultado, es posible que desestime utilizar la planificación familiar aún cuando esto puede ponerla en riesgo de un embarazo no deseado.

Lactancia materna versus MELA

- **Lactancia materna ≠ MELA.** Para evitar un embarazo no deseado, las mujeres que están amamantando deben utilizar un método anticonceptivo (la lactancia materna no es un método anticonceptivo). Una opción es el MELA, el cual es 98,5% efectivo hasta por un periodo de 6 meses postparto—siempre y cuando la mujer amamante exclusivamente a su bebé toda vez que el bebé lo requiera (cada vez que el bebé desea amamantar, día o noche; no se le debe dar ningún alimento ni otros líquidos), y sus ciclos menstruales no hayan retornado. Aún cuando el MELA es un método efectivo y conveniente, todavía no se ha convertido en una práctica generalizada.
- **El MELA es efectivo solamente durante 6 meses.** Para las mujeres que utilizan el MELA, es probable que su fertilidad retorne (con frecuencia antes del retorno de la menstruación) después de 6 meses, aún si continúan amamantando. Ésta es la razón por la cual las mujeres que practican el MELA deben cambiar hacia otro método tan pronto como cualquiera de los 3 criterios MELA deje de cumplirse.
- **La lactancia materna exclusiva disminuye después de 3 meses.** Aunque muchas mujeres amamantan exclusivamente a los bebés en los primeros meses siguientes al parto, la tasa disminuye significativamente después de 3 meses—lo cual conduce al retorno de la fertilidad.

Implicancias para los programas de planificación familiar

Además de garantizar la disponibilidad de servicios de PFPP de calidad, el objetivo de los programas de PFPP es ayudar a las mujeres y a las parejas a comprender el riesgo de un embarazo no deseado, así como los beneficios para la salud materna y neonatal que resultan del espaciamiento saludable de los embarazos (o de la limitación de los mismos, si así se desea). Es crítico que se puedan vincular los servicios de planificación familiar con los servicios de salud materna, neonatal e infantil a fin de poder cumplir con las recomendaciones sobre el espaciamiento saludable de los embarazos y para atender la necesidad no satisfecha de planificación familiar.

La información sobre el espaciamiento saludable de los embarazos debiera incorporarse en los programas educativos sobre temas de salud, los servicios de orientación y en la prestación de servicios para las mujeres y sus familias toda vez que reciban atención médica. Los siguientes constituyen diferentes enfoques sugeridos para la prestación de los servicios:

- Entregar a las clientas información completa sobre los beneficios del espaciamiento saludable de los embarazos y las recomendaciones correspondientes como parte de los servicios de planificación familiar de rutina, durante la educación y orientación general y/o específica a un método en particular.
- Destacar la importancia del inicio oportuno de un método de planificación familiar después del parto, aborto espontáneo o aborto inducido (y un método de “transición” después del MELA) como parte de la atención de rutina prenatal, postparto y postaborto.
- Ofrecer servicios de planificación familiar a las mujeres mientras éstas permanezcan en el establecimiento de salud después de un parto atendido en dicho establecimiento.

Capítulo 3: El DIUPP: Presentación general

- Integrar los servicios de planificación familiar con otros servicios de salud como por ejemplo campañas de inmunización y servicios de salud neonatal e infantil.
- Ayudar a los clientes a ejercer su derecho a tomar una decisión libre e informada sobre el tamaño de su familia, metas de fertilidad y opciones anticonceptivas.

Recuerden: El método anticonceptivo adecuado para una mujer **es el que ella elige por sí misma**, siempre que no existan razones médicas por las cuales el método deba ser descartado. Como proveedores, podemos ofrecer a la mujer la información que necesita para tomar una decisión conveniente pero es a ella a quien corresponde tomar dicha decisión.

3. El DIUPP: Presentación general

Por más de 30 años, las mujeres de diferentes partes del mundo han estado utilizando el DIU como el principal método de anticoncepción. En realidad, es el método reversible más comúnmente utilizado entre las mujeres casadas en edad reproductiva en diferentes partes del mundo. De acuerdo a estimados recientes, aproximadamente una de cinco usuarias casadas (ó 153 millones) actualmente utiliza el DIU.¹⁹

En un estudio realizado en Estados Unidos, las mujeres que utilizan el DIU manifiestan mayor satisfacción con su elección que las mujeres que utilizan otros métodos reversibles (por ejemplo, 99% versus 91% de usuarias de la píldora).²⁰ Asimismo, las ventajas que deja el uso del DIU superan los riesgos para la vasta mayoría de mujeres, incluso en el caso de que existan muchas condiciones de las que anteriormente se creía que descartaban el uso del DIU, como el VIH/SIDA, antecedentes médicos de enfermedades de infección pélvica (EIP) y antecedentes médicos de embarazo ectópico.

La inserción postparto de un DIU, dentro de los 10 minutos o hasta 48 horas después del parto, ha demostrado ser segura, efectiva y conveniente para las mujeres²¹—al igual que el DIU regular o “después de un intervalo”. (*Después de un intervalo* se refiere a los DIU que son insertados en cualquier momento entre dos embarazos, a las/después de las 4 semanas postparto, o que en general no se relacionan con el embarazo). Para muchas mujeres que raramente tienen acceso a servicios de atención médica, la inserción del DIU inmediatamente después del parto representa una oportunidad única para iniciar un método de planificación familiar reversible y de acción prolongada. La popularidad del DIUPP en países tan diversos como China, México y Egipto respalda la factibilidad y aceptabilidad de este enfoque.²²

¿Qué es el DIU?

El DIU es un cuerpo pequeño y flexible, generalmente de plástico en forma de una “T”, el cual se inserta en la cavidad uterina. La inserción debe ser realizada por un proveedor de servicios debidamente capacitado. Casi todos los tipos de DIU tienen uno o dos hilos de un solo filamento que se extienden desde el útero hacia la vagina a través del cuello uterino.

Tipos de DIU

Los tipos de DIU comúnmente disponibles en diferentes partes del mundo son:

- **De cobre:** Copper T 380A (TCu 380A, TCu 380A con carga segura) y TCu 200C, Multiload (MLCu 250 y Cu375) y Nova T
- **Con hormonas:** Mirena® y sistema intrauterino de levonorgestrel (LNG-IUS®)

Para los programas y proveedores que deseen ofrecer el DIU en el periodo postparto, es recomendable usar el DIU de cobre Copper T 380A. Esta recomendación podrá ser actualizada de acuerdo a la evidencia y experiencia adicional.

Mecanismo de acción

Los DIU de cobre Copper T 380A actúan previniendo la fertilización.²³ Los iones de cobre reducen la motilidad y función del espermatozoide alterando el entorno uterino y del fluido tubal, previniendo así que el espermatozoide llegue a las trompas de Falopio y logre fertilizar el huevo. Estas acciones son primordialmente locales sin la presencia de un incremento que se pueda medir en cuanto a la concentración sérica de cobre en el organismo de la mujer. Asimismo, debido a que no existen efectos en la cantidad o calidad de la leche materna, los DIU de cobre se pueden utilizar inmediatamente después del parto al margen del hecho de que la madre esté amamantando o no.

Periodo de acción

La evidencia científica más reciente indica que el dispositivo de cobre Copper T 380A es efectivo durante por lo menos 12 años.²⁴ Las clientas que han recibido un dispositivo de cobre deben igualmente recibir orientación para que reemplacen o hagan extraer el dispositivo en 12 años a partir de la fecha de inserción. Los efectos anticonceptivos del DIU de cobre se interrumpen tan pronto como éste es extraído, con el retorno inmediato de la fertilidad.

Sobre el tiempo de almacenaje y cambios en los patrones de color: A menos que el empaque se haya dañado o roto, es seguro insertar un DIU hasta el día anterior a la fecha de expiración que indica el empaque (aún si el DIU ha cambiado de color/se ve más oscuro). La fecha de expiración se refiere a la **esterilidad** de los contenidos del empaque intacto del DIU, la cual se mantiene hasta dicha fecha; no se refiere a la efectividad del DIU. **El DIU es efectivo por 12 años a partir de la fecha de inserción, no a partir de la fecha de expiración.**

Efectividad

El DIU es uno de los métodos anticonceptivos reversibles con mayor grado de efectividad y acción prolongada. Su efectividad es esencialmente equivalente a la efectividad de los implantes hormonales o de la esterilización femenina o masculina. Por ejemplo, si 1.000 mujeres utilizan el DIU de cobre Copper T 380A solamente seis a ocho se embarazarían en el transcurso del primer año de uso, lo cual representa un nivel de efectividad de más del 99%.

Mientras que la efectividad de la T de cobre con el **uso correcto** es la misma, sea que se utilice como un método de PFPP o como un método de intervalo, la efectividad bajo el **uso típico** se ve influenciada por una tasa de expulsión ligeramente más alta en los DIU insertados en el periodo postparto.^b Existe una serie de factores que al parecer influyen el riesgo de la expulsión

^bEl uso correcto se refiere a lo que se puede esperar bajo condiciones ideales (por ejemplo que el DIU sea insertado apropiadamente, y que no sea expulsado), mientras que el uso típico se refiere a lo que puede suceder en la vida real (por ejemplo, el DIU no es insertado apropiadamente y es expulsado).

Capítulo 3: El DIUPP: Presentación general

postparto. La inserción apropiada para lograr la colocación del DIU en el fondo (realizada con mayor facilidad inmediatamente después del parto) es esencial para asegurar la retención del DIU.

Efectos secundarios

Los efectos secundarios que pueden experimentar las usuarias del DIU de cobre se describen en el cuadro más abajo. No existe evidencia que sugiera que el DIUPP (en comparación al DIU después de un intervalo) aumente la frecuencia o severidad de dichos efectos secundarios. En realidad, algunos estudios sugieren que cuando se inserta con éxito el DIUPP, se puede tolerar mejor que el DIU después del intervalo debido a que muchos de los efectos secundarios asociados al DIU son similares al sangrado y cólicos que típicamente se producen durante este periodo, como una parte normal del periodo de recuperación. Por ello, es posible que simplemente sean menos notorios para las mujeres postparto, lo que representa una ventaja considerable del DIUPP.

Los efectos secundarios más comunes asociados con el DIU de cobre después de un intervalo son los siguientes:

- Cambios en la cantidad y duración del flujo menstrual e incremento en la intensidad de los cólicos—ésta es la razón más común para la extracción del DIU²⁵;
- Cambios en los patrones de sangrado, como manchas/sangrado ligero (entre periodos), en las primeras semanas; y
- Malestar o cólicos durante la inserción del DIU²⁶ y varios días después.

Se debe informar a todas las mujeres sobre los efectos secundarios comunes antes de la inserción del DIU, evaluar sus condiciones para determinar si el DIU sería una mala elección frente a dichos efectos secundarios (por ejemplo, historial médico de dismenorrea severa, anemia severa o dolor pélvico en el presente) y orientarlas sobre los efectos secundarios según sea necesario durante el seguimiento. El uso de antiinflamatorios no esteroides (AINE) puede aliviar los síntomas de dolor²⁷ y con la ayuda de una buena práctica de orientación se puede estimular el uso continuo del método.^{28,29}

Momento oportuno para la inserción de DIUPP

La inserción del DIUPP se refiere no sólo a los DIU colocados durante el periodo postparto inmediato o temprano (dentro de los 10 minutos o hasta 48 horas después del parto). **Los DIU insertados durante el periodo postparto inmediato (posplacenta e intracésarea) presentan las tasas más altas de retención**, sin embargo es posible insertar el DIU de manera segura en cualquier momento durante el periodo postparto temprano, es decir, dentro de las primeras 48 horas después del parto. Los tres tipos de inserción del DIUPP son:

- **Posplacenta:** *Inmediatamente* después de la expulsión de la placenta (manejo activo de la tercera etapa de parto) en el caso de partos vaginales, insertándose el DIU con un instrumento o manualmente antes de que la paciente abandone la sala de parto.
- **Intracésarea:** *Inmediatamente* después de la extracción de la placenta durante una cesárea, insertándose el DIU manualmente antes de cerrar la incisión uterina y de que la paciente abandone la sala de operaciones.
- **Postparto temprano:** No ocurre inmediatamente después de la expulsión/extracción de la placenta sino dentro de los dos días/48 horas del parto (de preferencia dentro de 24 horas,

como por ejemplo en la mañana del Día 1 postparto) insertándose el DIU con un instrumento en un procedimiento adicional.

El DIU **no debe ser insertado entre las 48 horas y 4 semanas postparto** debido al aumento general en el riesgo de complicaciones, especialmente infecciones y expulsión. Los DIU insertados a las 4 semanas postparto y después de ello se consideran DIU después de un intervalo, y no DIUPP, debido a que requieren la misma técnica y servicios.

Diferencias clave y características del DIUPP

Ventajas del DIUPP

Seguridad: El perfil de seguridad del DIUPP es similar al de los DIU después de un intervalo. La inserción postparto parece tener una **tasa inferior de perforación uterina**, posiblemente porque el instrumento de inserción utilizado es menos agudo y la pared del útero es más gruesa inmediatamente después del embarazo. Igualmente, el proveedor puede tener la **certeza de que la mujer no está embarazada** al momento de la inserción postparto temprano inmediato (posplacenta, intracésarea).

Acceso a los servicios: La integración del DIUPP con los servicios de atención durante el trabajo de parto y parto supera las múltiples barreras que impiden la prestación del servicio. El acceso a los servicios que ofrecen métodos de planificación familiar de larga duración y permanentes en general es muy limitado debido a una serie de razones, entre ellas la falta de proveedores capacitados y equipos adecuados, así como de establecimientos accesibles. Asimismo, retornar a las instalaciones de servicio por lo general impone una serie de desafíos para las mujeres postparto, quienes tienen que atender muchas necesidades que demandan su atención y tiempo.

Costo-efectividad: De acuerdo a un estudio conducido en Perú³⁰ por el cual se compara el costo de la prestación de los servicios de DIU durante la permanencia de la paciente en el hospital (periodo postparto) versus el retorno de la paciente a un consultorio externo en fecha posterior, se observó que el costo de la prestación de los servicios DIUPP inmediatamente después del parto (\$9) era significativamente menor a la prestación de los servicios en un consultorio externo (\$24). Esta reducción de los costos puede hacer que el DIUPP sea más factible para muchas mujeres.

Momento oportuno y eficiencia del servicio: La inserción del DIU en el periodo postparto inmediato (posplacenta, intracésarea) ahorra tiempo tanto para la mujer como para el proveedor—debido a que el procedimiento se realiza en el mismo entorno e implica únicamente pocos minutos de tiempo adicional. Aunque la inserción del DIU en el postparto temprano (primeras 48 horas) no requiere un procedimiento clínico adicional, sí requiere una visita adicional lo cual incrementa las probabilidades que la mujer llegue a recibir el servicio. La prestación de los servicios de PFPP en el establecimiento donde se realiza el parto también permite aliviar los niveles de congestión en los consultorios de atención externa, permitiendo que más mujeres puedan recibir atención.

Inserción postparto versus inserción después de un intervalo: Desafíos y consideraciones

En un estudio realizado en Egipto en 2004³¹ se prestó servicios de orientación sobre la planificación familiar a un grupo de mujeres durante los periodos prenatal y postparto inmediato. De las mujeres que recibieron orientación, 28,9% eligió el DIUPP como su método de planificación familiar. Si la mujer solicitó la inserción temprana o inmediata durante su permanencia en el hospital postparto se observaron mayores probabilidades de que la inserción realmente se realizara (71,2%) en comparación a las mujeres que eligieron esperar hasta 6 o más semanas postparto para la inserción del DIU (7,1%).

Esta diferencia de 10 veces más en la prestación del método cuando las mujeres eligieron la inserción postparto temprano/inmediato versus la inserción postergada (después de un intervalo) podría reflejar el nivel de compromiso de las mujeres con su elección anticonceptiva, es decir mostraron mayor certeza sobre su elección en comparación a las personas que eligieron la inserción postergada). Igualmente, podría reflejar la realidad de que—tomando en cuenta todas las dificultades que deben enfrentar en sus vidas—las mujeres pueden encontrar un alto grado de dificultad para retornar al establecimiento por el DIU de manera oportuna.

En todo caso, los hallazgos destacan la responsabilidad del personal médico para ayudar a las mujeres a anticipar y superar los obstáculos que les impiden obtener éxito en el logro de sus metas reproductivas y en la decisión de su salud o la de sus familias. Si es mucho menos probable que una mujer que manifiesta su deseo de seguir un método anticonceptivo pueda retornar por dicho método después de que ha abandonado el hospital, entonces los proveedores de servicios deben hacer un esfuerzo extraordinario por prestar dicho servicio a la paciente durante su hospitalización, si así lo desea.

Limitaciones del DIUPP

Las limitaciones del DIUPP son mínimas y básicamente las mismas que las del DIU después de un intervalo. Al margen del momento en que se realiza la inserción del DIU, no protegerá a la paciente del VIH u otras infecciones transmitidas sexualmente (ITS). Los cambios menstruales constituyen un efecto secundario común del DIU, sin embargo, como se ha señalado anteriormente, éstos pueden ser menos notorios para las mujeres postparto. Todas las mujeres que han recibido un DIU pueden estar en mejores condiciones de tolerar dichos efectos secundarios si han recibido orientación apropiada y se les ha ayudado a comprender que estos síntomas no son dañinos para su salud. La inserción o extracción del DIU siempre requiere un procedimiento que debe ser realizado por un proveedor debidamente capacitado dentro de un entorno clínico; sin embargo, la inserción postparto no requerirá de una visita adicional o—cuando se realiza inmediatamente después de la expulsión de la placenta—de un procedimiento adicional. La única limitación del DIUPP es que los hilos inicialmente no serán visibles después de la inserción postparto debido a su extensión en comparación a la extensión del útero postparto. Usualmente los hilos descenderán a través del cuello uterino hacia la vagina para cuando la paciente tenga su visita de seguimiento (4–6 semanas). No obstante, el descenso de los hilos puede retrasarse. Aunque así sea, esto no afectara adversamente la eficacia del dispositivo, pero es probable que la paciente requiera seguimiento adicional o mayor estudio para confirmar a la usuaria o al proveedor que el DIU no haya sido expulsado.

Riesgos para la salud

Existen pocos riesgos potenciales contra la salud que puedan ser asociados al DIUPP. Sin embargo, la falta de estudios bien diseñados y evaluados por profesionales del sector deja sin respuesta muchas preguntas importantes sobre las tasas reales de complicación y variables como el momento oportuno y la técnica de inserción. Éstas son motivo de continuo estudio. Aún así, se pueden establecer conclusiones sobre las siguientes complicaciones de acuerdo a los hallazgos consistentes identificados en diferentes países, entornos clínicos y tipos de proveedores—enfermeras, parteras, médicos.

- **Perforación uterina:** En una reciente revisión sistemática de la literatura existente sobre la inserción del DIUPP, no se reportaron casos de perforación uterina durante la inserción del DIUPP en ninguno de los estudios revisados.³² La perforación de la pared uterina durante la inserción del DIU después de un intervalo es rara. Cuando ocurre, por lo general es causada por el instrumento utilizado para “sondear” el útero—instrumento que no se utiliza en la inserción del DIU postparto.
- **Infección:** La inserción postparto no parece presentar efectos significativos sobre el riesgo de infección del tracto genital, la cual es también muy baja en el caso de la inserción del DIU después de un intervalo. Entre los usuarios continuos del DIU, el riesgo de una infección del tracto genital superior, como una endometritis o salpingitis, es menos del 1% lo cual es mucho menor de lo que pensaba anteriormente. Este riesgo mínimo es más alto dentro de los 20 primeros días posteriores a la inserción del DIU y se cree que tenga relación ya sea con la técnica de inserción (debido a la falta de prácticas apropiadas para la prevención de infecciones) o una infección pre existente, más que con el DIU en sí. Después de los 20 primeros días, el riesgo de infección entre las usuarias del DIU parece ser comparable al de mujeres que no utilizan el DIU.³³
- **Expulsión:** La expulsión del DIU es rara, sin embargo la causa más común es la expulsión espontánea del dispositivo.³⁴ Las tasas de expulsión espontánea parecen ser superiores en el caso del DIUPP en comparación a la inserción del DIU después de un intervalo. **La inserción postparto inmediato (dentro de los 10 minutos) se asocia con un menor riesgo de expulsión en comparación a la inserción postparto temprano (hasta 48 horas).** La inserción después de un intervalo a las cuatro semanas posteriores al parto o más se asocia con el riesgo más bajo de expulsión postparto.³² Todas las mujeres que han recibido un DIU deberían ser conscientes de este riesgo y del hecho de que la mayoría de expulsiones ocurren dentro de los 3 primeros meses posteriores a la inserción.³⁵

Momento oportuno, técnica, capacitación: Factores clave para la expulsión del DIUPP³⁶

Aunque los estimados individuales del riesgo de expulsión varían de acuerdo a los estudios, se ha establecido una relación consistente entre **el momento oportuno de la inserción del DIUPP, la técnica utilizada** y las respectivas tasas de expulsión al margen del país, entorno clínico o tipo de proveedor.

Los estudios clínicos han demostrado que existe una menor tasa de expulsión con la inserción postparto inmediato (posplacenta, intracésarea) que con la inserción postparto temprano (dentro de las 48 horas); esto probablemente se deba a que es más seguro alcanzar el fondo uterino (lo cual es crítico para la retención) durante la inserción inmediata, cuando el útero comienza a contraerse y a recuperar firmeza inmediatamente después—lo cual hace que la inserción sea más difícil durante el periodo postparto temprano.

En varios estudios clínicos, las tasas de expulsión variaron grandemente de acuerdo al entorno clínico. Esta variación se ha atribuido a la falta de capacitación de los proveedores y consistencia en las técnicas de inserción, lo cual destaca la importancia de la capacitación estandarizada para minimizar las tasas de expulsión.

Enfoque de la salud pública con relación a la expulsión espontánea

Aunque la tasa de expulsión DIUPP puede ser de hasta 10%–15%^c, la tasa de retención es más del 85%–90%, lo cual, desde una perspectiva de la salud pública, puede ser aceptable. Asimismo, en situaciones donde el acceso a la atención médica

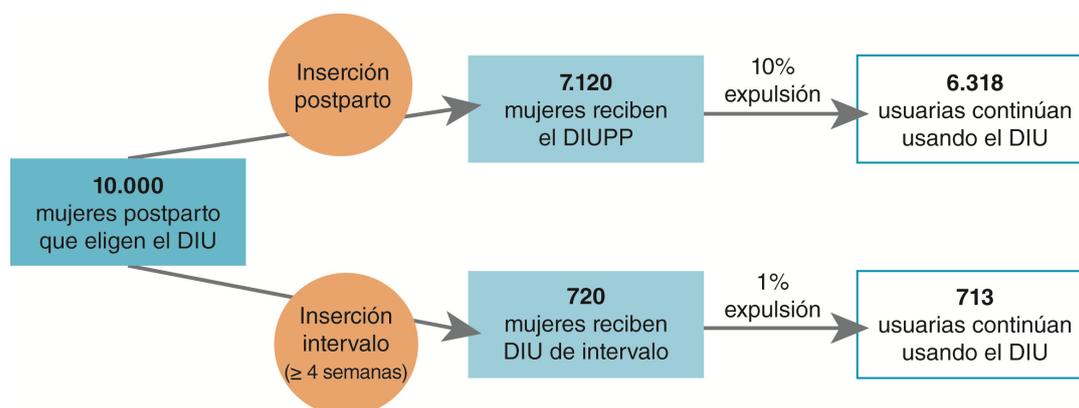
^cLas tasas de expulsión postparto se pueden reducir a 4%–5% mediante la técnica apropiada de inserción.

Capítulo 4: Los servicios de DIUPP en contexto

es limitada o el uso de los servicios de seguimiento postparto infrecuente, este potencial de usar el método anticonceptivo de manera continua constituye una consideración importante.

Utilizando datos de un estudio realizado en Egipto en 2003³¹ es posible estimar la magnitud de la diferencia que se puede obtener al ofrecer la inserción del DIU postparto inmediato. En el estudio de Mohamed et al., 71,2% de las mujeres que solicitaron la inserción del DIU en el postparto inmediato pudieron acceder a la inserción. En los casos en los que se solicitó la inserción en el postparto inmediato, pero se pidió a la paciente retornar a las 6 semanas al consultorio de atención externa para la conducción del procedimiento, solamente 7,2% finalmente accedió a la inserción del DIU. Esto sugiere que las mujeres que solicitaron el DIU y que tienen acceso al servicio de manera inmediata tienen una oportunidad de hasta casi 10 veces más de recibir el dispositivo en comparación a las mujeres a las que se pidió retornar para la inserción posterior. Por ello, en consideración de que la prestación del DIU en el periodo postparto inmediato es Categoría 1 de acuerdo a los Criterios de Elegibilidad Médica (CEM) de la OMS, todas las mujeres que solicitaron la inserción en el postparto inmediato, y que han recibido adecuada orientación y evaluación para determinar si el método es conveniente para ellas, deberían recibir el método en el momento de su elección.

Figura 3. Enfoque de la salud pública con relación al DIUPP



4. Los servicios de DIUPP en contexto

Como parte de un programa integral de planificación familiar/PFPP, los servicios de DIUPP deberían integrarse totalmente con los servicios de SMNI—abarcando desde las visitas de APN, hasta las visitas de atención intraparto y postparto/recién nacido. Cuando se realiza de manera correcta, la inserción de un DIU postparto no interferirá con la atención de rutina. Igualmente, los servicios de DIUPP nunca deben interponerse al tratamiento oportuno y adecuado de condiciones que pongan en riesgo la vida durante el trabajo de parto, parto y periodo postparto/recién nacido—ya que la inserción fácilmente puede ser postergada hasta un momento apropiado cuando la madre y el recién nacido recuperen estabilidad médica. El buen juicio clínico siempre debe prevalecer.

Los servicios en sí mismos deben tomar en cuenta las continuas necesidades de la mujer y de su niño durante este periodo crítico, así como adaptarse a la transformación que está experimentando el cuerpo de la madre. La técnica recomendada, así como el momento oportuno, para la inserción del DIUPP directamente contempla los cambios dramáticos que se producen en

el cuello uterino y útero de la madre durante el periodo postparto inmediato/temprano. Estos ajustes simples a la técnica utilizada para la inserción del DIU son esenciales para lograr la colocación apropiada del dispositivo en el fondo uterino y minimizar el riesgo de expulsión.

Finalmente, aunque es la paciente quien determinará si acepta la inserción y cuándo debe realizarse, el proveedor puede y debería hacer recomendaciones sobre la base de las prácticas que han demostrado conducir a los mejores resultados para las usuarias potenciales del DIUPP. Este “escenario óptimo de servicios del DIUPP” (el cual se discute en mayor detalle en la página 32) constituye uno de los posibles escenarios para la prestación de los servicios.

Recuerde: Los servicios del DIUPP no contemplan solamente el dispositivo: Éstos contemplan una decisión. Si la mujer expresa interés en un método de acción prolongada, entonces el DIUPP puede ser una opción para ella. Pero éste debe ser presentado ante la paciente como una de las posibilidades dentro de un margen de opciones anticonceptivas que están a su disposición.

El DIUPP y otros servicios intraparto/postparto

Los servicios del DIUPP se integran fácilmente con otros elementos de la atención esencial materna y del recién nacido, entre ellos:

- Manejo del parto normal sobre la base de las recomendaciones más recientes—tales como el uso de un partograma, manejo activo de la tercera etapa de parto (ver el siguiente cuadro);
- Prestación de atención esencial al recién nacido;
- Conducción de un examen postparto y monitoreo continuo;
- Facilitación de la lactancia materna inmediata y exclusiva, según sea apropiado;
- Prestación de orientación efectiva sobre el postparto/recién nacido, el cual incluirá mensajes específicos sobre el uso apropiado del DIUPP; y
- Revisión para la identificación de complicaciones o condiciones que requieran manejo oportuno o una referencia.

El manejo oportuno de la tercera etapa de parto constituye una “mejor práctica” obstétrica y ha demostrado potencial para prevenir la hemorragia postparto y muertes maternas. Se debe ofrecer a todas las mujeres durante cada parto debido a que es una complicación que pone en riesgo la vida de la madre es impredecible.

- No existen estudios clínicos que evalúen la interacción entre el manejo activo de la tercera etapa de parto y la inserción inmediatamente después de la expulsión de la placenta sin embargo, un panel de expertos convocado por la OMS en el 2004 para evaluar el problema concluyó que **no existe interacción entre el manejo activo de la tercera etapa de parto y la inserción postparto del DIU, no interfiriendo estas dos prácticas entre sí.**
- **La inserción postparto del DIU no debe ser postergada ni aplazada en el caso de una mujer que ha recibido manejo activo de la tercera etapa de parto.**
- Asimismo, **no se debe postergar la administración de oxitocina, como parte del manejo activo de la tercera etapa de parto, debido a la preocupación de una posible expulsión del DIU.** No existe evidencia que sugiera que las contracciones causadas por el medicamento uterotónico lleguen a expulsar el DIU una vez que ha sido colocado en el fondo; a decir verdad es probable que sea retenido en el fondo, antes que expulsado debido a las contracciones continuas. Esto se debe a que las contracciones postparto son fuertes y uniformes, mientras que las contracciones del trabajo de parto surgen del fondo uterino y se mueven descendentemente como una onda—desde la parte superior a la parte inferior del útero—causando la dilatación cervical y el descenso fetal.

Los tres pasos del manejo activo de la tercera etapa de parto—inyección de un uterotónico, tracción controlada del cordón para ayudar en la extracción de la placenta y masaje fundal (inicial)—se deben completar con éxito antes de la inserción DIUPP.

Importancia de la técnica apropiada para la inserción del DIUPP

La única forma más importante de reducir la tasa de expulsión del DIU insertado en el periodo postparto es garantizar la inserción apropiada del dispositivo. Es realmente crítico comprender lo que está sucediendo en el cuerpo de la mujer durante el periodo postparto a fin de dominar la técnica apropiada para la inserción dispositivo.

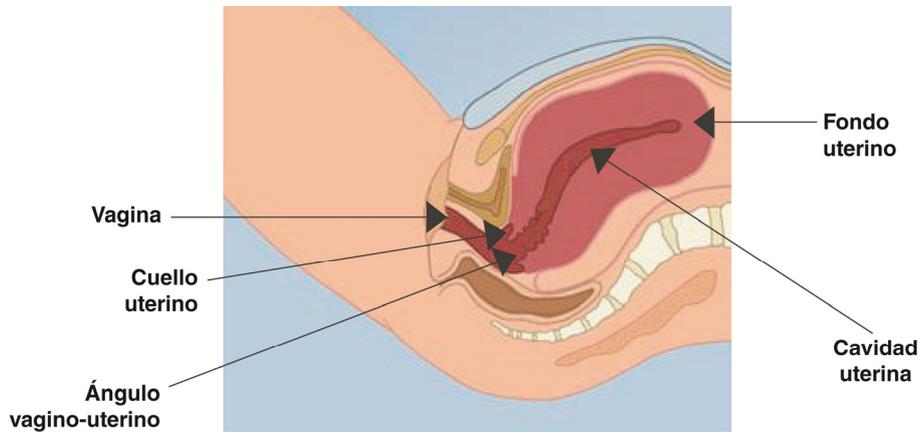
Cambios en el postparto inmediato y postparto temprano y recomendaciones

Durante las primeras 48 horas posteriores a la expulsión de la placenta, el estado del útero y del cuello uterino son favorables para la colocación rápida y sin complicaciones del DIU.

- El **útero** es aproximadamente del tamaño de un embarazo de 5 meses, pesa aproximadamente 1 kg y tiene 30 cm. En general, el fondo (parte superior del útero) se puede palpar a través de la pared abdominal, inmediatamente debajo del ombligo. Las paredes anterior y posterior del útero se cierran, teniendo cada una aproximadamente 4–5 cm de grosor. El segmento uterino inferior pierde grosor y es extremadamente flexible—contribuyendo a la destacada movilidad del útero, el cual usualmente se inclina hacia adelante. Esta disparidad en consistencia y peso entre el útero y el segmento uterino inferior crea un ángulo agudo entre la vagina y el útero (figura 4), el cual debe ser manipulado de manera efectiva por el proveedor durante la inserción. Dentro de las 48 horas, el útero puede disminuir ligeramente en longitud, pero continua siendo lo suficientemente flexible para ser manipulado y por consiguiente para facilitar el procedimiento.
- Al igual que el segmento uterino inferior, el **cuello uterino** pierde grosor y es flexible. La apertura cervical es amplia; sus bordes externos son irregulares y extremadamente suaves. Durante los primeros 10 minutos después del parto, el cuello uterino en general puede estirarse lo suficiente para admitir ya sea una mano pequeña o unas pinzas largas para placenta con un extremo fenestrado, las cuales hacen de la inserción manual o instrumental una opción simple.

Sin embargo, después de los 10 minutos y hasta 48 horas posteriores al parto, el cuello uterino pierde elasticidad para abrirse lo suficiente para la inserción manual, sin embargo la inserción con pinzas fenestradas en general sigue siendo posible.

Figura 4. Anatomía del útero postparto



Con ajustes mínimos a la técnica de inserción del DIU después de un intervalo, así como en los instrumentos utilizados (ver el cuadro más abajo), se puede lograr fácilmente la colocación del dispositivo en el fondo y minimizarse el riesgo de expulsión del DIU.

Principales ajustes en la técnica de inserción del DIUPP

- **“Elevar” el útero** utilizando una maniobra específica con la mano para enderezar el segmento inferior del útero.
- **Manipulación del ángulo vagino-uterino** con la mano o pinzas para verificar si el DIU se depositará en el fondo y no en la cavidad media.
- **Uso de un método alternativo de inserción**, sea con unas pinzas largas con extremo fenestrado o una mano, antes que el tubo de inserción utilizado en la inserción después de un intervalo (el cual no es lo suficientemente largo ni rígido).
 - **Pinzas Kelly placentarias u otro instrumento largo similar, que sean lo suficientemente largas para alcanzar el fondo y rígidas para manipular el ángulo vagino uterino.** No existen estudios clínicos para determinar si el uso de las pinzas Kelly placentarias versus las pinzas de anillos/para esponja resultan en una tasa de expulsión inferior. Sin embargo, la experiencia sugiere que debido a que las pinzas Kelly son más largas, éstas pueden permitir alcanzar el fondo más fácilmente. Igualmente, la ligera curva que presentan en el extremo puede evitar que los hilos queden atrapados en el instrumento, lo cual puede disminuir el riesgo de desplazar el DIU al retirar las pinzas.
 - Numerosos estudios clínicos han encontrado que la inserción manual después de la expulsión de la placenta y la inserción instrumental (utilizando pinzas de anillos) después de la expulsión de la placenta son equivalentes en términos de las tasas de expulsión.²²
- **Confirmación cuidadosa de la colocación en el fondo** utilizando los siguientes criterios: para la inserción instrumental, resistencia a las pinzas que sostienen el DIU a la altura del fondo (también se puede palpar a través del abdomen la altura del fondo) y con la mayor parte de las pinzas dentro del cuerpo de la paciente (es decir, la mano que sostiene las pinzas se encuentra muy cerca del perineo); ninguna de las partes del DIU—incluyendo los hilos—es visible a la altura del cuello uterino o en la vagina.

Cambios durante el postparto tardío y recomendaciones

Entre las 48 horas y 4 semanas posteriores al parto, el útero se reduce en tamaño (involuciona) y comienza a recuperar su posición antevertida o retrovertida, haciendo más difícil llegar al fondo. En este caso, es común que el proveedor llegue a pensar que ha alcanzado el fondo y libere el DIU en la porción media de la cavidad. Esto conduce a altas tasas de expulsión, así como a una

Capítulo 4: Los servicios de DIUPP en contexto

mayor preocupación entre proveedores y clientas. Durante este periodo, el cuello uterino se cierra y adquiere mayor firmeza, haciendo que sea más difícil poder pasar cualquier instrumento a través de su abertura. Por estas razones, **la inserción del DIU entre las 48 horas y 4 semanas posteriores al parto no es recomendable.**³⁷ Después de las 4 semanas a partir del parto, el útero y el cuello uterino han retornado prácticamente a su estado original (anterior al embarazo); en este momento, se recomienda utilizar la inserción del DIU después de un intervalo típico (utilizando el tubo e instrumentos estándar). Este procedimiento se desarrolla en otras fuentes.³⁸

Servicios de DIUPP: Elementos clave

Los elementos clave de los servicios de DIUPP son los siguientes (algunos pueden ocurrir en un orden diferente o sobreponerse a otros):

- **Educación/orientación sobre PFPP:** La mujer recibe información básica sobre el espaciamiento saludable de los embarazos (o su limitación, si así lo desea) y los métodos de PFPP disponibles (por ejemplo efectividad, duración de la protección); se habla sobre las metas de fertilidad y las circunstancias particulares de la paciente a fin de ayudarla a elegir un método que se acomode a sus necesidades.
- **Orientación sobre un método específico:** Las mujeres interesadas en un cierto método, como por ejemplo el DIUPP, reciben información más específica sobre el método (por ejemplo, efectos secundarios, señales de alarma).
- **Anotación en el expediente de la paciente sobre su elección de PFPP:** Si una mujer ha elegido un método, su elección debe ser documentada de manera prominente en la parte superior de su registro médico—a fin de informar a otros proveedores sobre dicha decisión. Esto se puede hacer en algún momento después de la orientación, después de que la mujer ha tenido la oportunidad de discutir el tema con su compañero u otras personas.
- **Revisión inicial:** Una mujer que elige el DIUPP debe ser revisada para determinar si existen características/condiciones (de acuerdo a los CEM de la OMS con relación a los DIU) que pudieran hacer del DIU una mala elección para ella, o razones médicas por las cuales el método deba ser descartado.
- **Primera confirmación de la decisión de la paciente sobre el DIUPP:** Cuando la paciente se presenta para el parto, el proveedor confirma si todavía desea un DIU y cuándo desea que éste sea insertado. El proveedor orienta y hacer sentir cómoda a la paciente según sea necesario. (Sin embargo, una vez más, la orientación sobre la PFPP/DIUPP debe ocurrir durante el periodo prenatal, toda vez que sea posible).
- **Verificar si los suministros e instrumentos están disponibles y listos para ser utilizados:** El proveedor enseguida verifica si el DIU de cobre, así como los suministros/instrumentos y la fuente de luz necesaria, están disponibles y listos para ser utilizados.
- **Manejo del trabajo de parto y parto:** Incluye el uso de un partograma, manejo activo de la tercera etapa de parto y la atención de cualquier problema que pudiera presentarse, integrándose la atención obstétrica con los servicios de DIUPP y considerando la prioridad apropiada.
- **Segunda revisión:** Después del parto, debe revisarse a la paciente para determinar si existen condiciones resultantes del trabajo de parto y parto que pudieran hacer del DIU una mala elección para la paciente, o si hay razones médicas por las cuales el método deba ser descartado.

- **Segunda confirmación de la elección de la paciente con relación al DIUPP:** Inmediatamente antes de la inserción del DIUPP, el proveedor indica a la mujer que está a punto de recibir la inserción del DIU si se encuentra lista. Esto ayuda a preparar a la mujer y reconfirma su elección.
- **Inserción del DIUPP:** Después de la determinación final sobre la inserción del DIU, se acomoda los suministros/instrumentos y retira el DIU del empaque utilizando la técnica “no tocar” (descrita en la página 32). En seguida el DIU es insertado de acuerdo a las prácticas recomendadas, sea inmediatamente después del parto (posplacenta, intracésarea) o en el postparto temprano (hasta 48 horas).
- **Orientación posterior a la inserción:** La mujer recibe información sobre los efectos secundarios, señales de alarma y sobre cuándo debe retornar al consultorio para hacer seguimiento. Éste se debe integrar con la atención de rutina postparto/neonatal.
- **Seguimiento:** A las 4–6 semanas posteriores al parto, la mujer retorna para un seguimiento de rutina. Se le revisa para determinar si existen problemas potenciales relacionados con el DIU; cualquier problema detectado debe ser manejado o referido.

Durante todos y cada uno de los servicios de calidad:

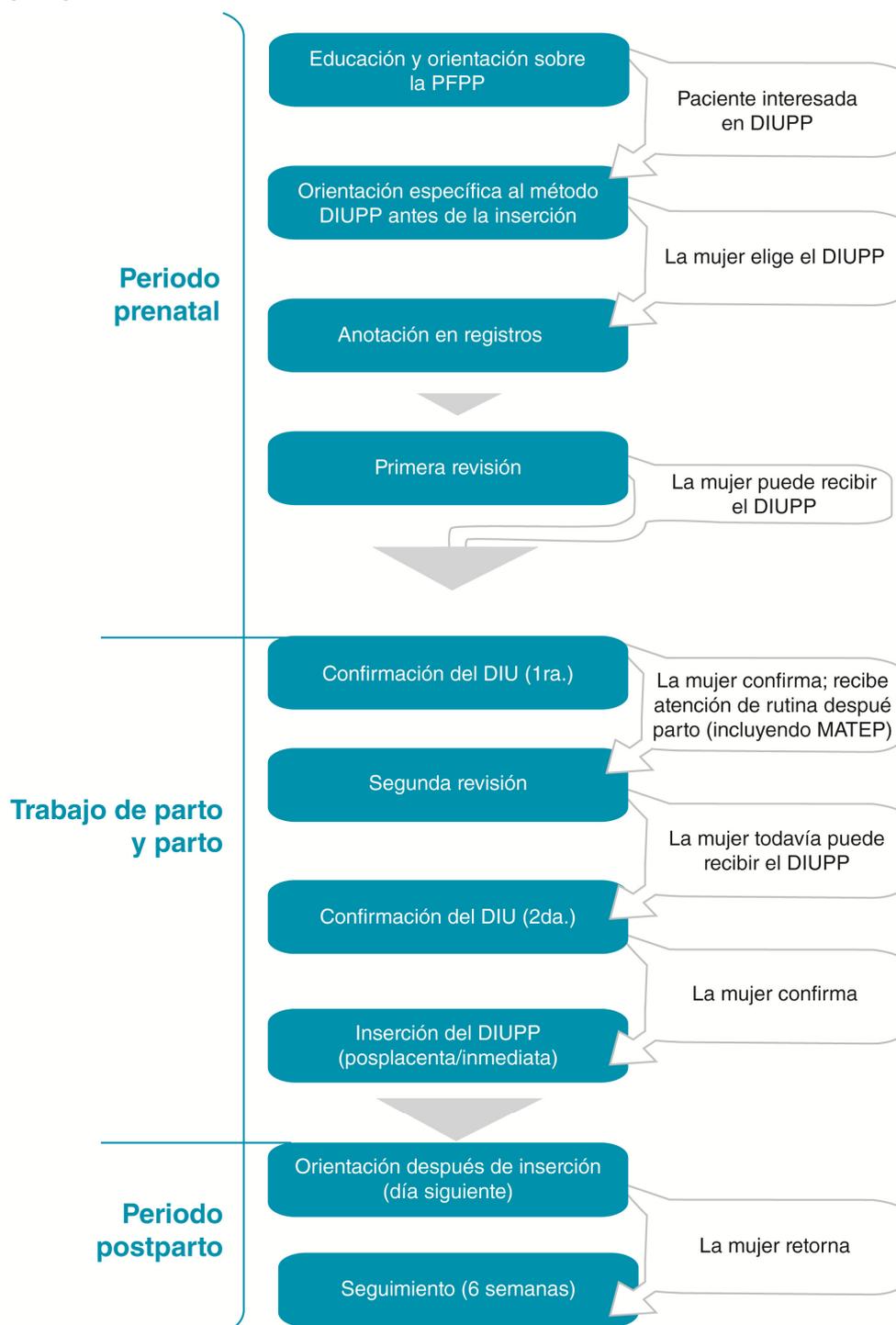
- **Las clientas deben ser tratadas con cortesía, amabilidad y respeto:** La paciente que elige el DIUPP debe hacerlo de manera libre y recibir el método si es apropiado en concordancia con las recomendaciones más recientes basadas en la evidencia y estándares mundiales de atención.
- **Los proveedores y otro personal de la salud emplea prácticas para la prevención de infecciones según sea apropiado,** en concordancia con estándares mundiales.

Escenarios de la prestación de los servicios de DIUPP

Si una mujer recibe orientación y elige el DIUPP durante el periodo prenatal, en la etapa inicial del trabajo de parto o después de que el bebé ha nacido, tiene un efecto directo sobre la manera en que se prestarán los servicios, creando diferentes “escenarios de servicio de los DIUPP”. Estos diferentes escenarios se describen/ilustran en la siguiente página.

- **Introducción prenatal del DIUPP:** Esto permite tener más tiempo para la orientación, para que la mujer considere sus opciones de PFPP y libremente elija el DIUPP, y para que el proveedor conduzca la revisión inicial. Igualmente puede hacer que sea más probable la elección de la inserción postparto inmediato, la cual se asocia con una mayor tasa de retención del DIU. La figura 5 presenta este “escenario óptimo de servicio de DIUPP”.

Figura 5. “Escenario óptimo de los servicio de DIUPP”—Introducción prenatal del DIUPP con inserción postparto inmediato



- **Introducción intraparto del DIUPP:** Se debe comprimir los servicios, de ser necesario, para que la mujer que elige el DIU en la etapa temprana/inactiva del trabajo de parto pueda acceder a la inserción de un dispositivo postparto. Sin embargo:
 - Esto deja menos tiempo para la orientación, lo cual puede causar que la mujer postergue la inserción para el periodo postparto temprano—el cual se asocia con mayores tasas de expulsión y requiere un procedimiento adicional—o incluso después. Una mujer en esta situación debe recibir orientación sobre

los beneficios de la inserción inmediata repitiéndole que puede cambiar de opinión o solicitar la extracción del DIU en cualquier momento y por cualquier razón.

- Igualmente deja menor tiempo para la revisión inicial, aunque la mujer haya tenido un parto vaginal normal, es poco probable que tenga ciertas condiciones (por ejemplo distorsión) que haga del DIU una mala elección para ella, o que existan razones médicas por las cuales el método deba ser descartado.
- **Introducción postparto del DIUPP:** Los servicios pueden ser iniciados después del nacimiento del bebé, incluso en la sala postparto, de modo que la mujer que elija el DIUPP pueda acceder a la inserción antes de abandonar el establecimiento (dentro de las 48 horas posteriores al parto).
 - El mayor riesgo de expulsión del DIU insertado durante el periodo postparto inmediato, se puede reducir realizando el procedimiento dentro de las 24 horas (por ejemplo en la mañana del día 1 postparto).
 - Aunque este escenario requiere un procedimiento adicional, es más conveniente y costo-efectivo—y con mayor probabilidad de que resulte en una inserción real del DIU—en comparación al caso en que se le pide a la mujer que regrese para realizar el procedimiento en una fecha posterior, una vez que abandona el establecimiento.

No es recomendable hablar a la paciente del DIUPP durante el trabajo activo de parto debido a que la mujer probablemente se encuentre muy cansada y no pueda concentrarse; no se debe pedir a la paciente que tome decisiones importantes en este momento.

5. Orientación y revisión inicial de las usuarias potenciales del DIUPP

Durante la orientación sobre los servicios de PFPP, un consejero o proveedor de servicios debidamente capacitado explicita y directamente dedica su tiempo, atención y habilidades a asistir a las clientas a fin de:

- Comprender los beneficios del espaciamiento saludable de los embarazos.
- Explorar las intenciones reproductivas a futuro.
- Identificar y tomar acción sobre soluciones anticonceptivas que sean realistas y se acomoden a sus necesidades, metas y condiciones de vida (acceso a servicios, recursos disponibles, etc.).
- Prepararse para el retorno a la fertilidad.

En los entornos donde no se conoce bien los DIU o donde prevelace información errónea sobre el método, es crítico prestar educación y orientación de calidad para superar las barreras que impiden el uso de los DIU.

Para las usuarias potenciales del DIUPP (mujeres que muestran interés o han elegido el método), la **orientación específica o método** consiste en:

- Garantizar que el DIU sea una buena opción para la mujer/pareja y que les ofrezca lo que están buscando en un método anticonceptivo; y
- Discutir el “escenario optimo de servicio de los DIUPP” (los beneficios de la inserción inmediatamente después del parto).

Capítulo 5: Orientación y revisión inicial de las usuarias potenciales del DIUPP

Para las mujeres que han elegido el DIUPP, la **revisión inicial** determina si pueden acceder a la inserción del DIUPP sobre la base de los CEM de la OMS con relación a los anticonceptivos. Esto se puede realizar como parte de una orientación individual, ya que no implica un examen físico, únicamente una serie de preguntas sobre el historial médico de la paciente.

Todos los proveedores deben tener en cuenta que aunque todos los métodos de planificación familiar presentan ciertos riesgos asociados, los riesgos para la salud de la mujer y de su familia pueden ser mayores si simplemente no utiliza un método y tiene un embarazo no deseado o un embarazo en un momento inoportuno. Cuando un proveedor orienta y revisa a una paciente apropiadamente, dicha paciente tiene mayores probabilidades de:

- Tomar una decisión razonable sobre un método anticonceptivo para alcanzar sus metas en material de salud reproductiva
- Sentirse satisfecha con el método que ella misma ha elegido
- Usar el método que ha elegido de manera correcta y por un periodo largo de tiempo

Presionar o subestimar cualquiera de estos procesos, orientación o revisión, puede causar que una mujer elija un método que no es correcto para ella o simplemente evite elegir un método, exponiéndola a un mayor grado de vulnerabilidad de tener sexo sin protección y un embarazo no deseado, así como otras consecuencias para su salud.

Orientación sobre el DIUPP

Idealmente la orientación sobre el DIUPP debe comenzar durante el periodo prenatal y realizarse en etapas:

- Primero, como **parte de una programa de educación sobre la salud en general** (por lo general bajo un formato grupal) sobre los beneficios del espacio saludable de los embarazos (y la limitación de los mismos, si así se desea) y sobre los métodos de PFPP disponibles para las mujeres de la comunidad. En esta etapa, el consejero/proveedor puede ofrecer información muy básica sobre el DIUPP, entre otros métodos.
- A esto debe seguir una **orientación individual sobre los métodos de PFPP**, en la cual se presenta a la paciente información más detallada sobre un método particular (o métodos) y se le presta apoyo para tomar una decisión informada sobre un método que se acomode a sus necesidades y circunstancias individuales en el periodo de postparto. Con frecuencia una mujer tomará tiempo para discutir sus opciones con su compañero u otras personas antes de tomar una decisión final.
- Enseguida, como **enfoque de la orientación sobre un método específico con relación al DIUPP:**
 - Para las mujeres que han elegido la inserción postparto del DIU, la orientación previa a la inserción ofrece información más detallada sobre el procedimiento de inserción y otros atributos del método. Una vez más, ésta es igualmente una oportunidad ideal para la revisión inicial.
 - Finalmente, para las mujeres que han elegido la inserción postparto del DIU, la orientación posterior a la inserción ofrece información sobre cuándo retornar al establecimiento para un seguimiento, las señales de alarma que deben reconocer y qué hacer si éstas ocurren, y manejar los efectos secundarios (ver el Capítulo 6).

En el Anexo A se puede observar un resumen de los mensajes clave sobre el espaciamiento saludable de los embarazos. El Anexo B presenta guías descriptivas para la orientación sobre la PFPP. En otros documentos se presenta una descripción de las técnicas generales de orientación y

los enfoques que permiten la ejecución de programas efectivos de educación en temas de salud y orientación sobre planificación familiar y PFPP.³⁸⁻⁴⁰

Recuerde: Todas las personas y parejas tienen el derecho de tomar sus propias decisiones sobre planificación familiar. Igualmente, tienen el derecho a recibir la información actualizada y precisa que necesitan para tomar dichas decisiones de manera responsable, así como acceso a una variedad de opciones de anticoncepción seguras y confiables. La educación y orientación sobre planificación familiar juega un papel central en el empoderamiento de los clientes para ejercer éstos y otros derechos básicos y se deben realizar en un momento y en forma tal que en realidad alimenten la decisión de los clientes, sin ejercer un poder de persuasión, presión o inducción hacia el uso de un método en particular.

Contenido de la orientación sobre un método específico

Cuando una mujer ha elegido el método DIUPP y se ha establecido un nivel de confianza entre ella y el consejero/proveedor, la **porción de la orientación sobre un método específico** puede comenzar. Esta orientación debe incluir mensajes más detallados sobre el método, como los que se muestran en la siguiente tabla, y se debe acomodar a las necesidades individuales, problemas y circunstancias de la mujer/pareja.

Tabla 2. Mensajes sobre los atributos básicos del DIU y DIUPP

| | Atributos básicos | Mensajes |
|---------------------|---------------------------------------|---|
| Información general | Qué es | <ul style="list-style-type: none"> El DIU es un dispositivo pequeño de plástico que se inserta en el útero. |
| | Efectividad | <ul style="list-style-type: none"> El DIU tiene una efectividad de más del 99% en la prevención del embarazo, lo cual lo convierte en uno de los métodos anticonceptivos más efectivos actualmente disponibles. |
| | Mecanismo de acción | <ul style="list-style-type: none"> El DIU previene el embarazo evitando que el esperma fertilice el huevo. |
| | Cuándo se realiza la inserción | <ul style="list-style-type: none"> Para la inserción del DIU después de un intervalo, el dispositivo puede ser insertado en cualquier momento en que se determine razonablemente que la mujer no está embarazada—incluyendo durante la menstruación. El DIUPP puede ser insertado ya sea inmediatamente después de la expulsión de la placenta (después de un parto vaginal o durante una cesárea) o en el periodo postparto temprano (no inmediato pero hasta 48 horas después del parto). La inserción del DIU inmediatamente después de la expulsión de la placenta es preferible por que presenta la menor tasa de expulsión en comparación a la inserción en el postparto temprano (no inmediato pero hasta 48 horas) y es más sencilla/más conveniente tanto para la mujer como para el proveedor. |
| | Duración de la protección | <ul style="list-style-type: none"> El DIU comienza a trabajar de inmediato; la T de cobre es efectiva por un periodo de hasta 12 años. Se puede extraer en cualquier momento, por cualquier razón, con el retorno inmediato de la fertilidad—lo cual significa que es un método de planificación familiar de acción prolongada pero reversible. Las mujeres que tienen una inserción del DIU postparto tendrán protección anticonceptiva incluso antes de abandonar el establecimiento. |

| | Atributos básicos | Mensajes |
|---------------------------------------|--------------------------------------|--|
| Información relacionada a la revisión | Quién puede usarlo | <ul style="list-style-type: none"> La mayoría de mujeres puede utilizar el DIU incluyendo mujeres jóvenes, nulíparas, postparto y que están amamantando, o que realizan labores de trabajo rudo—así como mujeres que tienen ciertas condiciones médicas como VIH o diabetes. Se acomoda especialmente para las mujeres que creen que ya no van a tener más hijos pero desean postergar la esterilización hasta que tengan certeza. |
| | Quién no puede usarlo | <ul style="list-style-type: none"> Entre las mujeres que no deben usar el DIU se encuentran aquellas que tienen algún trastorno uterino (por ejemplo miomas, alto riesgo personal de ITS o infección pélvica en el presente, EIP, gonorrea o clamidia). Algunas veces las mujeres desarrollan una infección durante el parto. Estas mujeres deben esperar hasta que la infección haya sido tratada antes de proceder a la inserción del DIU. (En las páginas 25–27 de la presente guía sobre la evaluación inicial, y el Anexo C presentan una lista completa de los criterios excluyentes) |
| | Lactancia materna | <ul style="list-style-type: none"> Las mujeres que están amamantando pueden usar con seguridad el DIU. El uso del DIU postparto no afectará la cantidad ni la calidad de la leche materna. |
| | Protección contra el VIH y otras ITS | <ul style="list-style-type: none"> El DIU no ofrece protección contra el VIH y otras ITS. Únicamente los métodos de barrera (por ejemplo el preservativo) ayudan a proteger contra la exposición al VIH y otras ITS. Si una mujer cree tener un “riesgo personal muy alto” frente a ciertas ITS, no debe usar el DIU. |
| Otras consideraciones | Limitaciones y riesgos | <ul style="list-style-type: none"> El DIU debe ser insertado y extraído por un proveedor debidamente capacitado. El DIUPP es más conveniente que el DIU de intervalo pues no requiere de una visita adicional (en el caso posplacenta) o procedimiento adicional. El DIU tiene ciertos riesgos asociados/complicaciones pero son muy raras y muy pocas, todo lo cual puede virtualmente eliminado mediante la revisión y técnica apropiada de inserción: <ul style="list-style-type: none"> La perforación uterina es una ocurrencia muy rara y se produce infección en menos del 1% de los casos (ambos riesgos pueden ser incluso menores con el DIUPP). Aunque no constituye un problema para la mayoría de mujeres, la expulsión del DIU es el principal riesgo. El riesgo de expulsión es mayor con la inserción del DIUPP que con la inserción del DIU después de un intervalo. Cuando el DIU es insertado después del parto, aproximadamente 5–10 mujeres de 100 encontrarán que el DIU ha sido expulsado durante los primeros 3 meses (un menor número de dispositivos insertados durante el periodo postparto inmediato [posplacenta, intracésárea] resulta en expulsión en comparación a los DIU insertados dentro de las 24–48 horas posteriores al parto) Si se produce la expulsión del DIU, la mujer debe retornar al consultorio y solicitar la inserción de otro DIU para continuar con la protección contra el embarazo. Los hilos probablemente no sean visibles en un principio después de la inserción postparto, lo cual puede requerir cierto seguimiento adicional o mayor investigación para verificar que el DIU no haya sido expulsado. |

| | Atributos básicos | Mensajes |
|---|-----------------------|--|
| Otras consideraciones (cont.) | Ventajas y beneficios | <ul style="list-style-type: none"> ● Seguro y efectivo: El DIU es un método seguro y efectivo, con una tasa muy baja de complicaciones. ● Costo-efectivo y conveniente: Una vez que es insertado y hasta que es extraído, no requiere acciones adicionales como suministros o costos de parte de la mujer. En la mayoría de los casos, solamente se requiere una visita de seguimiento en el consultorio (a las 4–6 semanas). La inserción de un DIUPP es especialmente costo efectivo y conveniente. El dispositivo será colocado antes que la mujer abandone el establecimiento de salud (no requerirá una visita adicional ni [en caso de la inserción postparto inmediato] un procedimiento adicional). ● Acción inmediata y versátil: Tiene acción prolongada y es reversible-se puede usar para prevenir el embarazo por un periodo corto de tiempo o por un periodo de hasta 12 años; la fertilidad retorna tan pronto como es extraído. Igualmente, comienza la prevención del embarazo inmediatamente después de la inserción. ● Reduce en general el riesgo de un embarazo ectópico (las usuarias del DIU tienen mucho menos probabilidades de tener un embarazo ectópico en comparación a las usuarias que no utilizan un método anticonceptivo); sin embargo si una mujer se embaraza cuando tiene un DIU insertado, tiene un riesgo mayor de tener un embarazo ectópico. |
| Información/instrucciones para la usuaria | Efectos secundarios | <ul style="list-style-type: none"> ● Los DIU de cobre (por ejemplo la T de cobre) no presentan “efectos secundarios hormonales” (como los efectos asociados con las inyecciones Depo Provera, implantes, la píldora), pero algunas veces causan un incremento en la cantidad, duración y dolor de los periodos menstruales. Estos síntomas usualmente se reducen y desaparecen durante los primeros meses posteriores a la inserción. ● Con frecuencia estos síntomas no son notorios para las mujeres postparto porque aún se están recuperando del embarazo y parto. Igualmente los periodos menstruales de las mujeres que están amamantando probablemente aún no han retornado. ● Si los efectos secundarios se convierten en un grave problema para la mujer, ésta debe retornar al establecimiento para recibir atención. |
| | Señales de alarma | <p>Las señales de alarma para las usuarias de los DIU, como se indica a continuación, indican que la mujer debe retornar al establecimiento lo antes posible para recibir atención urgente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Flujo vaginal maloliente (distinto a los loquios habituales) ● Dolor abdominal inferior, especialmente si va acompañado de malestar, fiebre y escalofríos ● Preocupaciones de que el DIU haya sido expulsado ● Señales de embarazo |
| | Extracción | <ul style="list-style-type: none"> ● La mujer puede solicitar la extracción del DIU en cualquier momento y por cualquier razón, debiendo ser realizada por un proveedor capacitado. La paciente debe retornar al establecimiento para la extracción a más tardar a los 12 años después de la inserción. Se puede insertar un nuevo DIU, si así lo desea. |

Consejos para la prestación de servicios de orientación específicos al método del DIUPP
Quién debe realizarla/cuándo:

Para ser más efectivos, la orientación sobre un método específico debe ser desarrollada (como un complemento a la educación/orientación sobre PFPP) cuando la paciente está embarazada durante el periodo prenatal si es posible, como parte de la atención de rutina, a cargo de un consejero capacitado o su proveedor de APN. Este enfoque es especialmente ventajoso para las mujeres que

Capítulo 5: Orientación y revisión inicial de las usuarias potenciales del DIUPP

han elegido anticonceptivos que se inician durante el periodo postparto inmediato o temprano, como es el caso de DIUPP, MELA o ligación de trompas. Esto permite:

- Múltiples oportunidades (potencialmente) para atender los problemas de la paciente y responder a sus preguntas antes de que ésta tome una decisión
- Una oportunidad para que la mujer discuta su decisión con su compañero, así como para extender la orientación hacia su compañero y/o otros miembros de la familia (si el proveedor o la mujer consideran que esto es importante)
- Amplio tiempo para la revisión inicial

Otras oportunidades:

- **Para una mujer que se presenta en el establecimiento para un servicio que no es de rutina:** Si una mujer está recibiendo servicios de evaluación o tratamiento por una complicación prenatal u otro problema, también puede recibir orientación sobre la PFPP/DIUPP. En realidad ésta es una buena oportunidad para discutir los beneficios del espaciamiento saludable de los embarazos (o la limitación de los mismos, si así se desea) tanto para la madre como para sus hijos. La mujer/pareja puede manifestarse especialmente interesada en formas de incrementar la probabilidad de un resultado positivo para un futuro embarazo.
- **Para una mujer que se presenta en el establecimiento para recibir atención de parto:** Si una mujer se encuentra en etapa temprana inactiva de trabajo de parto y no ha recibido orientación, el DIUPP sigue siendo una opción si el consejero o doctor puede prestar adecuada orientación sobre la PFPP. Debido a que la elección de un método anticonceptivo constituye en sí misma una decisión importante como para decidir en un periodo de tiempo tan corto, es importante que la mujer interesada en el DIUPP comprenda que no es permanente y que puede ser extraído en el momento que ella lo desee—y que puede cambiar su decisión en cualquier momento.
- En general, **una mujer NO debe recibir orientación por primera vez sobre el DIUPP durante el trabajo activo de parto.** El estrés que resulta del trabajo de parto hace difícil que en este momento la mujer pueda enfocarse lo suficiente sobre la información presentada para tomar una decisión informada sobre el método anticonceptivo.

Después de la orientación:

La **decisión de la mujer sobre la PFPP debe ser claramente documentada** en su tarjeta prenatal o registro médico (como se indica en la Figura 6). Esto es especialmente crítico en el caso de las mujeres que eligen el DIUPP (u otro método relacionado al trabajo de parto/parto) durante el periodo prenatal—alertando al personal de la sala de trabajo de parto y parto para que puedan tomar las medidas necesarias para prestar el método inmediatamente después de expulsión de la placenta (o en el periodo postparto temprano). Las anotaciones deben ser notorias para orientar a todos los proveedores de SMNI.

Evaluación de las usuarias potenciales del DIU

La evaluación de la prestación de los servicios de DIUPP debe ocurrir en **dos fases** (describen/ilustran en la siguiente página).

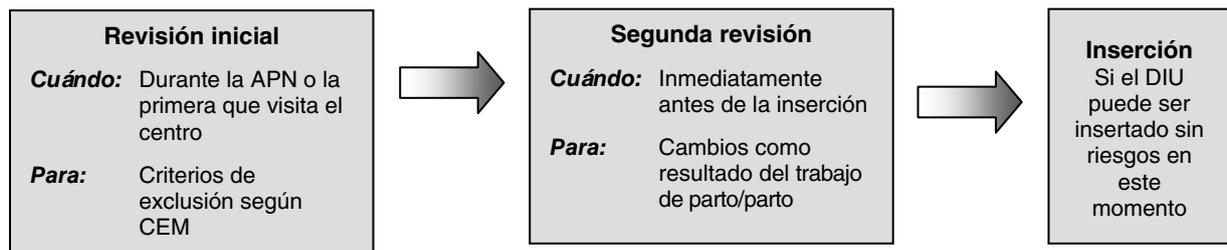
- La **revisión inicial** es una revisión general del historial médico de la paciente para identificar características específicas *existentes* y condiciones que permitan determinar su elegibilidad para el método.
- Una **segunda revisión** se realiza inmediatamente antes de la inserción (después de la expulsión de la placenta o dentro de las 48 horas posteriores al parto) a fin de evaluar las condiciones *resultantes* del trabajo de parto y del parto que pudiera tener un impacto en la decisión de insertar el DIU en este momento (ver Capítulo 6).

Figura 6. Documentación de la elección de la mujer sobre PFPP en el registro médico



Si se identifica alguna característica/condición, el proveedor y cliente deben evaluar los riesgos asociados al DIU frente a los riesgos correspondientes a un embarazo no deseado a fin de determinar si el DIU debe ser insertado en este momento.

Figura 7. Esquema de evaluación para las mujeres que eligen el DIUPP



Contenido de la revisión inicial de las usuarias potenciales del DIU

Los CEM de las OMC constituyen la base científica para la evaluación de las clientas con relación a los métodos de planificación familiar. Estos criterios presentan los lineamientos detallados para determinar si una mujer con una determinada condición puede usar con seguridad un determinado método de planificación familiar (Anexo C). Los CEM tienen cuatro categorías como se indica en la tabla 3.

Tabla 3. Categorías de elegibilidad medica de la OMS

| Categoría | Con evaluación clínica | Con evaluación clínica limitada |
|-----------|--|---------------------------------|
| 1 | Utilizar el método en toda circunstancia | Sí (Utilizar el método) |
| 2 | En general utilizar el método | |
| 3 | El uso del método usualmente no es recomendable a menos que no existan o no sean admisibles otros métodos más apropiados | No (No utilizar el método) |
| 4 | No utilizar el método | |

Capítulo 5: Orientación y revisión inicial de las usuarias potenciales del DIUPP

Durante la evaluación inicial, el proveedor intenta identificar las siguientes condiciones, destacadas en los CEM y servicios relevantes de DIUPP, las cuales hacen que DIU sea una elección inconveniente para esta mujer:

- Distorsión conocida de la cavidad uterina (útero septo, útero fibroide, etc.) (Categoría 4)
- Flujo purulento agudo(pus) (Categoría 4)
- Alta probabilidad individual de exposición a gonorrea o clamidia (Categoría 3)
- Enfermedad trofoblástica maligna o benigna (Categoría 4/3)
- SIDA, mala condición clínica o sin tratamiento antirretroviral (Categoría 3)

Consejos para la prestación de servicios de revisión inicial de las usuarias potenciales del DIU

Quién debe realizarla/cuándo:

- Nuevamente, de manera ideal, la revisión inicial debe ser realizada cuando la mujer está embarazada durante el periodo prenatal a cargo de su proveedor de APN. Sin embargo, en el caso de las mujeres que se presentan en el establecimiento para recibir atención para el parto, y que no han sido revisadas anteriormente, el médico debe ejercer su propio juicio clínico sobre la probabilidad de que existan características/condiciones que puedan hacer que el DIU sea una mala elección para ella o si existen razones médicas para descartar el método.
- Si una mujer acaba de experimentar un parto vaginal normal, vértex a término completo, es razonable asumir que no tiene distorsión de la cavidad uterina, enfermedad trofoblástica maligna o benigna, o que sufre de alguna enfermedad aguda debido a la falta de tratamiento del VIH/SIDA.
- Si no reporta cervicitis purulenta en el último trimestre del embarazo, es razonable asumir que no tiene un caso de clamidia o gonorrea no diagnosticado. Al igual que la revisión para el DIU después de un intervalo, es razonable administrar el DIU a la mujer sin la evaluación previa de ITS.

Después de la evaluación inicial:

- **Si NO se identifican criterios de exclusión**, el proveedor debe aconsejar a la mujer que es seguro insertar el DIU postparto, siempre y cuando los resultados de la segunda revisión también sean favorables. Enseguida el proveedor debe:
 - Ofrecer orientación adicional, según sea apropiado.
 - Discutir y decidir/confirmar el momento oportuno de la inserción, recordando a la mujer que las inserciones en el postparto inmediato (posplacenta/intracésarea) se asocian con menos problemas en comparación a las pacientes que reciben el dispositivo posteriormente, dentro de las 48 horas.
 - Obtener el consentimiento verbal.
 - Responder cualquier pregunta que pueda tener.
- **Si se identifica ALGÚN criterio de exclusión**, el proveedor debe explicar la razón por la cual el DIU no puede ser insertado y asistir a la mujer en la elección de otro método (o en el caso de las condiciones que corresponden a la Categoría 3, asistirle en la evaluación de las ventajas y desventajas de utilizar este método versus otro método). El Anexo B ofrece información adicional sobre otras opciones de PFPP.

6. Inserción postparto del DIU: Un proceso

El principal elemento de los servicios de DIUPP es la inserción de un DIU, dentro de los 10 minutos de la expulsión de la placenta o hasta 48 horas después del parto. Debido a que la inserción del DIUPP se produce en el contexto de otros eventos importantes de salud, resulta útil pensar que la inserción no es solamente un procedimiento clínico, sino todo un proceso totalmente integrado con la atención intraparto, postparto y neonatal—que se produce en diferentes etapas:

- Comienza con la **confirmación** (de la *decisión*) en el sentido de que la mujer todavía desea el DIUPP;
- Continúa con la **segunda revisión** de la mujer, para verificar que no existan condiciones resultantes del trabajo de parto y parto que puedan hacer que la inserción del DIU no sea segura en este momento, seguida por otra **confirmación** (de que la paciente *está preparada*); y la **inserción** del DIU en el periodo postparto inmediato (posplacenta/intracésarea) o postparto temprano, según sea apropiado;
- Termina con una **orientación después de la inserción**.

Cómo y cuándo estas diferentes etapas del proceso se llevan a cabo dependerá de una variedad de factores, entre ellos las preferencias de la mujer y los servicios que ha recibido hasta el momento, las habilidades del proveedor y las políticas y capacidades del establecimiento de salud. El **tratamiento respetuoso** de la mujer y su familia y la observancia de **estándares mundiales para la prevención de infecciones** como parte integral del proceso de inserción del DIUPP, al margen de la manera en que se desarrolle este proceso.

Confirmar la elección/preparación de la usuaria potencial del DIUPP

Antes de realizar la inserción del DIU en el postparto, el proveedor debe confirmar si la paciente todavía desea proceder con la inserción: una vez antes de comenzar el trabajo de parto activo, de ser posible y nuevamente inmediatamente antes del procedimiento.

- La **primera confirmación** es especialmente importante si la mujer elige el DIUPP *antes* de presentarse para el trabajo de parto y la atención de parto (es decir durante el periodo prenatal) para asegurar que no haya cambiado de opinión; asimismo, le da al personal de la sala de parto suficiente tiempo para prepararse para el procedimiento, por ejemplo para la verificación de que existe un DIU disponible en la sala y para recolectar los suministros y equipos necesarios (Anexo D). La confirmación de la elección anticonceptiva de la mujer es una cuestión de respeto, así como una oportunidad para que la paciente pueda hacer preguntas que todavía pueda tener y para que el proveedor pueda orientarla como sea necesario.
- La **segunda confirmación** sucede después de la segunda evaluación, la cual se realiza después del parto pero inmediatamente antes de la inserción del DIU postparto. El proveedor explica a la paciente que está a punto de insertar un DIU, brevemente explica en qué consistirá el procedimiento y verifica si la mujer está lista (confirmando de esta manera si desea un DIU).

Segunda revisión de la usuaria potencial del DIU

El propósito de la segunda revisión es verificar que el proceso del trabajo de parto y parto no haya generado una situación crítica por la cual la inserción del DIUPP no sea recomendable.

Capítulo 6: Inserción postparto del DIU: Un proceso

Específicamente después de la expulsión de la placenta, se debe evaluar a la mujer con relación a la existencia de:

- Corioamnioitís (se discute en mayor detalle a continuación)
- Endometriosis/metriosis postparto (Categoría 4)
- Sepsis puerperal (Categoría 4)
- Más de 18 horas desde la ruptura de las membranas hasta el nacimiento del bebé (se discute en mayor detalle a continuación)
- Hemorragia postparto no resuelta (se discute en mayor detalle a continuación)
- Traumatismo genital extensor, cuya reparación se interrumpiría con la colocación del DIU postparto (se discute en mayor detalle a continuación)

El Anexo E presenta una guía descriptiva para la segunda revisión. **Cabe señalar que las condiciones mencionadas a continuación no son cubiertas por los CEM de la OMS con relación al uso del DIU. Sin embargo, se consideran exclusiones y precauciones sobre la base de estudios clínicos y la opinión de expertos.**

1. **Corioamnionitis** es una infección que puede ocurrir cuando hay ruptura de membranas y filtración del fluido amniótico. El principio para el manejo de esta infección es proceder con el parto del feto, con lo cual se libera de la infección transmitida por la madre. Por ello, se administran antibióticos y se procede con el nacimiento del feto lo más pronto posible. No se necesitan antibióticos adicionales después de un parto vaginal normal en una mujer con corioamnionitis ya que la infección ha sido atendida. Sin embargo, la inserción del DIU no es recomendable (Categoría 3) ya que la mujer se encuentra en un riesgo mayor de infección puerperal.

Diagnóstico de corioamnionitis
La corioamnionitis es una infección intra-amniótica de las membranas placentarias y del líquido amnióticos antes o durante el trabajo de parto que se caracteriza por:

 - Temperatura de 38°C
 - Dolor abdominal

MÁS una de las siguientes:

 - Sensibilidad en el útero
 - Olor desagradable de líquido amniótico
 - Taquicardia fetal (>160 PPM)
2. **La ruptura prematura de las membranas (RPM) por más de 18 horas antes del parto** se presenta como un criterio de exclusión en la mayoría de estudios investigativos sobre los DIUPP. Debido a que la RPM incrementa el riesgo de la mujer de contraer una infección uterina postparto o sepsis puerperal, la inserción del DIU no es recomendable (Categoría 3). Sin embargo, no existe evidencia sustantiva o definitiva para este criterio de exclusión, y por lo tanto queda abierto a revisión.
3. **La hemorragia postparto no resuelta** puede hacer que la inserción del DIU sea físicamente difícil; e igualmente existe la posibilidad de que el flujo de la hemorragia desplace el DIU. Asimismo, el proveedor se debe concentrar en atender la causa del sangrado y estabilizar a la mujer, y no tanto en la inserción del DIU. Por estas razones, no se debe insertar un DIU (Categoría 4). El DIU puede ser insertado una vez que la hemorragia haya sido controlada y la mujer se encuentre en condiciones estables.
4. **El traumatismo genital extenso** provocado por el parto no significa que una mujer no pueda recibir un DIU en este momento pero, *afectará* la manera en que el proveedor aborde la inserción.

- Si se determina que la mujer tiene traumatismo genital sustancial **inmediatamente después de la expulsión de la placenta**, se recomienda realizar una inserción instrumental o manual **antes de iniciar la reparación de las laceraciones/episiotomía**. En este caso, el proveedor debe cubrir la pared posterior de la vagina con una toalla o una cantidad sustancial de gasas a fin de limitar la posibilidad de contaminación y evitar la contaminación del DIU durante la inserción.
- Si se determina que la mujer tiene traumatismo genital sustancial mientras se le evalúa **durante el periodo de postparto temprano** (dentro de las 48 horas del parto), el proveedor debe tener cuidado especial al ejecutar la inserción a fin de asegurar que no se alteraran las reparaciones realizadas anteriormente.

Quién debe realizarla/cuándo

La segunda revisión se debe realizar inmediatamente antes de la inserción del DIU con la persona que ejecutará el procedimiento (es decir el proveedor que atenderá el parto).

- Si se ha previsto una **inserción posplacenta**, la segunda evaluación se debe realizar durante la segunda etapa del trabajo de parto de modo que la inserción pueda completarse inmediatamente después del manejo activo de la tercera etapa de parto y la expulsión de la placenta sin ningún retraso.
- Si se ha previsto una **inserción intracésarea** la segunda evaluación se debe realizar durante las actividades pre-operatorias.
- Si se ha previsto una **inserción postparto** para el primer día postparto (o segundo día, si no es posible en el primer día), la segunda evaluación se debe realizar durante la evaluación inicial postparto.

Después de la segunda revisión

- **Si NO se identifican criterios de exclusión**, entonces el proveedor debe aconsejar a la mujer que es seguro proceder con la inserción del DIU y proceder con las preparaciones para dicha inserción.
- **Si se identifica ALGÚN criterio de exclusión**, el proveedor debe explicar la razón por la cual no se puede insertar el DIU y asistir a la mujer a elegir otro método, *por lo menos temporal*, (o para las condiciones de la Categoría 3, asistirle en la evaluación de las ventajas y desventajas de usar este método versus otros métodos). El Anexo B ofrece información adicional sobre otras opciones de PFPP. **Igualmente:**
- Debe quedar claro que la situación identificada en la segunda evaluación es una situación clínica temporal y que si la paciente aún desea el DIU como su método de planificación familiar postparto, le puede ser suministrado a la semana 4.
 - Se deberá programar una cita postparto para la paciente entre las semanas 4–6.

Prevención de infecciones durante la inserción del DIUPP^d

Los objetivos clave de la prevención de infecciones durante la inserción del DIUPP consisten en reducir el riesgo de una infección asociada a la técnica de inserción del dispositivo y a la transmisión de enfermedades asociadas al establecimiento hospitalario hacia las clientas de

^dDebido a que es probable que los proveedores conozcan bien los principios básicos de la prevención de infecciones, en esta sección se revisan únicamente prácticas que son esenciales para garantizar la prestación segura de los servicios de DIUPP. El Anexo F ofrece información adicional sobre la prevención de infecciones.

Capítulo 6: Inserción postparto del DIU: Un proceso

DIUPP, así como la protección del personal de la salud de todos los niveles frente a la exposición a la enfermedad. Para alcanzar estos objetivos, los proveedores de los servicios y el personal de atención médica:

- Implementan Precauciones Estándar
- Utilizan la técnica aséptica/“no tocar” (página 32) durante cada inserción DIUPP
- Utilizan equipos desinfectados a alto nivel (DAN)/esterilizados, eliminando apropiadamente todos los residuos después de cada procedimiento.

Estas medidas se aplican en el entorno apropiado, llevando el personal y las clientas la vestimenta apropiada (Tabla 4)—tal como se describe a continuación y se resume en el Anexo F.

Tabla 4. Entorno apropiado y vestimenta para la prevención de infecciones durante la inserción del DIUPP

| Cuándo | Entorno | Vestimenta del personal |
|---------------------------|---|---|
| Posplacenta | Sala de parto, la misma cama utilizada para el trabajo de parto y parto | <ul style="list-style-type: none">● Equipo de protección personal apropiado para el parto vaginal (por ejemplo batas impermeable o batas con manga larga y delantales de jebe, protección para ojos y boca); guantes hasta los codos para la inserción manual● No es necesario cambiar los guantes esterilizados antes de la inserción sino se han contaminado |
| Intraceseárea | Sala de operaciones, mesa de procedimientos | <ul style="list-style-type: none">● Equipo de protección personal● No es necesario cambiar los guantes esterilizados antes de la inserción sino se han contaminados |
| Postparto temprano | Sala de procedimiento clínico, mesa de procedimiento | <ul style="list-style-type: none">● Los brazos del personal médico deben estar cubiertos por una bata de manga larga● El uso de protección para ojos y boca es opcional● Cuando se usa la técnica “no tocar”, es suficiente llevar guantes de examen limpios |

Inmediatamente antes de la inserción del DIUPP

- Verificar si tiene disponibles y listos todos los instrumentos y suministros (Anexo D).
- Verificar que el empaque del DIU no esté abierto o dañado y revisar la fecha de expiración. (Al margen del momento o entorno de la inserción, el empaque del DIU no debe ser abierto hasta que se tome la decisión final de insertar el dispositivo).
- Abrir y acomodar todo el instrumental esterilizado y suministros sobre una superficie seca y esterilizada (campo esterilizado) como por ejemplo un campo/toalla o bandeja de metal. **Es necesario prestar atención particular inmediatamente después del parto a fin de garantizar un campo adecuado de esterilización. El uso de una mesa adicional es recomendable para evitar la contaminación cruzada, con el instrumental utilizado durante el parto.**
- Mantener el DIU en un costado del campo esterilizado.

- Para la inserción en el postparto temprano, lavar o pedir a la mujer que se lave el área del perineo con agua y jabón antes de preparar la vagina y el cuello uterino para comenzar la inserción. **Si se realiza inmediatamente después del parto, limpiar el área del perineo suavemente con una gasa esterilizada o toalla en ausencia de contaminación fecal que sea obvia y evidente.**

Nota: La preparación antiséptica de la vulva, perineo y área perirectal no es necesaria. Asimismo, no existe evidencia de que el afeitarse el área genital para el parto o inserción del DIUPP disminuya la tasa de infección.

- Coloque una toalla seca y esterilizada sobre el abdomen de la mujer, justo debajo de la sínfisis púbica. Esto protegerá la mano no dominante del proveedor de toda contaminación mientras aplica presión ascendente para “elevar” el útero.
- Si cuenta con otra toalla seca y esterilizada, colocarla entre el área genital de la mujer y la superficie de la mesa de examen para comodidad de la paciente y minimizar el riesgo de contaminación de los instrumentos esterilizados y del DIU durante la inserción.
- Lavarse bien las manos con agua y jabón, luego secarlas con una toalla seca y limpia o al aire.
- Ponerse guantes quirúrgicos esterilizados o de DAN en ambas manos. **Recuerde utilizar guantes a la altura de los codos para la inserción vaginal manual (versus la inserción intracavaria).**
- Utilizar una gasa esterilizada o una esponja/pinza de anillos o su equivalente, aplicar un agente antiséptico con base de agua apropiada sobre la vagina y el cuello uterino dos o más veces antes de la inserción del DIU. Limpiar desde la parte interna de la abertura del cuello uterino hacia afuera.
 - Los antisépticos para el tracto genital inferior comúnmente más utilizados son: yodóforos como povidona yodada y cloroexidina. Si utiliza un yodóforo, deje 1–2 minutos antes de proceder con el procedimiento después de la aplicación. Los yodóforos como la povidona yodada requieren “tiempo” de contacto.
 - No use alcohol como un antiséptico en el tracto genital inferior. No solamente es doloroso para la paciente, sino que en realidad puede incrementar el riesgo de infección al secar y dañar la vagina y la mucosa cervical.
- Si los guantes esterilizados se contaminan durante el proceso de aplicación antiséptica, cambiarlos por un par nuevos antes de proceder a la inserción.

Durante la inserción del DIU (según sea aplicable)

- Recuerde que los guantes que han sido utilizados para tocar el perineo o vagina están contaminados y ya no se les considera esterilizados.
- Comience por retirar el DIU del empaque esterilizado y durante todo el procedimiento utilice la técnica “**no tocar**” a fin de reducir el riesgo de contaminar la cavidad uterina. El uso de esta técnica durante la inserción del DIUPP significa que el DIU:
 - Se toca solamente con guantes esterilizados no contaminados y equipo esterilizado.
 - No debe tocar el campo de las nalgas, perineo, paredes vaginales o las hojas del espejo (o cualquier otra superficie no esterilizada que pueda contaminarlo).

Capítulo 6: Inserción postparto del DIU: Un proceso

- Si no se logra la colocación exitosa en el fondo, o si el DIU se desprende o retira, y se tiene pensado un “intento de repetición”, se puede reinsertar el mismo DIU siempre y cuando no se haya contaminado. Si se ha producido una posible contaminación del DIU, se debe utilizar un dispositivo nuevo de un empaque esterilizado; igualmente, es posible que sea necesario una nueva aplicación de antiséptico.

Después de la inserción del DIU

- Antes de retirar los guantes:
 - Coloque todos los instrumentos utilizados en una solución clorada al 0,5% durante 10 minutos para la descontaminación, si ya no se ha hecho.
 - Elimine todos los materiales de desperdicio (por ejemplo algodones y gasas) colocándolos en un contenedor a prueba de filtraciones (con una tapa bien ajustada) o en una bolsa plástica.
 - Sumerja ambas manos enguantadas en una solución clorada al 0,5%.
- Retire los guantes volteándolos al revés.
- Elimine los guantes colocándolos en un contenedor a prueba de filtraciones o en una bolsa plástica.
- Lave bien las manos con agua y jabón; séquelas con una toalla limpia y o al aire.
- Cuando se haya retirado a la paciente, limpiar la mesa de procedimientos con una solución clorada al 0,5% para descontaminarla.
- Verificar que todos los instrumentos, guantes y otros productos reusables sean procesados en mayor detalle de acuerdo a las prácticas recomendadas para la prevención de infecciones (Anexo F).

Técnica clínica para la inserción del DIUPP

En esta sección presentamos lineamientos detallados sobre los cuatro tipos de inserción de los DIUPP: durante el periodo postparto inmediato: inserción posplacenta (1) instrumental o (2) manual; (3) inserción cesárea (manual) (4) inserción postparto temprano (instrumental).^e **El objetivo de los cuatro tipos de inserciones es colocar el DIU de manera segura, reduciendo el riesgo de una expulsión espontánea.**

Inserción posplacenta instrumental

La inserción posplacenta instrumental del DIU se realiza inmediatamente después de la expulsión de la placenta, típicamente dentro de 10 minutos, utilizando pinzas Kelly o de anillos. La mujer ha recibido orientación y se le ha preparado antes de comenzar el trabajo de parto activo, de preferencia durante el periodo prenatal. La mujer se encuentra en la sala de trabajo de parto/parto y aún no se ha levantado de la

Consejos para reducir la expulsión espontánea

Momento oportuno:

- Recomiende las inserciones posplacenta e intracesárea, por sus tasas de expulsión más bajas.

Técnica correcta/Instrumental:

- “Eleva” el útero para enderezar su segmento inferior.
- Usar un instrumento lo suficientemente rígido para manipular el ángulo vagino-uterino, y lo suficientemente largo para llegar al fondo (pinzas Kelly o de anillos).
- Si se usa un instrumento:
 - Mantenerlo cerrado hasta llegar al fondo.
 - Moverlo hacia el costado después de colocar el DIU.
 - Mantener el instrumento abierto al retirarlo.
- Confirmar la colocación apropiada del DIU.

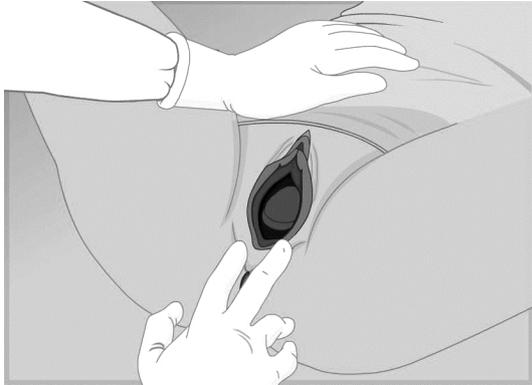
^eEn el paquete de recursos para el aprendizaje que acompaña a este manual, se han incluido Listas de observación por cada uno de los procedimientos de inserción, las cuales se pueden utilizar para el aprendizaje y ejercicios de evaluación.

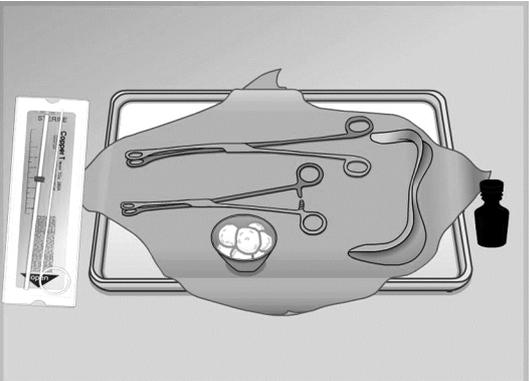
cama de parto. Se encuentra estable en posición de litotomía después del parto o asume esta posición si se ha utilizado otra posición alterna para el parto. La inserción se realiza inmediatamente después del manejo activo de la tercera etapa de parto y de la expulsión de la placenta. Estos pasos se describen en mayor detalle en la Tabla 5 y se resumen en el Anexo G.

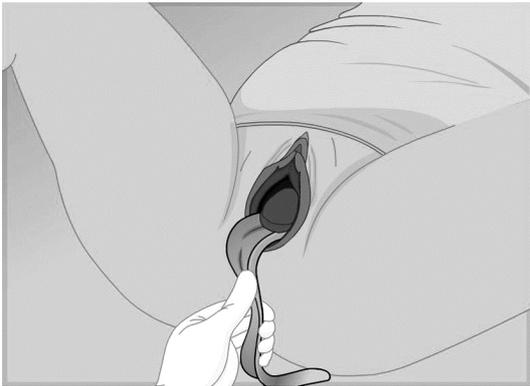
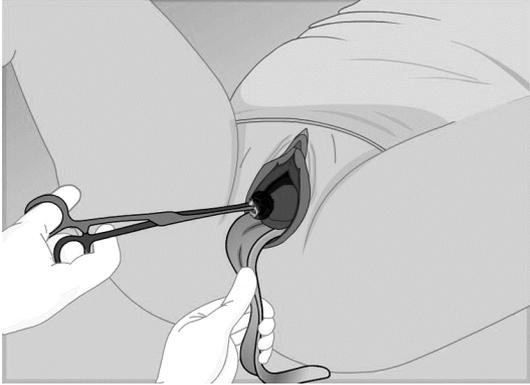
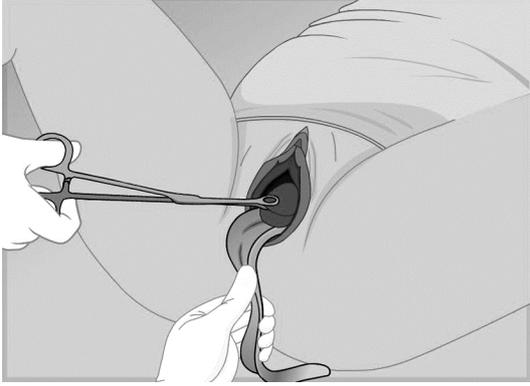
Tabla 5. Inserción posplacenta del DIU utilizando pinzas

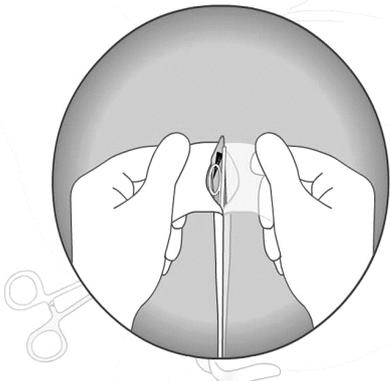
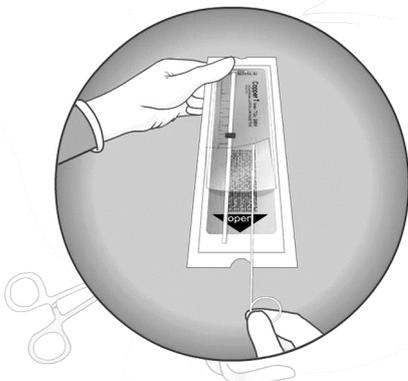
| Tareas a completar antes del trabajo del parto activo y del parto | | |
|---|---|--|
| No. | Paso | Explicación/Guía adicional |
| Pasos 1–5 | Verificar que la mujer haya elegido la inserción de un DIU en el postparto inmediato y que éste sea el método apropiado para ella. | |
| 1. | Revisar el expediente médico de la mujer para verificar que haya elegido el DIUPP. | <i>Antes de acercarse a la cama de la paciente, el proveedor revisa el registro médico, si la paciente ha elegido el DIUPP, verifica que la paciente:</i> |
| 2. | Verificar que la mujer haya recibido orientación apropiada y se le haya revisado para la inserción del DIUPP. | <ul style="list-style-type: none"> ● Haya recibido educación/orientación sobre la PFPP e información detallada sobre el DIUPP. ● Haya pasado por una revisión para identificar características y condiciones que pudieran hacer del DIU una mala elección anticonceptiva (de acuerdo a los CEM de la OMS). |
| 3. | Saludar a la mujer con amabilidad y respeto. |  |
| 4. | Explicar que se procederá a insertar el DIU inmediatamente después del parto del bebé y de la expulsión de la placenta (si es necesario recordarle que éste es el mejor momento para hacerlo). Confirmar con la paciente si todavía desea el DIUPP. | |
| 5. | <p>Responda todas las preguntas que la paciente pueda tener, hágala sentir bien, según sea necesario (ofrezca orientación según sea necesario).^f</p> <p>Nota: Los mensajes clave que pueden ser apropiados en este momento son:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● La inserción inmediata es la mejor. ● Puede cambiar de opinión en cualquier momento. ● El DIU puede ser extraído en cualquier momento con retorno inmediato a la fertilidad. | |
| Pasos 6, 7 | Verificar que estén disponibles y listos para usar los suministros/equipos y el DIU sellado. | |
| 6. | Una vez que la mujer haya confirmado que desea el DIUPP, obtener un paquete/bandeja de inserción (o reunir el instrumental esterilizado, suministros, fuente de luz apropiada) para el procedimiento. | <i>El proveedor debe asegurar que todos los artículos necesarios estén disponibles para usar de modo que no incurra en demoras innecesarias después de la expulsión de la placenta. Mantener la bandeja envuelta/cubierta hasta después del nacimiento del bebé.</i> |

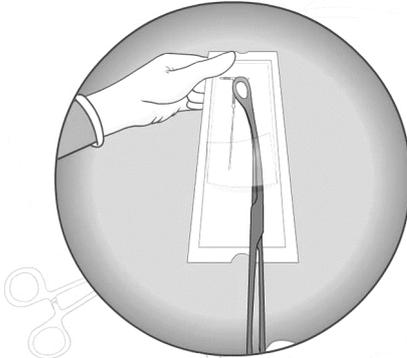
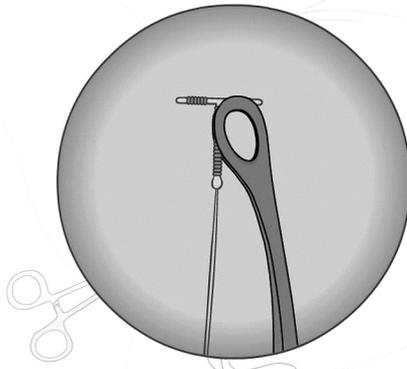
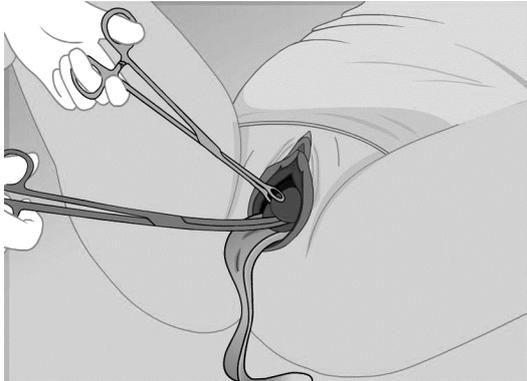
^f Si la mujer no ha recibido una revisión eficiente, todavía puede recibir el DIUPP. Si la mujer tiene un embarazo y parto sin incidentes, es poco probable que tenga alguna de las condiciones que excluirían el DIU como una opción. Según la revisión se concentran los problemas más críticos.

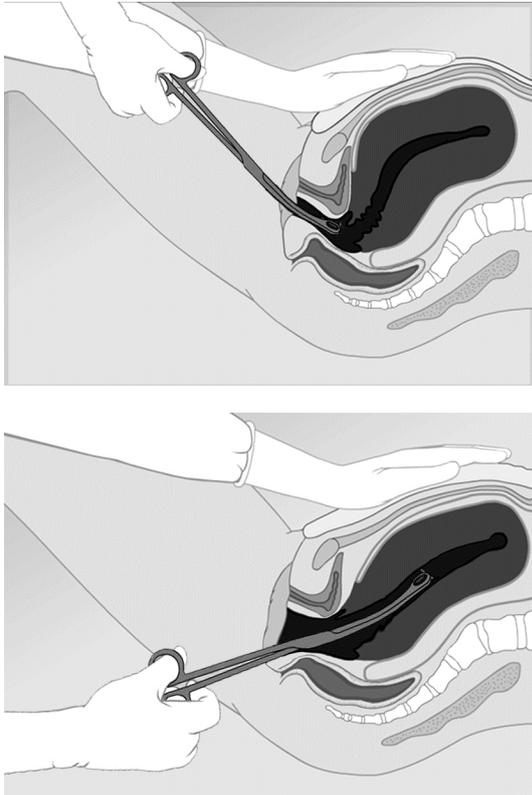
| Tareas a completar antes del trabajo del parto activo y del parto | | |
|---|--|---|
| No. | Paso | Explicación/Guía adicional |
| 7. | Obtener un DIU esterilizado; mantener el empaque sellado hasta inmediatamente antes de la inserción. | <i>El empaque debe mantenerse sellado para conservar su esterilidad hasta que sea absolutamente definitivo que se insertará el DIU (es decir, después de la segunda revisión de la paciente y de su confirmación final).</i> |
| Pasos 8–11 | Realizar el manejo activo de la tercera etapa de parto y la segunda revisión. | |
| 8. | Después del trabajo de parto y del parto (incluyendo el manejo activo de la tercera etapa de parto), revisar si existen condiciones asociadas al parto que puedan impedir la inserción del DIU en este momento: <ul style="list-style-type: none"> ● Ruptura de las membranas por más de 18 horas ● Corioamnionitis ● Hemorragia postparto no resuelta <p>[Se discuten en mayor detalle en las páginas 28–30; ver también el Anexo G.]</p> |  <p>Recuerden: El manejo activo de la tercera etapa de parto se debe realizar como de costumbre para prevenir la hemorragia postparto. Los procesos del manejo activo de la tercera etapa del trabajo de parto y la inserción del DIU posplacenta no interfieren mutuamente.</p> |
| 9. | Antes de continuar con la segunda revisión, aplicar medidas apropiadas para la prevención de infecciones: <ul style="list-style-type: none"> ● <u>El proveedor que atiende el parto e inserta el DIU no necesita cambiar de guantes.</u> ● <u>El proveedor que no atendió el parto pero inserta el DIU</u> debe verificar que se haya completado el manejo activo de la tercera etapa de parto, y realizar luego la higiene de manos colocándose después guantes esterilizados o DAN. | <p><i>Si el mismo proveedor atiende el parto y la inserción de DIU, no se necesita nuevos guantes porque el DIU es sostenido con las pinzas Kelly dentro del empaque. Por ello, el proveedor nunca toca el DIU (utiliza la técnica “no tocar”).</i></p> <p><i>Sin embargo, si un diferente/nuevo proveedor realiza la inserción del DIU, dicho proveedor debe realizar la higiene de manos y colocarse un nuevo par de guantes esterilizados o DAN.</i></p> |
| 10. | Inspeccionar el perineo, labios y paredes vaginales para determinar si hay laceraciones. <ul style="list-style-type: none"> ● Si hay laceraciones y están sangrando, aplicar presión en las áreas de sangrado para detener el sangrado y proceder con el procedimiento de inserción del DIU. ● Reparar las laceraciones, si es necesario, después del procedimiento. <p>[Se discute en mayor detalle en las páginas 28–30]</p> |  <p><i>El proveedor no necesita postergar la inserción para reparar laceraciones menores.</i></p> |

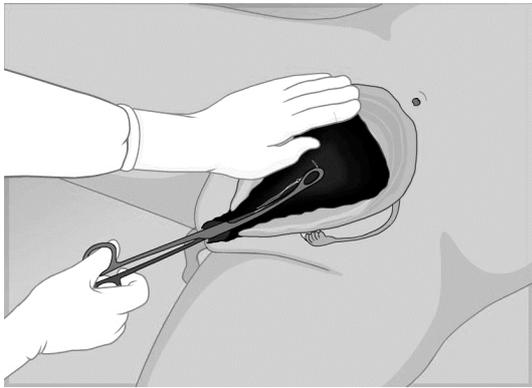
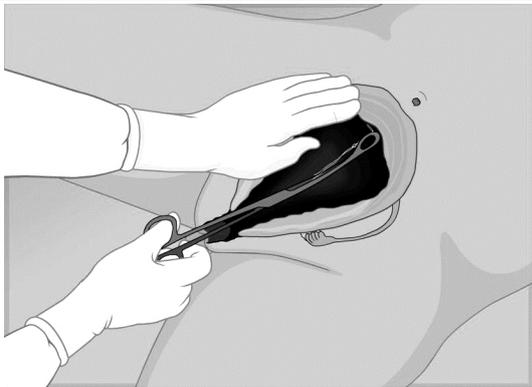
| Tareas a completar antes del trabajo del parto activo y del parto | | |
|---|---|--|
| No. | Paso | Explicación/Guía adicional |
| 11. | Si existe alguna de estas condiciones, hablar con la paciente y explicarle que éste no es un momento seguro para realizar la inserción del DIU. Aconsejarle y ofrecerle otro método de PFPP según sea apropiado. | <i>Las mujeres que no pueden recibir el DIU en este momento pueden hacerlo en el Día 1 postparto o Día 2. De otra forma, aconsejar a la mujer para que regrese a las 4 semanas postparto para la reevaluación y posible inserción del DIU y/o asistirle en la elección de otro método de PFPP.</i> |
| Pasos 12, 13 | Dejar saber a la mujer que está a punto de insertar el DIU, si le parece aceptable y organizar los instrumentos/suministros. | |
| 12. | Si la segunda revisión no ha revelado condiciones que puedan contraindicar la reinserción del DIU en este momento, verificar si la mujer está lista para la inserción. Responder cualquier pregunta que pueda tener; hacerle sentir cómoda, según sea necesario. |  <p><i>Al igual que es importante hablar con la paciente y brindarle apoyo durante el trabajo de parto y parto, es importante continuar con estos comportamientos durante todo el procedimiento de inserción del DIU.</i></p> |
| 13. | <p>Abrir el paquete/bandeja del DIUPP y acomodar los instrumentos y suministros de inserción en el campo esterilizado. Mantener el DIU en el empaque esterilizado al lado del campo.</p> <p>Colocar una toalla seca y esterilizada sobre el abdomen de la mujer.</p> |  <p><i>Para prevenir infecciones es crítico que todos los instrumentos y suministros hayan sido adecuadamente procesados y protegidos en un campo esterilizado. El DIU debe estar al costado porque se encuentra en un empaque cuyo exterior no ha sido esterilizado. La toalla esterilizada que se encuentra sobre el abdomen de la mujer protegerá la mano del proveedor de la contaminación durante la “elevación” del útero.</i></p> |
| Pasos 14–16 | Preparar la vagina y el cuello uterino de la mujer para la inserción. | |

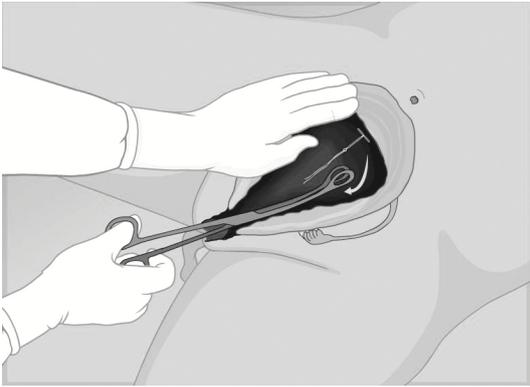
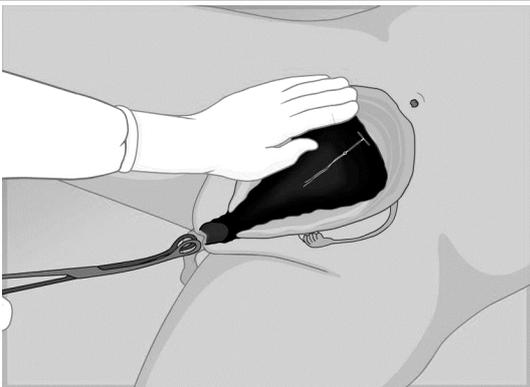
| Tareas a completar antes del trabajo del parto activo y del parto | | |
|---|--|--|
| No. | Paso | Explicación/Guía adicional |
| 14. | Insertar con delicadeza el espejo Simms y visualizar el cuello uterino haciendo presión sobre la pared posterior de la vagina. (Nota: Si el cuello uterino no se puede ver fácilmente, aplicar presión sobre el fondo para que el cuello uterino descienda y se pueda ver). |  <p><i>El proveedor sostiene el espejo Simms u otro espejo apropiado con su mano izquierda (o mano no dominante) y lo utiliza para visualizar el cuello uterino.</i></p> <p><i>Usualmente no es necesario tener un asistente para sostener el espejo, pero si el proveedor está teniendo dificultad, un asistente puede utilizar el retractor para visualizar delicadamente el cuello uterino.</i></p> |
| 15. | Limpiar el cuello uterino y la vagina con una solución antiséptica, utilizando dos gasas diferentes (una gasa por vez). |  <p><i>Utilizando betadina o clorexadina, limpiar con cuidado el cuello uterino y los bordes de la vagina. Esto permite evitar una infección.</i></p> |
| 16. | Sostener delicadamente el labio anterior del cuello uterino con las pinzas de anillos (el espejo puede ser retirado en este momento, si es necesario). Suelte las pinzas sin dejar de sujetar el cuello uterino. |  <p><i>Las mismas pinzas de anillos que se utilizaron para limpiar el cuello uterino y los bordes de la vagina se pueden utilizar para sostener el labio anterior del cuello uterino y aplicar su tracción leve.</i></p> |
| Pasos 17–19 | Abrir el empaque y retirar el DIU. | |

| Tareas a completar antes del trabajo del parto activo y del parto | | |
|---|--|--|
| No. | Paso | Explicación/Guía adicional |
| 17. | <p>Abrir el empaque esterilizado del DIU por la parte inferior, tirando hacia atrás de la cobertura de plástico aproximadamente un tercio de la dimensión total.</p> |  <p><i>El uso de la técnica “no tocar” para retirar el DIU del empaque (pasos 17 a 19) permite garantizar que el DIU continúe perfectamente esterilizado durante todo el procedimiento de inserción.</i></p> |
| 18. | <p>Retirar todo menos el DIU del empaque:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Sostener el empaque del DIU por el lado sellado con la mano no dominante, estabilizarlo dentro del empaque presionándolo entre los dedos y el pulgar de la mano no dominante-a lo largo del empaque. ● Con la otra mano, retirar el émbolo, tubo de inserción y tarjeta del empaque. |  <p><i>El émbolo y tubo de inserción no son necesarios para la inserción postparto del DIU. La tarjeta no será necesaria hasta después.</i></p> |

| Tareas a completar antes del trabajo del parto activo y del parto | | |
|---|---|---|
| No. | Paso | Explicación/Guía adicional |
| Pasos 17–19 | Abrir el empaque y retirar el DIU (cont.). | |
| 19. | Con su mano dominante, utilizar las pinzas placentarias para sostener el DIU dentro del empaque esterilizado. |  <p>Como se indica a continuación, el DIU debe ser sostenido apenas por el borde de las pinzas placentarias de modo que pueda ser liberado fácilmente cuando abra las pinzas en el fondo uterino.</p>  |
| Pasos 20, 21 | Insertar con cuidado el DIU utilizando la técnica “no tocar”. | |
| 20. | Levantar suavemente el labio anterior del cuello uterino utilizando las pinzas de anillos, hasta la marca número 1. | Al levantar el labio anterior se abre el orificio cervical permitiendo que pase el DIU. |
| 21. | <ul style="list-style-type: none"> ● Tratando de no tocar las paredes de la vagina, insertar las pinzas placentarias—las cuales están sosteniendo el DIU—a través del cuello uterino y hacia la cavidad uterina inferior. ● Mover delicadamente el DIU hacia el útero, hasta llegar a un punto donde exista la resistencia leve contra la pared posterior del segmento inferior del útero. Verificar que se mantenga las pinzas placentarias firmemente cerradas. ● Bajar las pinzas de anillos y lentamente retirarlas del cuello uterino; dejarlas en el campo esterilizado. |  <p>Limitar el grado de contacto entre el DIU y las paredes vaginales permite prevenir infecciones. Al mantener las pinzas placentarias firmemente cerradas permite evitar soltar el DIU en la cavidad media durante la inserción. Las pinzas se colocan en el campo estéril en caso de que sea necesario utilizarlas nuevamente.</p> |

| Tareas a completar antes del trabajo del parto activo y del parto | | |
|---|--|--|
| No. | Paso | Explicación/Guía adicional |
| Pasos 22–24 | “Eleva” el útero y avanzar las pinzas placentarias hacia el ombligo para manipular el ángulo vagino-uterino hasta llegar al fondo. | |
| 22. | <p>“Eleva” el útero:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Colocar la base de su mano no dominante sobre el segmento inferior del útero (línea intermedia, justo por encima del hueso púbico con los dedos apuntando hacia el fondo). ● A través de la pared abdominal, hacer presión sobre todo el útero superior (en dirección a la cabeza de la mujer). ● Mantener esta posición para estabilizar el útero durante la inserción. | <p><i>Esta maniobra, que eleva el útero se realice para estabilizar el ángulo entre el útero y la vagina de modo que el instrumento pueda pasar fácilmente hacia el fondo uterino.</i></p>  |

| Tareas a completar antes del trabajo del parto activo y del parto | | |
|---|---|--|
| No. | Paso | Explicación/Guía adicional |
| Pasos 22–24 | “Eleva” el útero y avanzar las pinzas placentarias hacia el ombligo para manipular el ángulo vagino-uterino hasta llegar al fondo (cont.). | |
| 23. | <p>Manteniendo las pinzas cerradas avanzar el DIU:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Moviéndolo delicadamente hacia arriba en dirección del fondo, en un ángulo que apunta hacia el ombligo. ● Bajar la mano dominante (que sostiene el DIU/pinzas), de modo que las pinzas puedan pasar fácilmente a través del ángulo vagino-uterino. ● Siguiendo el contorno de la cavidad uterina. <ul style="list-style-type: none"> ● Si se siente resistencia significativa antes de llegar al fondo el proveedor debe intentar reposicionar el útero (nuevamente) presionándolo ligeramente hacia arriba y reintentar avanzar el instrumento. |  <p><i>El proveedor mueve el instrumento hacia arriba dentro del útero, siguiendo un arco en dirección al ombligo, para manipular el ángulo entre la vagina y el útero con mayor facilidad. Aun cuando el ángulo se ha reducido por la “elevación” del útero (Paso 22), la inserción todavía requiere de la aplicación de una técnica cuidadosa.</i></p> <p>Nota: Durante esta parte del procedimiento, el proveedor debe (1) tener cuidado de no aplicar excesiva fuerza (si no lo hace cuidadosamente, podría perforar la pared posterior del útero); y (2) siempre mantener el instrumento cerrado para que el DIU no se desprenda inadvertidamente en la porción media de la cavidad uterina.</p> |
| 24. | <p>Continuar avanzando con delicadeza las pinzas hasta llegar al fondo uterino, donde sentirá resistencia. Confirmar que el extremo de las pinzas haya llegado al fondo.</p> |  <p><i>Cuando el instrumento alcance el fondo uterino, el proveedor sentirá cierta resistencia. Igualmente podrá palpar el instrumento en el fondo con su mano no dominante a través de la pared abdominal.</i></p> <p>Nota: Una ventaja adicional de las pinzas placentarias Kelly es que el anillo ancho en el extremo distal hace que sea extremadamente improbable que las pinzas perforen el fondo uterino.</p> |

| Tareas a completar antes del trabajo del parto activo y del parto | | |
|---|--|---|
| No. | Paso | Explicación/Guía adicional |
| Pasos 25–27 | Suelte el DIU en el fondo uterino y retire las pinzas, teniendo cuidado de no liberar el DIU. | |
| 25. | Mientras continúa estabilizando el útero, abrir las pinzas , inclinarlas ligeramente hacia la línea media, para soltar el DIU en el fondo. |  <p><i>Mantenga a la mano no dominante en posición para sostener la estabilización del útero. Esto permite la colocación apropiada del DIU.</i></p> |
| 26. | <p>Manteniendo las pinzas ligeramente abiertas, lentamente retírelas de la cavidad uterina, teniendo cuidado de no desprender el DIU. Para hacer esto:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <u>Desplace las pinzas</u> hacia la pared lateral del útero. ● <u>Deslice el instrumento</u> contra el costado de la pared uterina. |  <p><i>Si las pinzas cierran y atrapan los hilos del DIU, las pinzas pueden inadvertidamente tirar del dispositivo hacia abajo fuera de la posición fundal e incrementando el riesgo de expulsión.</i></p> |
| 27. | Mantenga estabilizado el útero hasta que las pinzas hayan salido completamente. Coloque las pinzas al costado, sobre el campo esterilizado. |  <p><i>Las pinzas deben ser retornadas al campo esterilizado en caso de que sea necesario utilizarlas nuevamente.</i></p> |

Capítulo 6: Inserción postparto del DIU: Un proceso

| Tareas a completar antes del trabajo del parto activo y del parto | | |
|---|---|--|
| No. | Paso | Explicación/Guía adicional |
| Pasos 28, 29 | Examinar el cuello uterino y comenzar el procesamiento del instrumental. | |
| 28. | <p>Examinar el cuello uterino para ver si alguna porción del DIU o los hilos sobresalen por fuera del cuello uterino.</p> <p>Si el DIU o los hilos se pueden ver que sobresalen del cuello uterino:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Retire el DIU utilizando las mismas pinzas que usó para la inserción inicial; ● Posicione el mismo DIU en las pinzas del empaque esterilizado (como se indicó en los pasos 18 y 19), ● Reinserte el dispositivo (repetiendo los Pasos 20–27). | <p><i>Es importante verificar que el DIU no quede visible a la altura del orificio cervical. Si así fuera, o si los hilos parecen ser demasiado largos, entonces el DIU no ha sido colocado adecuadamente en el fondo y la posibilidad de una expulsión espontánea es mayor.</i></p> <p><i>El mismo DIU debe ser reinsertado sino ha sido contaminado.</i></p> |
| 29. | Retirar todo el instrumental y colocarlo en una solución clorada al 0,5%. | <i>Éste es el primer paso en el procesamiento del instrumental para la prevención de infecciones. Las pinzas deben estar “abiertas”; todo el instrumental debe quedar totalmente sumergido.</i> |
| Pasos 30–33 | Mientras la mujer descansa, continuar las medidas para la prevención de infecciones. | |
| 30. | Dejar que la mujer descansa por unos minutos. Apoye el inicio de la atención postparto de rutina, incluyendo lactancia inmediata según sea apropiado. | <i>La mujer debe descansar sobre la mesa por varios minutos después del procedimiento de inserción. La atención de rutina para la madre y el bebe se convierte en el punto principal de atención para el proveedor en este momento.</i> |
| 31. | Eliminar los materiales de desperdicio en el o los contenedores apropiados. | <i>Debido a que esta inserción se ha realizado inmediatamente después del parto vaginal, el proveedor debe seguir todas las prácticas para la prevención de infecciones asociadas al parto que sean de rutina, así como las descritas anteriormente en este capítulo.</i> |
| 32. | <p>Procesar los guantes antes de retirarlos y eliminarlos.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Sumergir ambas manos enguantadas en una solución clorada al 0,5%. ● Retirar los guantes golpeándolos al revés y eliminándolos apropiadamente. | |
| 33. | Aplicar la higiene de mano. | |

| Tareas a completar antes del trabajo del parto activo y del parto | | |
|---|--|--|
| No. | Paso | Explicación/Guía adicional |
| Pasos 34–36 | Proporcionar orientación después de la inserción y actualizar los registros. | |
| 34. | <p>Indicar a la mujer que el DIU ha sido colocado con éxito y proporcionarle orientación después de la inserción, incluyendo instrucciones sobre el DIU. Indicarle que antes del alta médico le repetirán estas instrucciones.</p> <p>Informar y hacerle sentir cómoda, responder a todas sus preguntas.</p> |  <p><i>El personal de la unidad postparto debe repetir a la mujer las instrucciones sobre el DIU a fin de verificar que éstas hayan sido comprendidas. Si es posible, las instrucciones también se deben entregar por escrito para que la paciente pueda llevarlas a casa.</i></p> |
| 35. | <p>Registrar la información de la paciente en su expediente o registro. Adjuntar una tarjeta del DIU al expediente/registro, para que la mujer la lleve a casa en el momento del alta médico.</p> | <p><i>El incluir la información esencial sobre la inserción del DIU en el registro de la paciente (y en una tarjeta que ésta puede llevar a casa consigo) permite facilitar un apropiado seguimiento clínico, incluyendo la fecha apropiada para la extracción del dispositivo y la inserción de uno nuevo o el reemplazo por un método de planificación familiar diferente, de acuerdo al deseo indicado por la paciente.</i></p> |
| 36. | <p>Registrar la información en el registro de la sala de procedimientos.</p> | <p><i>La información básica también se debe registrar, junto con la información de contacto, en un registro DIUPP a fin de garantizar que el programa de PFPP/DIUPP sea implementado con éxito.</i></p> |

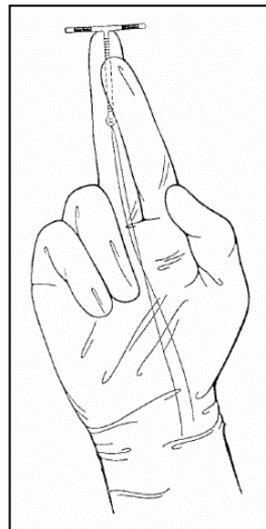
Inserción posplacenta manual

Siguiendo un escenario de prestación similar al de la inserción instrumental posplacenta, la inserción manual del dispositivo—utilizando las propias manos del proveedor, también se realiza inmediatamente después de la expulsión de la placenta, típicamente dentro de los 10 minutos. Las diferencias claves se destacan en el siguiente cuadro.

Para la inserción posplacenta manual, **utilice guantes esterilizados a la altura del codo o guantes DAN y complemente los pasos 19 a 27 de la guía ilustrada “Inserción posplacenta del DIU utilizando pinzas” (páginas 34–44), con lo siguiente:**

- Tomar y sostener el DIU por el eje vertical colocándolo entre los dedos índice y medio de la mano dominante (Figura 8).
- Mover la mano no dominante hacia arriba en dirección del abdomen. Estabilizar y “elevar” el útero con presión firme hacia arriba a través de la pared abdominal.
- Lentamente insertar la mano que sostiene el DIU moviéndola hacia la vagina y a través del cuello uterino. Limitar el nivel de exposición y contacto del DIU y las paredes vaginales.
- Lentamente mover la mano que sostiene el DIU en dirección ascendente hacia el fondo uterino (en ángulo con el ombligo), teniendo cuidado de seguir el contorno de la cavidad uterina.
- Palpando el útero a través de la pared abdominal, confirmar que la mano abdominal que sostiene el DIU ha llegado al fondo.
- Soltar el DIU en el fondo y lentamente retirar la mano del útero. Tener particular cuidado de no desprender el DIU cuando retire la mano.
- Mantener la mano no dominante en su lugar para estabilizar el útero hasta que la otra mano salga completamente del útero.

Figura 8. Inserción manual del DIU



Inserción intracésárea

Para la inserción intracésárea, la mujer ha recibido orientación y preparación antes de comenzar la operación, de preferencia durante el periodo prenatal. La paciente permanecerá en posición estable en la mesa de operaciones, en posición de litotomía. Típicamente la inserción manual es suficiente (en oposición a la inserción instrumental) debido a que el proveedor puede llegar fácilmente al fondo uterino. Después de extraer la placenta, el proveedor:

- Sostiene el DIU entre los dedos índice y medio de la mano, lo pasa a través de la incisión uterina y lo coloca en el fondo uterino;
- Lentamente retira la mano, asegurando que el DIU se mantenga en el lugar apropiado; y
- Cierra la incisión uterina teniendo especial cuidado de no incorporar los hilos del DIU en la sutura.

Nota: Los hilos pueden apuntar hacia el cuello uterino pero NO deben ser presionados a través del canal cervical. Esto permite evitar tanto la infección uterina (causada por la contaminación de la cavidad uterina con flora vaginal) así como el desplazamiento del DIU fuera del fondo (causado por el retiro de los hilos apuntando hacia abajo en dirección al canal cervical).

Inserción postparto temprano

La inserción postparto temprano se realiza después del periodo posplacenta inmediato pero dentro de las 48 horas posteriores al parto. Si la mujer aún no ha recibido orientación, un consejero de planificación familiar asignado o una persona que presta servicios de atención postparto puede ofrecer educación/orientación sobre la PFPP a un grupo de madres en la sala postparto, seguida de un proceso de orientación individual sobre el DIUPP para las mujeres que muestran interés en el método. El mismo proveedor de la atención postparto u otro proveedor capacitado puede insertar el DIU en una sala de procedimiento o examen o en la sala postparto. Es preferible que la inserción postparto se realice dentro de las 24 horas posteriores al parto—por ejemplo, en la

mañana del Día 1 postparto, en vez del Día 2—a fin de reducir las posibilidades de expulsión y también evitar complicaciones logísticas al momento del alta médico.

La inserción postparto es esencialmente la misma que la inserción posplacenta instrumental, pero el proceso de involución uterina está en pleno desarrollo debiendo destacarse algunos cambios anatómicos que podrían afectar el uso de los instrumentos o técnica aplicada:

- **El cuello uterino recupera firmeza y comienza a recuperar su forma redonda, tubular.** Por esta razón, la inserción manual no es posible y no se debe intentar. Estos cambios también pueden tener un impacto en el tipo de pinzas que funcionan mejor bajo estas circunstancias.
 - Aunque las pinzas de anillos todavía pueden servir para sostener el cuello uterino, es posible que sea necesario un nivel ligeramente más alto de presión para cerrarlas (sobre el cuello uterino).
 - Si el proveedor nota cierta dificultad para pasar las pinzas Kelly a través del cuello uterino, debido al ancho del anillo distal del instrumento con relación a la dilatación del cuello, el proveedor debe considerar el uso de un segundo juego de pinzas de anillos para introducir el DIU. El proveedor debe garantizar que las pinzas de anillos sean lo suficientemente largas para llegar hasta el fondo. Es posible que sea suficiente el uso de pinzas de anillos normales, dependiendo de cómo involuciona el útero.
- **El útero ha comenzado a retomar su posición original antevertida o retrovertida;** por ello, puede ser ligeramente más difícil avanzar el instrumento a través del útero, hacia el fondo. Sin embargo, sigue siendo críticamente importante poder llegar hasta el fondo uterino. La imposibilidad de realizar este proceso probablemente es un factor relevante para las tasas de expulsión espontánea más altas que se producen después de la inserción postparto temprano en comparación con la inserción posplacenta inmediata. Se debe tener cuidado especial.
 - El proveedor debe asegurar que el DIU se encuentre en el fondo uterino examinando visualmente el cuello después de la inserción.
 - Si el DIU se puede ver, o si los hilos son inapropiadamente largos, el proveedor debe considerar si el DIU realmente se encuentra en el fondo uterino. Si tiene alguna duda, es mejor extraer el dispositivo y volver a insertarlo.

Atención inmediata después de la inserción y orientación

Después del procedimiento de inserción, se deben observar estándares mundiales/protocolos locales en materia de atención neonatal y postparto. La mujer que acaba de recibir la inserción de un DIU debe recibir orientación adicional enfocándose en el uso correcto del dispositivo, manejo oportuno de problemas que puedan ocurrir y el retorno para seguimiento. (El manejo de problemas relacionados con el DIU/DIUPP se cubre en el siguiente capítulo). Esta orientación debe ser realizada por el proveedor que insertó el DIU cuando la mujer haya descansado y esté en capacidad para concentrarse.

- Para las mujeres que reciben la inserción posplacenta o intracesárea, es mejor realizar la orientación al día siguiente cuando la mujer haya descansado y esté en capacidad para concentrarse.

Capítulo 6: Inserción postparto del DIU: Un proceso

- Si la inserción se realizó en el periodo postparto temprano (no inmediato, sino dentro de 48 horas), la orientación posterior a la inserción puede realizarse poco después del procedimiento.

Atención inmediata

Se debe orientar a la cliente para que informe sobre cualquiera de las siguientes situaciones, las cuales deben ser atendidas de inmediato:

- **Incremento en el sangrado vaginal.** La hemorragia vaginal asociada a la atonía uterina debe ser manejada—de acuerdo a estándares globales, protocolos locales—con la técnica de masaje uterino y uterotónicos, según sea necesario. Nótese que el DIUPP no incrementa el riesgo de atonía uterina.
- **Dolor severo en el área uterina.** Si persiste después de la inserción del DIUPP, se debe realizar un examen bimanual o con espejo a fin de verificar si se ha producido la expulsión parcial o completa (ver la página 52).
- **Reacción febril.** La presencia de fiebre debe conducir a una evaluación clínica completa a fin de determinar el origen de la fiebre. En presencia de una posible endometritis, es aceptable seguir un régimen antibiótico. (ver la página 53). Nótese que no es necesario extraer el DIU durante el tratamiento de una posible endometritis.

Mensajes para llevar a casa

Aconseje y haga sentir cómoda a la paciente con relación a lo siguiente:

- Es posible que observe loquios, pero ponga atención si hay sangrado profuso o coágulos de sangre.
- Infórmele que los síntomas postparto, como el sangrado vaginal intermitente y cólico son normales durante las primeras 4–7 semanas postparto—y es probable que no se puedan distinguir de los efectos secundarios causados por el DIU.
- Tomar ibuprofeno, paracetamol u otro calmante para el dolor según sea necesario. (No se aconseja tomar aspirina en el periodo postparto temprano debido a que tiene un efecto anticoagulante).
- Con relación a la posible expulsión del DIU:
 - La expulsión espontánea es más probable durante los 3 primeros meses postparto.
 - Revisar las sabanas por la mañana y la ropa de cama al cambiarse.
 - A las 6 semanas postparto, es posible que sienta los hilos del DIU. No es necesario revisarlos, pero si lo hace no tire de ellos.
 - Su proveedor revisara los hilos cuando regrese para la visita postparto. Es por ello que es importante que regrese para ver al mismo proveedor o por lo menos a alguien del mismo consultorio, que tenga experiencia con servicios de DIUPP.
- Continúe amamantando exclusivamente a su bebe, según sea apropiado; el DIU y la lactancia materna no interfieren mutuamente.
- Recuerde que el DIU no la protege contra las ITS y el VIH.
- Puede retomar la actividad sexual en cualquier momento que se sienta lista; el DIU ofrece protección total contra el embarazo inmediatamente después de la inserción.

- Regrese para extraer el DIU en cualquier momento que lo desee (tiene hasta 12 años de protección); después de extraer el DIU, la fertilidad retorna de inmediato.

Cuándo retornar

Antes del alta médico, se deben destacar las siguientes **señales de peligro**. Aconseje a la clienta que llame o regrese al establecimiento de inmediato para una evaluación si cualquiera de los siguientes signos ocurre:

- Sangrado vaginal abundante
- Severo malestar abdominal inferior
- Fiebre
- No se siente bien

La clienta también debe llamar o acercarse al establecimiento si cualquiera de las siguientes condiciones ocurre:

- Flujo vaginal inusual.
- Si sospecha de la expulsión del DIU la mujer puede sentir el DIU en la vagina o si lo ha visto salir por la vagina.
- Si tiene cualquier problema/pregunta relacionada con el DIU.
- Si desea solicitar la extracción del DIU o si los 12 años de protección han expirado desde la fecha inicial de inserción.

Tarjeta informativa para las clientas del DIUPP

Si es posible, entregue a la clienta una tarjeta con la siguiente información por escrito:

- Tipo de DIU insertado
- Fecha de inserción
- Mes y año en el que el DIU deberá ser extraído o reemplazado
- Fecha de visita de seguimiento postparto/DIUPP
- A dónde dirigirse o llamar si tiene problemas o preguntas sobre su DIU

7. Seguimiento de rutina de las usuarias del DIUPP y manejo de problemas potenciales

El éxito a largo plazo de cualquier programa de planificación familiar se puede lograr solamente cuando los proveedores de servicios y el personal correspondiente reconocen la importancia de prestar sólido apoyo a las clientas. La prestación de un servicio de seguimiento de alta calidad para las clientas de la planificación familiar contribuye a incrementar la satisfacción entre las usuarias, así como a mantener el uso continuo, seguro y efectivo del método.

Una vez que el DIU ha sido insertado, los servicios de atención y asesoría para las clientas son prácticamente idénticos para las mujeres que tuvieron una inserción postparto o una inserción después de un intervalo. El seguimiento de rutina para muchas usuarias de los DIUPP (4–6 semanas) puede implicar un poco más que sólo responder preguntas y reforzar mensajes clave. Algunas usuarias, como es el caso de las mujeres que sienten efectos secundarios, pueden requerir atención y apoyo adicional. Son poco comunes los problemas graves asociados al uso del DIU, pero cuando ocurren, es necesario tomar acción inmediata y apropiada.

Seguimiento de rutina de las clientas de los DIUPP

Los objetivos principales de la atención de seguimiento incluyen:

- Evaluar la satisfacción general de la paciente con el DIU
- Identificar y manejar problemas potenciales
- Atender preguntas o preocupaciones que pueda tener la paciente
- Reforzar los mensajes clave con relación a la extracción y duración de la acción

El seguimiento para las mujeres que reciben un DIU en el periodo postparto inmediato o temprano debe integrarse con la atención postparto de acuerdo a estándares mundiales/protocolos locales de atención postparto. Además de los elementos usuales de la revisión postparto, los siguientes puntos deben ser atendidos en todos los casos de mujeres que reportan (o cuyos registros indican) la inserción del DIUPP:

- Preguntar a la clienta si ha experimentado algún problema o si cree que el DIU ha sido expulsado.
- Realizar una evaluación clínica para determinar si existe anemia y si la paciente indica tener excesivo sangrado o prolongado.
- Si es posible, realizar un examen con espejo para ver si los hilos del DIU han descendido hacia la vagina. Si parecen ser demasiado largos, cortarlos hasta que queden aproximadamente 3–4 cm de hilo sobresaliente a través del cuello uterino.
- Conducir un examen pélvico solamente si se sospecha la existencia de la siguientes condiciones: ITS o EIP posible, expulsión parcial o completa, embarazo. No es necesario realizar un examen pélvico de rutina en ninguna de las visitas de seguimiento subsiguientes.
- Ofrecer orientación y tratamiento para los efectos secundarios, según sea necesario.
- Aconsejar a la clienta que regrese si tiene preocupaciones de posibles problemas asociados al DIU o si desea que éste sea extraído o reemplazado por otro método de planificación familiar.
- Revisar señales de peligros que indiquen la necesidad de retornar a la clínica de inmediato.
- Recordar a la cliente que mantenga bajo monitoreo a fin de determinar la posible expulsión del DIU durante/después de los primeros periodos menstruales.
- Estimular el uso de preservativos para la protección contra ITS, según sea apropiado.

Si ha ocurrido la expulsión del DIU, ofrezca a la clienta otro método anticonceptivo o planifiquen la inserción de uno nuevo, si así lo desea. El DIU puede ser reinsertado el mismo día en que ocurre la expulsión si: no existen señales de infección, embarazo, y NO han transcurrido entre 48 horas y 4 semanas después del parto del bebé.

Si el DIU ha sido insertado y la clienta no presenta problemas, no se necesita realizar otras visitas de seguimiento. Tampoco es necesario realizar revisiones anuales del DIU. Se debe aconsejar a las clientas que retornen al consultorio si desean extraer el dispositivo de acuerdo a sus necesidades pero sin exceder el periodo recomendado de protección contra el embarazo (12 años en el caso de la T de cobre).

Quién debe realizarlo/Dónde

Si es posible, el proveedor que realizó la inserción debe hacer el seguimiento clínico, en el mismo establecimiento donde se realizó la inserción. Esto permite garantizar la continuidad de la atención; igualmente permite al proveedor ver los resultados clínicos de su prestación y establecer una “tasa de expulsión personal”—con el propósito de fortalecer su técnica de acuerdo a los resultados obtenidos. El seguimiento también permite mejorar en gran medida la capacidad para llevar el control del éxito del programa de PFPP/DIUPP y realizar las mejoras que fueran necesarias. Durante las visitas de seguimiento se debe mantener a la mano la información obtenida de los registros que documentan la inserción, de modo que se puedan establecer una correlación de hallazgos. (El Anexo K presenta una muestra de un formulario para la recolección de datos).

Si no es posible que el seguimiento sea realizado por el mismo proveedor en el mismo establecimiento, lo puede realizar un proveedor con capacitación clínica en materia de servicios de DIUPP en un establecimiento que tenga las instalaciones mínimas para conducir la orientación y realizar exámenes pélvicos—así como capacidad para referir a la paciente en caso de ser necesario un ultrasonido. Idealmente, el proveedor/establecimiento debiera tener capacidad para reportar sobre los hallazgos observados en beneficio del programa de PFPP/DIUPP original.

Cuándo debe realizarse

La OMS actualmente recomienda por lo menos una visita postparto al cumplirse las 6 semanas posteriores al parto.⁴¹ Ésta es una buena oportunidad para las mujeres que han recibido la inserción de un DIU en el periodo postparto inmediato/temprano de poder recibir servicios de seguimiento ya que al cumplirse las 6 semanas postparto el útero ha completado el proceso de involución. En todo caso, el seguimiento del DIUPP debe ocurrir dentro de los 3 primeros meses postparto, debido a que la mayoría de expulsiones ocurren en este periodo de tiempo.

Identificación y manejo de efectos secundarios comunes y problemas potenciales⁴²

La mayoría de efectos secundarios asociados con el uso del DIU no son serios y se resolverán espontáneamente. Igualmente, la mayoría de problemas relacionados al DIU se pueden evitar mediante:

- La revisión cuidadosa de las clientas
- Atención meticulosa a la aplicación de una técnica de inserción apropiada
- Observación estricta de las técnicas correctas para la prevención de infecciones
- Aplicación de los procedimientos de inserción del DIUPP en forma lenta y cuidadosa a fin de garantizar la precisión técnica y la comodidad y seguridad de la clienta

Sin embargo, algunos de los problemas que pueden presentarse requieren de un manejo específico. El propósito de los lineamientos que presentamos en la tabla 6 es asistir a los proveedores de servicios de salud en la prestación del apoyo apropiado para la mujer que experimenta dichos efectos secundarios o problemas. En la mayoría de los casos, la mujer puede continuar utilizando el DIU mientras espera o se somete a la evaluación. Algunos de los problemas asociados con el uso del DIU que requieren un manejo específico son:

- Cambios en los patrones de sangrado menstrual

Capítulo 7: Seguimiento de rutina de las usuarias del DIUPP y manejo de problemas potenciales

- Cólicos o dolor
- Infección
- Problemas con los hilos del DIU (o posible expulsión del dispositivo)
- Expulsión del DIU parcial o completa (confirmada)
- Embarazo teniendo el DIU insertado

Los principios generales para el manejo de estas situaciones incluyen:

- La mujer debe recibir información haciéndole sentir segura de que recibirá el apoyo que necesita para continuar (o discontinuar) el método de acuerdo a lo que sea apropiado y siempre respetando sus deseos.
- Si se presentan problemas que no son cubiertos en las guías para el manejo apropiado, el proveedor debe realizar una evaluación más profunda y suscribir un tratamiento de acuerdo a estándares mundiales/protocolos locales (referir a la paciente si fuera necesario).
- Si el proveedor no tienen capacitación o los recursos para realizar las evaluaciones, procedimientos o tratamientos indicados en las guías correspondientes, el proveedor deberá referir a la paciente a un establecimiento apropiado.
- Si la mujer desea que el DIU sea extraído por alguna razón y/o utilizar un método anticonceptivo diferente, el proveedor extraerá el DIU o programará una visita (o referirá a la paciente) para la extracción del DIU, según sea apropiado. El Anexo H presenta los lineamientos para la extracción del DIU.

Tabla 6. Identificación y manejo de efectos secundarios comunes y problemas detectados en el seguimiento

| Problema (Señales/Síntoma) | Explicación | Manejo |
|---|---|---|
| <p>Cambios en los patrones de sangrado</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Incremento en la cantidad de sangrado menstrual en exceso a lo observado usualmente en el periodo de postparto ● Incremento en la duración del sangrado menstrual en exceso a lo observado usualmente en el periodo de postparto ● Sangrado ligero/manchado entre periodos cuando reanudan el postparto | <p>Los cambios en los patrones de sangrado menstrual constituyen un efecto secundario común entre las usuarias de los DIU, al margen del momento en que se realizó la inserción.</p> <p>En las primeras 6 semanas postparto, dichos cambios se pueden esconder detrás del sangrado irregular que se suele observar y del manchado asociado con la involución uterina que sucede durante el periodo postparto. Igualmente, en el caso de una mujer que está amamantando exclusivamente a su bebé, se puede observar amenorrea por hasta 6 meses—esté usando o no un DIU.</p> <p>Los cambios menstruales causados por el DIU usualmente no son dañinos para la salud y disminuyen y desaparecen dentro de los primeros meses posteriores a la inserción. Sin embargo, si estos síntomas son severos, persistentes o van acompañados de algunos otros signos/síntomas, requieren seguimiento especial.</p> | <ul style="list-style-type: none"> ● Determinar la severidad de los síntomas: cuánto más sangrado de lo usual, cuánto duraron los síntomas, cuándo comenzaron, si van acompañados de otros síntomas (por ejemplo dolor, fiebre) cuál es el nivel de tolerancia que tiene la cliente. ● Si los síntomas son ligeros y consistentes con la involución uterina, proporcionar información que haga sentir mejor a la paciente. ● En los casos que sea apropiado, descartar otra patología ginecológica y referir a la paciente a un especialista calificado. ● En los casos que sea apropiado, descartar un embarazo de acuerdo a las fechas o pruebas disponibles. ● En los casos que sea apropiado, verificar si ha habido expulsión del DIU, palpar los hilos mediante un examen bimanual o utilizando un espejo. ● Si la cliente desea tratamiento, ofrecer un tratamiento corto de AINE, a ser continuado durante 3–5 días. Si el sangrado profuso es el problema, no se debe administrar aspirina por su efecto anticoagulante. ● Si el sangrado es persistentemente profuso y prolongado o asociado con señales clínicas o del laboratorio consistentes con anemia severa (por ejemplo palidez, debilidad), ofrecer suplementos de hierro y considerar la extracción del DIU bajo el consentimiento de la paciente. ● Si la cliente encuentra que el sangrado es inaceptable, extraer el DIU y aconsejar a la paciente sobre métodos alternativos de planificación familiar. |
| <p>Cólico o dolor</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Cólicos o dolores más intensos que pueden o no estar asociados con la menstruación | <p>Se puede producir cólicos intermitentes durante las primeras semanas posteriores al DIU, pero en general no son perceptibles debido al cólico usual asociado a la involución uterina del postparto.</p> <p>También se puede notar mayor intensidad de cólicos y dolor con el retorno de la menstruación siendo éste un efecto secundario común entre las usuarias de los DIU. Se requiere seguimiento especial si los síntomas son muy incómodos, severos o asociados con otros signos/síntomas.</p> | <ul style="list-style-type: none"> ● Determinar la severidad de los síntomas: cuán severo es el dolor, cuánto dura, cuándo comenzó, va acompañado de otros síntomas (por ejemplo sangrado, fiebre), cuál es el nivel de tolerancia de la paciente. ● Realizar una evaluación apropiada que incluya la evaluación de los signos vitales, examen pélvico y abdominal y pruebas de laboratorio apropiadas (prueba de embarazo, hemograma completo, cultivos) a fin de descartar otras posibles causas del dolor o infección, expulsión parcial del DIU, tales como perforaciones uterinas, embarazo/embarazo ectópico, infección del tracto urinario si es apropiado ver la sección sobre el manejo de infecciones (página 53) y del embarazo con un DIU insertado (página 55). ● Si los síntomas y hallazgos físicos son moderados y consistentes con la involución uterina postparto, proporcionar información y hacer sentir cómoda a la paciente. ● Recomendar un tratamiento corto de AINE inmediatamente antes y durante la menstruación para ayudar a reducir el dolor menstrual y los cólicos que incomodan a la paciente. ● Si los cólicos o dolores son severos extraer el DIU. Si el DIU fue colocado de manera inapropiada, si ha habido expulsión parcial o al parecer se encuentra en una posición anormal/distorsionada, discutir la inserción de nuevo dispositivo con la cliente. Si el DIU parece ser normal y en la posición adecuada, aconsejar a la mujer sobre formas alternativas de planificación familiar. |

| Problema (Señales/Síntoma) | Explicación | Manejo |
|---|---|--|
| <p>Infección</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Dolor abdominal inferior ● Fiebre ● Dolor al tener relaciones sexuales ● Sangrado después de tener relaciones sexuales o entre periodos cuando retornan los ciclos mensuales normales en el postparto ● Nueva incidencia de dolor asociado a los periodos ● Flujo vaginal anormal ● Náuseas y vómitos | <p>Aunque el riesgo de infección después de la inserción del DIU después de un intervalo es muy bajo, llega a su nivel más alto en los primeros 20 días posteriores a la inserción y en general se cree que tiene relación con una infección recurrente de gonorrea o clamidia. No existen estimados similares sobre el riesgo asociado a la inserción del DIUPP, sin embargo los estudios sugieren que el riesgo es muy bajo. Debido a que la infección pélvica puede conducir a infertilidad u otros problemas serios, los proveedores deben tratar todos los casos en los que haya sospecha. Cabe resaltar que el DIU nunca debe ser insertado durante una inserción puerperal como la corioamnionitis o endometritis.</p> | <ul style="list-style-type: none"> ● Realizar una evaluación apropiada, incluyendo: signos vitales, examen pélvico y abdominal y estudios de laboratorios apropiados (prueba de embarazo, hemograma completo, cultivos) a fin de descartar otros problemas como: endometritis, apendicitis, expulsión parcial del DIU, perforación uterina, embarazo/embarazo ectópico o infección del tracto urinario. Si es apropiado, ver la sección sobre el manejo del embarazo con el DIU insertado (página 55): ● Se debe sospechar la presencia de EIP si cualquiera de los siguientes signos/síntomas se detectan y no se identifican otras causas: <ul style="list-style-type: none"> ● Sensibilidad abdominal inferior, uterino o anexal (en los ovarios o trompas de Falopio) ● Evidencia de infección cervical: flujo cervical amarillento con presencia de moco y pus, sangrado cervical al tocar como un hisopo, prueba de hisopo positiva ● Sensibilidad o dolor al mover el cuello uterino o útero durante un examen bimanual (sensibilidad al movimiento cervical) ● Otro posible signo/síntoma: flujo cervical purulento, engrandamiento o endurecimiento de uno o ambas trompas de Falopio, masa pélvica sensible, dolor al presionar, suavemente el abdomen (sensibilidad abdominal directa) o al presionar suavemente y luego soltar (sensibilidad abdominal de rebote) ● Si se sospecha la presencia de endometritis EIP, iniciar de inmediato un tratamiento con un régimen antibiótico apropiado de acuerdo a estándares mundiales/protocolos locales con relación a gonorrea, clamidia e infecciones anaeróbicas. Extraer el DIU solamente en el caso de que exista sepsis o si los síntomas no mejoran dentro de las 72 horas. Los estudios realizados no han demostrado que la extracción del DIU afecta los resultados del tratamiento con EIP. <ul style="list-style-type: none"> ● Si la mujer no desea conservar el DIU durante el tratamiento, extraerlo 2–3 días después de iniciar el tratamiento con antibióticos. ● En los casos que sea apropiado y cuando existe sospechas de ITS, aconsejar a la mujer con relación al uso de preservativo como protección contra futuras ITS y el recomendar tratamiento para la pareja. |

| Problema (Señales/Síntoma) | Explicación | Manejo |
|---|--|---|
| <p>Problemas con los hilos del DIU (faltantes, largos, cortos)</p> | <p>Cuando los hilos del DIU son más largos o más cortos de lo esperado, es un indicador de que puede existir una variedad de problemas, entre ellos embarazo, expulsión del dispositivo o mal posicionamiento. Algunas veces no existe en realidad un problema real-simplemente sucede que los hilos no han descendido todavía. En algunas circunstancias, los hilos del DIU pueden no llegar a descender nunca a través del cuello uterino hacia la vagina después de la inserción postparto.</p> <p>Debido a que los hilos no pueden ser cortados durante la inserción postparto, típicamente se extienden más allá del centro de la vagina y quizás hasta la vulva hacia la semana 4–6 postparto.</p> <p>Recuerde: Los hilos del DIU no tienen relación con la eficacia. Su propósito es facilitar la extracción y confirmación solamente de que el dispositivo intrauterino está posicionado.</p> | <p>Hilos faltantes (El Anexo I presenta una guía descriptiva sobre cómo manejar el caso de hilos faltantes).</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Preguntar a la mujer si piensa que el DIU ha sido expulsado. ● Descartar el embarazo sea mediante el uso de las fechas o prueba de laboratorio. ● Evaluar el canal cervical utilizando un cepillo cervical esterilizado o DAN o pinzas estrechas (por ejemplo Bose, cocodrilo) a fin de ubicar los hilos y con delicadeza tirar de ellos hacia afuera hasta que se puedan ver por el canal vaginal. ● Si los hilos no se pueden ubicar en el canal cervical, referir a la mujer a un especialista en rayos x o ultrasonido para confirmar el posicionamiento normal del dispositivo. Ofrezca un método de seguridad alternativo mientras espera los resultados. En vez de ofrecer, maneje la situación de manera apropiada sobre la base de los hallazgos: <ul style="list-style-type: none"> ● Si el DIU está ubicado dentro del útero y la mujer desea mantenerlo, no lo extraiga. Explique a la mujer que el dispositivo aún está protegiéndola del embarazo pero que ya no tendrá la capacidad de detectar los hilos. Revise si existen señales o síntomas de expulsión espontánea. ● Si el DIU está ubicado dentro del útero y la mujer desea extraerlo, refiérela a un proveedor debidamente capacitado para que realice la extracción. ● Si el DIU no puede ser visualizado en el útero o en la cavidad peritoneal, maneje el caso como si se tratara de una expulsión completa (a continuación). <p>Hilos largos Corte los hilos, según sea necesario, hasta 3–4 cm desde el orificio cervical.</p> <p>Hilos cortos (si incomodan a la mujer o a su compañero)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Informe y haga sentir segura a la paciente y su compañero de que los hilos son muy flexibles y no son dañinos. ● Si la molestia es muy grave, aconseje a la mujer que los hilos pueden ser cortados, de modo que las hebras se encurvan en torno al labio cervical. Corte según sea necesario. |

| Problema (Señales/Síntoma) | Explicación | Manejo |
|---|---|--|
| <p>Expulsión parcial o completa del DIU</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Nueva ocurrencia de sangrado irregular o cólicos ● Se puede ver el DIU que ha sido expulsado (expulsión completa) ● El DIU se puede palpar/ver en el canal vaginal (expulsión parcial) ● Periodo menstrual ausente o atrasado (ver el caso del EMBARAZO con un DIU insertado, a continuación) ● Hilos faltantes o más largos (Ver problemas con los hilos del DIU, página 54) | <p>La expulsión parcial o completa del DIU puede ocurrir “silenciosamente” (sin la presencia de señales/síntomas) o puede asociarse con otros signos/síntomas, como en el caso de hilos faltantes o más largos a lo esperado, o un periodo menstrual atrasado o ausente. Los siguientes lineamientos sirven para el manejo de los casos de expulsión completa o parcial que han sido confirmados.</p> | <ul style="list-style-type: none"> ● Conducir una evaluación apropiada, incluyendo un examen pélvico a fin de descartar otras posibles causas tales como una infección o un embarazo. ● Cuando se descartan otras posibles causas para los síntomas, manejar el caso de acuerdo a los hallazgos. <ul style="list-style-type: none"> ● Si se confirma la expulsión completa del DIU (por ejemplo visto por la mujer, confirmado mediante rayos X o ultrasonido): reemplazar el DIU de inmediato, si así se desea y es apropiado (no existe embarazo o infección) o aconsejar a la paciente sobre un método alternativo de planificación familiar. ● Si se confirma la expulsión parcial del DIU (por ejemplo palpado/visto por la mujer o el doctor): extraer el DIU y reemplazarlo, si así se desea y es apropiado (no existe embarazo o infección), o aconsejar a la paciente sobre un método alterno de planificación familiar. ● Si el DIU pareciera estar incrustado en el canal cervical y no puede ser extraído fácilmente de la manera estándar, referir a la mujer a un proveedor debidamente capacitado para la extracción. ● Si se confirma la expulsión completa del DIU y se diagnostica un embarazo, manejar la APN de acuerdo a estándares nacionales y regionales. |
| <p>Embarazo con un DIU insertado⁴³</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Periodo menstrual ausente o retrasado ● Otros signos/síntomas de embarazo ● Hilos faltantes ● Hilos que son cortos o más largos que lo esperado | <p>Aunque el DIU es una de las formas más efectivas de anticoncepción reversible, también puede ocurrir que el dispositivo no funcione como se espera. Aproximadamente un tercio de los embarazos relacionados con el uso del DIU ocurren debido a la expulsión parcial o completa no detectada. Cuando el embarazo de todas maneras se produce teniendo el dispositivo insertado, éste debe ser extraído. Si el DIU se deja en su lugar durante el embarazo, existe un riesgo incrementado de que se produzca un trabajo de parto pre-término, aborto espontáneo o aborto séptico.</p> | <ul style="list-style-type: none"> ● Confirmar el embarazo y el trimestre. Si la mujer se encuentra en su segundo o tercer trimestre de embarazo, manejar el caso de acuerdo a estándares mundiales/protocolos globales y referirla a un proveedor apropiado, si fuera necesario. ● Descartar la presencia de un embarazo ectópico: Dolor abdominal severo/incisivo (que por lo general es unilateral), sangrado vaginal anormal, mareo/confusión, desmayos. Si existe sospecha de un embarazo ectópico, referir/transportar de inmediato a la mujer a un centro con capacidades quirúrgicas. ● Cuando se ha descartado el embarazo ectópico, y el embarazo se encuentra en el primer trimestre: <ul style="list-style-type: none"> ● Aconsejar a la mujer sobre los beneficios y riesgos de la extracción inmediata del DIU. La extracción del DIU incrementa ligeramente el riesgo de un aborto espontáneo, infección y parto pre-término. ● Si la mujer solicita la extracción del dispositivo, proceda de inmediato a realizarla si los hilos son visible y el embarazo se encuentra en el primer trimestre. Si los hijos no son visibles, haga un ultrasonido para determinar si el DIU todavía se encuentra en el útero o ha sido expulsado. Si el DIU se encuentra todavía en su lugar, no puede ser retirado con seguridad. Siga, como se indica a continuación con los planes para extraer el DIU durante el parto. ● Si la mujer desiste de la extracción, prestarle apoyo y atención de acuerdo a estándares mundiales/protocolos locales y establezca un método de monitoreo cercano del embarazo a |

| Problema (Señales/Síntoma) | Explicación | Manejo |
|-------------------------------|-------------|--|
| | | <p>cargo de un proveedor calificado. Resalte la importancia de regresar al consultorio y de inmediato si la paciente experimenta signos de un aborto espontáneo o infección (por ejemplo fiebre, dolor abdominal inferior y/o sangrado) o cualquiera de las señales de alarma. Planificar la extracción del DIU en el parto.</p> |

8. Servicios clínicos del DIUPP

La prestación de servicios clínicos del DIUPP solamente se puede lograr de manera segura en un establecimiento clínico que cuente con la infraestructura adecuada, suministros/equipos y personal. Aunque la orientación y la evaluación pueden realizarse durante horas normales de trabajo a través del sistema de prestaciones de APN, la inserción del DIUPP—en especial bajo la aplicación de los métodos posplacenta o intracésarea—puede realizarse en cualquier momento día o noche. Por esta razón, los servicios DIUPP deben integrarse con los servicios de atención intraparto del sistema de prestaciones; todo el personal del equipo de obstetricia/maternidad debe recibir orientación con relación a la prestación de los servicios de DIUPP. Esto permite garantizar que los mensajes de orientación sean uniformes y consistentes y que se pueda lograr la diseminación de información precisa durante el periodo en el que los servicios del DIUPP están siendo establecidos, los cuales son claves para la creación de un mercado y demanda.

La prestación de servicios de DIUPP requiere coordinación cuidadosa y colaboración entre las prestaciones prenatales, intraparto y postparto—en la comunidad y establecimientos.

Cada programa y establecimiento clínico determinará qué técnica de inserción es apropiada para la implementación sobre la base de la capacidad que tiene su personal para la prestación de los servicios así como en concordancia con las normas y políticas nacionales y locales.

Consideraciones para iniciar un programa de DIUPP

Cualquier establecimiento que ofrece servicios de atención obstétrica, incluyendo servicios intraparto, puede estar preparado para ofrecer servicios clínicos de DIUPP a las clientas y sus familias. Se recomienda que los servicios clínicos sean prestados por un proveedor de servicios de salud—como puede ser el caso de una partera, enfermera o doctor—que haya sido debidamente capacitado en el desarrollo de las competencias relevantes para la prestación de los servicios.

Durante el análisis inicial de un establecimiento para determinar la mejor forma de establecer los servicios DIUPP, es importante revisar los patrones de atención, volumen clínico, y las responsabilidades del personal. Consideren los siguientes factores, los cuales se deben contemplar durante el arranque del programa:

- ¿Dónde se prestan actualmente servicios de planificación familiar? ¿Existe algún mecanismo para la prestación de servicios de planificación familiar para las mujeres postparto? ¿Cómo se puede poner a disposición dispositivos intrauterinos en la unidad de trabajo de parto/parto?
- ¿Quién ofrece actualmente servicios y orientación en temas de planificación familia? ¿Los mismos proveedores u otros proveedores ofrecerán los servicios de DIUPP? ¿Qué experiencia tienen estos proveedores en el área de orientación y técnicas de inserción de los DIU?
- ¿Las mujeres que dan a luz en este establecimiento reciben APN? ¿En el consultorio de este mismo establecimiento o dentro de una red externa de centros de salud? ¿Cómo se puede comunicar al personal de este establecimiento la elección anticonceptiva de la mujer?
- ¿Muchas de las mujeres que tienen a sus niños en este establecimiento llegan sin haber recibido servicios de APN? ¿Sus casos se manejan de una forma diferente o se les orienta de una forma diferente en comparación a las mujeres que han recibido atención en este establecimiento?

- ¿Cuál es el volumen actual de pacientes en el área de maternidad? ¿Cuál es el número anticipado de inserciones de DIUPP por mes? ¿Si el volumen es bajo, cómo harán los proveedores capacitados para mantener sus habilidades clínicas en técnicas de inserción?
- ¿Cómo se hará el mantenimiento de los registros? ¿Cuál es el sistema de registros existente para partos y visitas de planificación familiar? ¿Algunos de los elementos de dichos sistemas de registros son similares?
- ¿Con qué información de irá la mujer una vez que abandone el establecimiento después de la inserción postparto del DIU?

La planificación y consideración cuidadosa de estos factores permitirá a la dirección del establecimiento introducir y establecer con éxito servicios de DIUPP.

La inserción del DIUPP durante una cesárea o inmediatamente después de la extracción de la placenta es preferible debido a que las tasas de expulsión son menores y este periodo de tiempo es más conveniente para la mujer. Sin embargo, ciertos establecimientos pueden contar con los equipos adecuados para prestar este servicio a sus clientes en las salas de postparto, durante el periodo postparto temprano. En este contexto de prestaciones, los consejeros designados y proveedores de servicios puedan revisar la situación y evaluar las necesidades de planificación familiar de las mujeres en la sala de postparto y ofrecerles atención de una manera planificada y controlada.

Crterios mínimos para la prestación de servicios de DIUPP

Los **crterios mínimos para la prestación de los servicios de DIUPP** de manera segura y efectiva contemplan:

- **Demanda informada:** Esto es crítico para el éxito del programa DIUPP. Las mujeres como familias y comunidades necesitan información oportuna, comprensible y precisa sobre los servicios de DIUPP con el fin de tomar decisiones informadas sobre sus opciones de PFPP. Aunque esta información se puede presentar a través de grupos educativos y visitas de orientación individual dirigidas a las clientas de la PFPP, también se pueden canalizar a través de otros servicios de salud, campañas de comunicación masiva, trabajadores/voluntarios de la salud comunitaria o mediante un sistema de referencias. La demanda también permite mantener el flujo de clientes de los servicios DIUPP, lo cual permite a los proveedores mantener un nivel de competencia técnica y desarrollar su propia especialización.
- **Infraestructura:** Un área de atención externa tanto para la revisión y orientación prenatal como para el seguimiento y evaluación, área de atención intraparto, en la que se atienden los partos y en la que se pueden realizar las inserciones posplacenta. Y una sala de examen/tratamiento dentro o cerca del área postparto, en la que se puedan realizar inserciones postparto temprano.
- **Suministros:** Una mesa de parto/examen con plataformas para los pies (o un área en la que la mujer puede poner los pies); instrumental para la inserción como espejos Simms, pinzas de anillos y pinzas largas (por ejemplo pinzas placentarias Kelly); toallas esterilizadas, guantes esterilizados o DAN (incluyendo guantes largos si se practica la técnica de inserción manual); solución antiséptica como providona yodada (Betadina®) o gluconato de clorhexidina (es decir Savlon® o Hibiclens®); y DIU en sus respectivos empaques esterilizados.

Los programas de DIUPP se beneficiaran de tener “paquetes para la inserción” ya preparados y envueltos en bandejas esterilizadas. Esto facilita tanto la seguridad como la eficiencia del procedimiento.

- **Personal:** Un proveedor de servicios clínicos, como por ejemplo una partera, doctor o enfermera quien regularmente atiende a las mujeres durante el trabajo de parto y ha recibido capacitación en el desarrollo de las competencias apropiadas para la prestación de los servicios DIUPP incluyendo orientación, prevención de infecciones, técnicas de inserción/extracción y manejo de efectos secundarios y complicaciones.
- **Coordinación de la atención:** Un sistema de comunicación e intercambio de información entre el servicio de APN, la unidad de trabajo de parto/parto, la sala de postparto y la unidad externa de atención postparto.
- **Sistemas de gestión:** La integración adecuada de todos y cada uno de los componentes mencionados anteriormente de tal forma que los servicios puedan ser prestados de una manera que garantice la continuidad de la atención, un buen sistema de orientación, practicas apropiadas de prevención de infecciones y seguimiento adecuado.

Aplicación de las normas de desempeño para la prestación de servicios DIUPP

Las normas de desempeño descomponen las áreas que comprenden una habilidad o conjunto de habilidades en la forma de pasos observables. El logro de cada norma se puede verificar mediante ciertos criterios de verificación, utilizando una herramienta que sigue el formato de una lista de observación verificable. Esta herramienta puede servir como una guía para la autohabilitación—para proveedores de servicios, supervisores y gerentes de programa—en el establecimiento y mantenimiento de servicios de DIUPP de alta calidad.

- Los proveedores de los servicios pueden utilizar la herramienta de evaluación Normas del Desempeño de los DIUPP (Anexo J) como una forma de desarrollar y evaluar su propio desempeño clínico y el de sus colegas. Esta herramienta también se puede utilizar como una guía descriptiva para el desempeño de sus funciones.
- Los supervisores pueden utilizar la herramienta de evaluación como una forma específica y detallada de administrar la supervisión de los servicios de DIUPP. Esto les puede permitir el intercambio de retroalimentación específica a los proveedores y gerentes sobre las actividades que se están realizando con éxito y las áreas en la que se necesita poner atención adicional.
- La medición secuencial del desempeño comparado con estándares permite a los gerentes de programa y autoridades distritales y estatales monitorear la calidad de los servicios en el tiempo y poder comparar el desempeño de los establecimientos de salud de una manera cuantificable.

Registros

Después de la inserción del DIU, el proveedor debe hacer una serie de anotaciones en el registro o expediente de la paciente, así como en el registro/libro de control de las inserciones de DIUPP o parto. Asimismo, cuando la paciente retorna para el seguimiento, el proveedor debe hacer las anotaciones correspondientes; si identifica algún problema en este momento, el registro/libro de inserciones debe pasar por consulta a fin de identificar los factores que pudieran haber precedido o causado el problema. En el Anexo K se puede ver un formato de muestra para la recopilación de datos.

El mantenimiento cuidadoso de los registros constituye un paso importante para el desarrollo de un programa DIUPP. Esto se debe a que los criterios de selección de las clientas y las técnicas de inserción se relaciona directamente con las tasas de expulsión y, por lo tanto, potencialmente, con el éxito del programa en general. Si al parecer un número mayor de clientas respecto a lo previsto está retornando con casos de dispositivos intrauterinos expulsados completa o parcialmente, ayudará mucho poder revisar los registros realizados al momento de la inserción (por ejemplo hallazgos de las revisiones, dificultades enfrentadas por el proveedor). Asimismo, las anotaciones del seguimiento pueden ofrecer información crítica—tanto en el caso de inserciones exitosas como en los casos que presentaron problemas. De cualquier manera, el mantenimiento de registros permite a los directores del programa y a los supervisores observar las habilidades de inserción del proveedor y las prácticas de evaluación de las clientas y de esta manera determinar si es preciso hacer cambios.

Anexo A: Mensajes clave sobre el espaciamiento saludable de los embarazos

| | Para clientes que desean volver a embarazarse después de un nacimiento vivo | Para clientes que desean volver a embarazarse después de un aborto espontáneo o inducido | Para clientes que desean embarazarse y son adolescentes (<18 años) |
|---------------------------------------|--|---|--|
| Retorno de la fertilidad | <p>Si no está amamantando exclusivamente, la fertilidad puede retornar de 4 a 6 semanas después del parto.</p> <p>Si no desea embarazarse, comience un método de planificación familiar de su elección poco después del parto.</p> | <p>La fertilidad puede retornar tan pronto como 2 semanas después de un aborto espontáneo o inducido.</p> <p>Si no desea embarazarse, comience un método de planificación familiar de su elección inmediatamente después de un aborto espontáneo o inducido.</p> | |
| Lactancia materna exclusiva | <p>La lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses posparto puede evitar el retorno de la fertilidad. Si usted está practicando MELA (donde la lactancia materna exclusiva es sólo uno de tres criterios esenciales), es posible que la fertilidad vuelva cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El bebé tenga 6 meses, • Deje de practicar la lactancia materna exclusiva, o • Regresen sus ciclos menstruales. <p>Si no desea embarazarse, comience un método de planificación familiar apenas deje de cumplir cualquiera de estos tres criterios</p> | | |
| Espaciamiento de los embarazos | <p>Para cuidar la salud de la madre y del bebé, espere por lo menos 24 meses, pero no más de 5 años, antes de intentar otro embarazo.</p> <p>Si no desea embarazarse, use un método de planificación familiar de su elección durante este periodo de tiempo.</p> | <p>Para cuidar la salud de la madre y del bebé, espere por lo menos 6 meses, pero no más de 5 años, antes de intentar otro embarazo.</p> <p>Si no desea embarazarse, use un método de planificación familiar de su elección durante este periodo de tiempo.</p> | <p>Para cuidar su salud y la salud del bebé, espere por lo menos a tener 18 años de edad antes de intentar embarazarse.</p> <p>Si no desea embarazarse, use un método de planificación familiar de su elección hasta que tenga 18 años de edad.</p> |

Anexo B: Guía descriptiva para la orientación sobre la planificación familiar posparto (PFPP)

| GUÍA DESCRIPTIVA: ORIENTACIÓN—ATRIBUTOS DE LOS MÉTODOS PFPP | | | |
|--|---|---|---|
| Métodos | Ventajas | Limitaciones | Evaluación/Consideración del cliente |
| DIU posparto | <ul style="list-style-type: none"> Se puede usar inmediatamente después del parto—sin espera Al igual que el DIU de intervalo: <ul style="list-style-type: none"> >99% de efectividad Regreso inmediato de la fertilidad al ser retirado Protección de corta o larga duración No se requieren materiales o suministros, ni intervenciones adicionales por parte de la usuaria (hasta 12 años) Reduce el riesgo total de un embarazo ectópico (al evitar el embarazo) | <ul style="list-style-type: none"> Puede presentar ciclos menstruales más abundantes y dolorosos, especialmente en los primeros ciclos; a menudo menos perceptibles en mujeres posparto Riesgo ligeramente elevado de expulsión Al igual que el DIU de intervalo, no protege contra las ITS, incluyendo el VIH Al igual que el DIU de intervalo, requiere procedimiento clínico | <ul style="list-style-type: none"> No es apropiado para mujeres con: <ul style="list-style-type: none"> Cáncer <i>cervical</i> o enfermedad trofoblástica Distorsiones uterinas (miomas, útero septo) Riesgo elevado de padecer gonorrea/clamidia SIDA <u>y</u> que no estén clínicamente bien o no estén recibiendo tratamiento antirretroviral No apropiado para mujeres posparto con ciertas condiciones resultantes del trabajo de parto y el parto Debe ser insertado dentro de 48 horas postparto |
| Píldoras de progestágeno solo | <ul style="list-style-type: none"> Más efectivas si las utilizan mujeres que también estén amamantando Aproximadamente 99% de efectividad Sin retraso del retorno de la fertilidad al dejar de tomar las píldoras | <ul style="list-style-type: none"> La píldora debe tomarse diariamente, en el mismo horario La mujer puede experimentar cambios en el sangrado No protege contra las ITS, incluyendo el VIH | <ul style="list-style-type: none"> No son apropiadas para mujeres que: <ul style="list-style-type: none"> Tienen cirrosis o enfermedad hepática activa Toman medicamentos para la tuberculosis o convulsiones Presentan un coágulo sanguíneo en las piernas o pulmones actualmente <ul style="list-style-type: none"> Tienen historial médico de cáncer de mama Entregar suministro antes del alta médico La mujer debe comenzar a tomarlas a las 6 semanas postparto. |
| Preservativo | <ul style="list-style-type: none"> Puede evitar el embarazo y el contagio de ciertas ITS (incluyendo el VIH) Puede ser utilizado una vez que la pareja reanude las relaciones sexuales | <ul style="list-style-type: none"> El reabastecimiento debe ser accesible Aproximadamente 85% de efectividad | <ul style="list-style-type: none"> Se debe utilizar CADA VEZ que se tiene relaciones sexuales. Se debe utilizar correctamente cada vez. Se puede entregar un suministro antes del alta médico. |
| Ligadura de trompas posparto | <ul style="list-style-type: none"> Método permanente de planificación familiar >99% (no 100%) de efectividad Procedimiento simple; complicaciones graves poco frecuentes | <ul style="list-style-type: none"> No protege contra las ITS, incluyendo el VIH Requiere un procedimiento quirúrgico | <ul style="list-style-type: none"> Para las mujeres que saben con certeza que no desean tener más hijos Coordinar la cirugía con el hospital Se puede realizar en los primeros siete días postparto. |
| MELA Fomentar la lactancia materna en todas las mujeres | <ul style="list-style-type: none"> Bueno para la madre y el recién nacido 98,5% efectiva si los 3 criterios se cumplen a la vez No tiene efectos secundarios Inicio inmediato después del nacimiento No son necesarios materiales/suministros adicionales | <ul style="list-style-type: none"> No protege contra las ITS, incluyendo el VIH Método de corta duración—confiable durante 6 meses | <ul style="list-style-type: none"> Efectivo si los TRES criterios se cumplen a la vez: <ol style="list-style-type: none"> Lactancia materna exclusiva cada vez que el bebé lo pida, día y noche, sin suministrar otros alimentos o líquidos No ha regresado el periodo menstrual El bebé tiene menos de 6 meses Transición a otro método anticonceptivo apenas deje de cumplir cualquiera de los tres criterios |
| Vasectomía | <ul style="list-style-type: none"> Método permanente de planificación familiar >99% (no 100%) de efectividad Procedimiento simple y seguro; complicaciones graves poco frecuentes El procedimiento no requiere de hospitalización | <ul style="list-style-type: none"> No protege contra las ITS, incluyendo el VIH Requiere un procedimiento quirúrgico ambulatorio | <ul style="list-style-type: none"> Para las parejas que saben con certeza que no desean tener más hijos Demora 3 meses en surtir efecto Se puede realizar en cualquier momento No afecta el rendimiento sexual masculino |

GUÍA DESCRIPTIVA: ORIENTACIÓN—MOMENTO OPORTUNO PARA UTILIZAR LOS MÉTODOS PFPP



Anexo C: Criterios de Elegibilidad Médica para el uso del DIU/DIUPP⁹

| CONDICIONES MÉDICAS CATEGORÍA 1 <i>Utilizar el método en cualquier circunstancia</i> | CONDICIONES MÉDICAS CATEGORÍA 2 <i>Utilizar el método generalmente</i> |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Inmediatamente después de la expulsión de la placenta o durante la cesárea • Más de 4 semanas posparto • Posparto <48 horas • Edad: >20 años • Paridad 1 ó más • Sangrado menstrual irregular (metrorragia) sin sangrado menstrual abundante • Antecedentes médicos de embarazo ectópico • Tabaquismo • Obesidad • Factores de riesgo para enfermedades cardiovasculares • Hipertensión arterial o antecedentes de hipertensión • Enfermedad tromboembólica (actual o en el pasado) • Hiperlipidemias • Valvulopatías sin complicaciones • Cefalea (cualquier tipo) • Epilepsia • Depresión • Tumores benignos de ovario • Neoplasia cervical intraepitelial • Enfermedades mamarias benignas ó cáncer de mama • Mujeres en tratamiento con antibióticos o anticonvulsivos • Enfermedades tiroideas, hepáticas ó de la vesícula biliar ó diabetes • Malaria • Tuberculosis no pélvica • Antecedentes médicos de EPI (con embarazo subsecuente) • Cirugía pélvica previa, incluyendo cesáreas anteriores | <ul style="list-style-type: none"> • Edad: menarca a <20 años • Nuliparidad • Sangrado vaginal abundante o prolongado • Valvulopatías complicadas • [Observaciones: Utilice profilaxis antibiótica antes de la inserción en mujeres con valvulopatías complicadas.] • Lupus con tratamiento inmunosupresor • Endometriosis • Antecedentes médicos de EPI (con embarazo subsecuente) • Riesgo elevado de VIH • Mujeres que son VIH-positivas y en tratamiento antirretroviral • Anemia (talasemia o anemia ferropénica) |

⁹Si bien los CEM han sido actualizados en años recientes para proporcionar una orientación más clara sobre el uso del DIU en general, la información específica sobre el DIUPP es limitada. Por lo tanto, es necesario revisar los CEM con respecto al uso del DIU en el periodo posparto y expandir la lista de condiciones médicas por las cuales el DIU puede ser o no ser apropiado. Aunque el enfoque de la revisión inicial incluye los criterios más generales y establecidos para el uso del DIU, la segunda revisión se enfoca en estos criterios ampliados (los cuales aparecen en negritas).

| CONDICIONES MÉDICAS CATEGORÍA 3 <i>En general, no utilizar el método a menos que otros métodos más apropiados no estén disponibles o no sean admisibles</i> | CONDICIONES MÉDICAS CATEGORÍA 4 <i>No utilizar el método</i> |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Entre 48 horas y 4 semanas posparto • Corioamnionitis • Ruptura prolongada de membranas (RPM) >18 horas* • Traumatismo genital extenso donde la inserción pueda interferir con la reparación* [Observaciones: Esto sólo se aplica a la inserción en el día 1 o 2 posparto] • SIDA, sin tratamiento antirretroviral o sin acceso a atención médica • Riesgo individual elevado de clamidia y de infección gonocócica (el compañero presenta flujo purulento o ITS actualmente) • Cáncer de ovario • Enfermedad trofoblástica benigna • Lupus con trombocitopenia severa | <ul style="list-style-type: none"> • Sepsis puerperal • Endometritis posparto • Hemorragia posparto no resuelta* • Embarazo (confirmado o sospecha) • Sangrado vaginal sin razón • EPI actual, gonorrea, o clamidia • Flujo purulento agudo (pus) • Distorsión de la cavidad uterina • Enfermedad trofoblástica maligna • Tuberculosis pélvica confirmada • Cáncer del tracto genital (cáncer cervical o endometrial) |

*Estas condiciones médicas no se mencionan específicamente en los CEM-OMS; sin embargo, su inclusión se considera una interpretación prudente de la publicación.

Anexo D: Suministros y equipo necesarios para los servicios DIUPP

| | |
|---|---|
| <p>ORIENTACIÓN/ATENCIÓN PRENATAL</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Muestras de métodos anticonceptivos como ayuda visual durante la orientación ● Ilustración DIUPP ● Guía descriptiva para la orientación sobre PFPP (Anexo B) ● Tarjeta DIUPP, proporcionada a la mujer para presentarla al momento del parto ● Sello para registrar la elección de PFPP en la tarjeta APN <p>INSERCIÓN POSPLACENTA O INTRACESÁREA^h</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Materiales de orientación (como se describe anteriormente), en caso necesario ● Guía descriptiva para la revisión antes de la inserción (Anexo E) ● Mesa o bandeja para instrumental y suministros: <ul style="list-style-type: none"> ● Pinzas placentarias largas (33 cm) para la inserción ● Pinzas de anillos para sujetar el cuello uterino ● Retractor o espejo de Simms ● Gasas/algodón ● Solución antiséptica, como <i>povidona yodada</i> (por ej: Betadine[®]) o gluconato de clorhexidina (por ej: Savlon[®] o Hibiclens[®]) ● Guantes esterilizados o DAN ● DIU dentro de su empaque esterilizado ● Toallas esterilizadas (2) ● Formulario de recolección de datos (Anexo K) ● Registro de inserción del DIUPP ● Tarjeta de instrucciones sobre el DIUPP a ser entregada a la paciente al momento del alta médico | <p>INSERCIÓN POSPARTO TEMPRANO</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Materiales de orientación (como se describe anteriormente), en caso necesario ● Guía descriptiva para la revisión antes de la inserción (Anexo E) ● Mesa o bandeja para instrumental y suministros (como se describe anteriormente) ● Guantes esterilizados o DAN ● DIU dentro de su empaque esterilizado ● Toallas esterilizadas (2) ● Formulario de recolección de datos (Anexo K) ● Registro de inserción del DIUPP ● Tarjeta de instrucciones sobre el DIUPP a ser entregada a la paciente al momento del alta médico <p>SEGUIMIENTO</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Formulario de recolección de datos (Anexo K) ● Registro de seguimiento ● Suministros necesarios para el examen con espejo según sea necesario: <ul style="list-style-type: none"> ● Espejo de Simms o Cusco o Graves ● Pinzas largas ● Tijeras ● Medicamentos para malestares comunes <ul style="list-style-type: none"> ● Ibuprofeno (400 mg) tabletas ● Suplementos de hierro |
|---|---|

^hNo se menciona en esta lista otros suministros estándar para el trabajo de parto y parto.

Anexo E: Guía descriptiva para la segunda revisión antes de la inserción del DIUPP

En preparación para la inserción del DIU, confirme la siguiente información sobre la mujer y su estado clínico:

| | | |
|--|---|---|
| Pregunte a la mujer si todavía desea la inserción del DIU para la PFPP | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| Revise su expediente clínico y asegúrese de que: | | |
| • Su revisión inicial muestre que el DIU es un método apropiado para ella | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| • Ha recibido orientación sobre planificación familiar sin haber estado en trabajo de parto activo y que existan pruebas de consentimiento en su expediente O | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| • Está recibiendo orientación en el periodo posparto. | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| Revise el curso de su trabajo de parto y parto y asegúrese de que <u>ninguna</u> de las siguientes afecciones esté presente: | | |
| Si va a hacer la <i>inserción posplacenta o intracésarea inmediata</i> , verifique que <u>ninguna</u> de las siguientes afecciones esté presente: | | |
| • Corioamnionitis (durante el trabajo de parto) | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| • Más de 18 horas transcurridas desde la ruptura de membranas hasta el nacimiento del bebé | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| • Hemorragia posparto no resuelta | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Si va a hacer la <i>inserción posparto temprano</i> , verifique que <u>ninguna</u> de las siguientes afecciones esté presente: | | |
| • Sepsis puerperal | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| • Endometritis/metritis posparto | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| • Sangrado posparto continuo y excesivo | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| • Traumatismo genital extenso donde la inserción posparto temprano del DIU podría interferir con la reparación | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Asegúrese de que el instrumental esterilizado se encuentre disponible * | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| Asegúrese de que los DIU se encuentren disponibles y accesibles en la sala de partos* | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| | Si ha marcado ALGUNA casilla en esta columna, aplase la inserción del DIU y ofrezca a la paciente información sobre otro método. | Si TODAS las casillas están marcadas en esta columna, entonces proceda con la inserción del DIU. |

*Si el instrumental apropiado o los DIU esterilizados no se encuentran disponibles, continúe con la inserción del DIU si pueden estar disponibles dentro de un periodo de tiempo razonable.

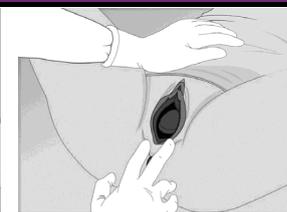
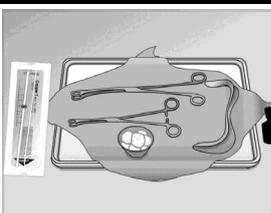
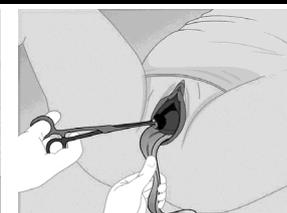
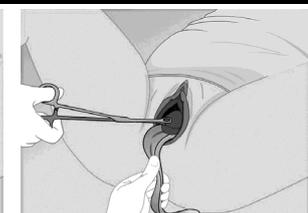
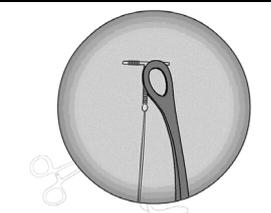
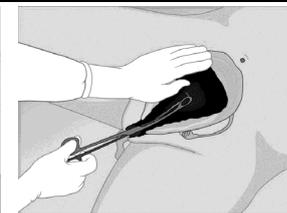
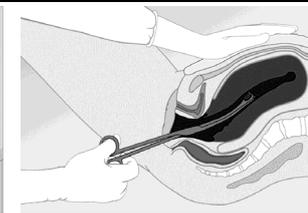
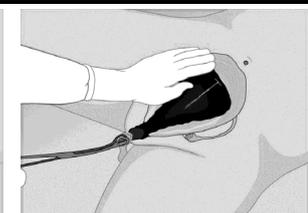
Anexo F: Resumen de pasos para procesar el instrumental y otros artículos utilizados en los servicios de DIUPP⁴⁴

| Artículo | Descontaminación | Limpieza | DAN | Esterilización |
|--|--|--|---|--|
| | Primer paso en el manejo de instrumental sucio; reduce el riesgo de transmisión de hepatitis B y del VIH | Elimina todos los rastros visibles de sangre, líquidos corporales y suciedad | Método recomendado de procesamiento final; destruye todos los virus, bacterias, parásitos, hongos y algunas endosporas | Método alternativo de procesamiento final; destruye todos los microorganismos, incluyendo endosporas |
| Mesa de exploración y otras áreas con superficies amplias | Limpia con una solución de cloro al 0,5% | Lavar con agua y jabón si queda material orgánico después de la descontaminación. | No es necesaria | No es necesaria |
| Instrumental utilizado para la inserción o extracción del DIU (ej: espejo, pinzas placentarias/de anillos, retractor o espejo) | Sumergir en una solución de cloro al 0,5% durante 10 minutos antes de la limpieza. Enjuagar o lavar inmediatamente* | Utilizando un cepillo, lavar con agua y jabón. Enjuagar con agua limpia. Si van a ser esterilizados, secar al aire o con una toalla y empaquetarlos. | <ul style="list-style-type: none"> Hervir o lavar al vapor durante 20 minutos. Utilizar la desinfección química de alto nivel remojando durante 20 minutos. Enjuagar bien con agua hervida y secar al aire antes del uso o almacenamiento. | <ul style="list-style-type: none"> Utilizar calor seco durante 1 hora después de alcanzar 170°C (340°F), o Autoclave a 121°C (250°F) y 106 kPa (15 lb/in²) durante 20 minutos (30 minutos, si se envuelve). |
| Contenedores para el almacenamiento del instrumental | Remojar en una solución de cloro al 0,5% durante 10 minutos antes de la limpieza. Enjuagar o lavar inmediatamente.** | Lavar con agua y jabón. Enjuagar con agua limpia; secar al aire o con una toalla. | <p>Hervir contenedor/tapa durante 20 minutos. Si el contenedor es demasiado grande:</p> <ul style="list-style-type: none"> Llenar el contenedor con una solución de cloro al 0,5% y remojar durante 20 minutos. Enjuagar con agua que haya sido hervida durante 20 minutos y secar al aire antes del uso. | <ul style="list-style-type: none"> Utilizar calor seco durante 1 hora después de alcanzar 170°C (340°F), o Autoclave a 121°C (250°F) y 106 kPa (15 lb/in²) durante 20 minutos (30 minutos, si se envuelve). |

*Si no está envuelto, use inmediatamente; si está envuelto, puede ser almacenado hasta 1 semana antes de su uso.

**Evite la exposición prolongada/excesiva a la solución de cloro (más de 20 minutos, más del 0.5%) para minimizar la corrosión del instrumental y el deterioro de los artículos de hule o tela.

Anexo G: Guía descriptiva para la inserción instrumental del DIUPP

| Hable con la mujer durante el procedimiento. | Utilice la técnica "no tocar" cuidadosamente. | | Siga todas las prácticas de prevención de infecciones recomendadas. |
|--|--|--|---|
|  |  |  |  |
| <p>1. Verifique si la mujer haya elegido el DIU y recibido orientación.</p> | <p>2. Atienda el trabajo de parto y parto, incluyendo MATEP.</p> | <p>3. Realice una segunda revisión, incluida la inspección del perineo para ver si hay laceraciones.</p> | <p>4. Si no existen problemas, pregunte a la mujer si está lista para la inserción del DIU.</p> |
|  |  |  |  |
| <p>5. Organice los suministros y equipo, con el DIU a un costado.</p> | <p>6. Visualice el cuello uterino utilizando el retractor o espejo.</p> | <p>7. Limpie el cuello uterino y la vagina DOS VECES con dos gasas diferentes, una por vez.</p> | <p>8. Sujete el labio anterior del cuello uterino con las pinzas de anillos.</p> |
|  |  |  |  |
| <p>9. Abra el empaque del DIU y sujete el DIU con las otras pinzas.</p> | <p>10. Inserte las pinzas con el DIU a través del cuello uterino hacia cavidad uterina inferior, evitando tocar la vagina y manteniendo las pinzas cerradas.</p> | <p>11. Suelte las pinzas de anillos y coloque la mano sobre el abdomen.</p> | <p>12. "Eleve" el útero empujando hacia arriba, hacia la cabeza de la mujer.*</p> |
|  |  |  |  |
| <p>13. Mueva el DIU y las pinzas hacia arriba (hacia el ombligo), hasta que sienta el fondo; siga el contorno de la cavidad uterina.</p> | <p>14. Abra las pinzas y suelte el DIU en el fondo uterino (base).</p> | <p>15. Deslice las pinzas a un costado de la pared del útero.</p> | <p>16. Retire lentamente las pinzas, manteniéndolas ligeramente abiertas.</p> |
| <p>Permita que la mujer descanse.</p> | <p>Asegúrese de que reciba atención posparto completa.</p> | | <p>Proporcione instrucciones post-inserción.</p> |

*Esta maniobra le ayudará a enderezar el segmento uterino bajo y el ángulo vagino-uterino para facilitar la inserción.

Anexo H: Lineamientos para la extracción del DIU ^{38,43}

La extracción del DIU suele ser un procedimiento de rutina sencillo y relativamente indoloro. A menos que la extracción del DIU se deba a razones médicas, o porque la mujer desea suspender el método, se puede insertar un nuevo DIU **de inmediato**, si la mujer así lo desea. La evaluación y atención adecuadas, antes y después del procedimiento, dependerán de los motivos de la extracción, y si se insertará otro DIU, o si la paciente comenzará a utilizar un método diferente. Aplique las prácticas de prevención de infecciones adecuadas.

Nota: La extracción de rutina del DIU (especialmente por reemplazo), puede ser más simple durante el periodo menstrual, ya que el cuello uterino es más blando. Sin embargo, **los DIU se pueden extraer en cualquier momento durante el ciclo menstrual.**

Antes de la extracción del DIU

- Pregunte a la mujer las razones por las que desea extraer el DIU:
 - Si se debe a **razones personales** (o no ofrece **ninguna razón**), retire el DIU. La mujer tiene derecho a suspender el método en cualquier momento, sin importar la razón.
 - Si se debe a **reemplazo del DIU** (por ej: por expiración de la fecha de efectividad), verifique si se ha evaluado a la paciente para determinar si es elegible para la reinsertación del DIU en este momento.
 - Si la extracción del DIU se debe a **razones médicas** (por ej: embarazo, sangrado menstrual abundante y peligroso), verifique si se ha evaluado a la paciente para determinar si la extracción de rutina es segura en este momento. Refiérala a un centro de extracciones especiales, si es necesario.
 - Si la mujer **comenzará a utilizar un método diferente**, pregúntele cuándo inició su último periodo menstrual. Esto ayudará a determinar si necesitará utilizar un método de respaldo.
- Verifique si la mujer comprende los siguientes puntos clave sobre la extracción del DIU, según sea apropiado:
 - “Usted puede quedar embarazada de nuevo inmediatamente después de la extracción del DIU.”
 - “Si no desea quedar embarazada, debemos insertar otro DIU inmediatamente, o deberá comenzar otro método anticonceptivo”
 - “No es necesario un tiempo de descanso entre los DIU.”
- Revise los objetivos de reproducción de la mujer y su necesidad de protección contra las ITS.
- Ayúdele a elegir un método anticonceptivo diferente, si es apropiado.

Extracción del DIU

Utilizando la técnica “no tocar” (aséptica) cuidadosamente de principio a fin, siga estos pasos:

PASO 1: Prepare a la cliente:

- Proporcione a la mujer una breve descripción del procedimiento, invítela a hacer preguntas, y hágala sentir cómoda, según sea necesario.
- Indique a la mujer que puede decirle si siente dolor en cualquier momento.

PASO 2: Póngase guantes de exploración o guantes quirúrgicos DAN nuevos/limpios en ambas manos.

PASO 3: Inserte un espejo DAN (o estéril) y visualice el cuello uterino y los hilos del DIU.

- Si los hilos no se pueden ver, maneje el caso de acuerdo a las recomendaciones sobre Hilos faltantes (Anexo I).

PASO 4: Limpie el cuello uterino y la vagina con un antiséptico apropiado: Aplique con cuidado un antiséptico apropiado (por ej: povidona yodada o clorhexidina) dos o más veces sobre el cuello uterino (limpiando desde el interior del orificio cervical hacia afuera) y vagina. Si utiliza povidona yodada, verifique que la mujer no sea alérgica al yodo y espere 2 minutos para que actúe la solución.

PASO 5: Prepare a la mujer inmediatamente antes de extraer el DIU:

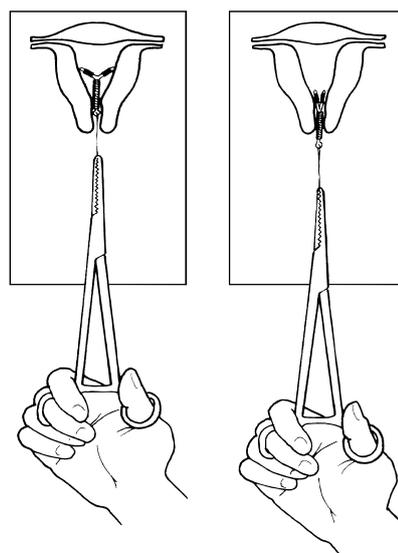
- Pídale que respire lenta y profundamente y que se relaje.
- Infórmele que es posible que sienta cierta incomodidad y cólicos, lo cual es normal.

No utilice la fuerza en ninguna de las etapas de este procedimiento.

PASO 6: Sujete los hilos del DIU y aplique tracción leve:

- Sujete los hilos del DIU con unas pinzas angostas de desinfección de alto nivel (o estériles) (Figura I-1, panel de la izquierda).
- Aplique tracción constante pero leve y tire cuidadosamente de los hilos hacia usted (Figura I-1, panel de la derecha). (El dispositivo por lo general se puede extraer sin dificultad.)
 - Si los hilos se rompen, pero el DIU es visible, sujete el dispositivo con las pinzas y extráigalo.
 - Si la extracción se complica **¡no haga uso de fuerza excesiva!** Consulte el siguiente recuadro de orientación para manejar este problema.

Figura I-1. Extrayendo el DIU



Lineamientos para extracciones complicadas de DIU**Si ha extraído parcialmente el DIU, pero tiene dificultades para extraerlo a través del canal del cuello uterino:**

- Intente una torsión suave y lenta del DIU mientras tira suavemente de él.
- Continúe por el tiempo que la mujer siga sintiéndose cómoda.
 - Si el DIU aún no puede ser extraído, envíe a la mujer con un proveedor especialmente capacitado que pueda dilatar el cuello uterino.

Si parece haber un ángulo agudo entre el útero y el cuello uterino:

- Coloque un tenáculo DAN (o esterilizado) en el cuello uterino, y aplique tracción leve, hacia abajo y hacia afuera.
- Intente con una torsión suave y lenta del DIU mientras tira suavemente de él.
- Continúe por el tiempo que la mujer siga sintiéndose cómoda.
 - Si el DIU aún no puede ser extraído, envíe a la mujer con un proveedor especialmente capacitado que pueda dilatar el cuello uterino.

PASO 7: Muestre el DIU a la mujer, y colóquelo en una solución de cloro al 0,5% durante 10 minutos para la descontaminación.

PASO 8: Inserte un nuevo DIU si la mujer así lo desea y si no existen precauciones que impidan continuar con el uso del método. Si no se le insertará un nuevo DIU, retire suavemente el espejo y colóquelo en una solución de cloro al 0.5% durante 10 minutos para la descontaminación.

Después de la extracción del DIU

- Pregunte a la mujer cómo se siente, y si está experimentando cualquiera de los siguientes síntomas:
 - Náusea
 - Dolor abdominal/cólicos leves a moderados
 - Mareo o desmayos (poco frecuente)
 - Si la mujer está experimentando cualquiera de estos síntomas, hágala sentir cómoda y tranquila y permítale permanecer en la mesa de exploración para descansar hasta que se sienta mejor.

Importante: Aunque la mayoría de mujeres **no** presentan problemas después de la extracción del DIU, todas las mujeres deberán permanecer en la clínica durante 15 a 30 minutos antes de ser dadas de alta como medida de precaución.

- Si la mujer está comenzando un nuevo método anticonceptivo, deberá proporcionársele ahora, junto con un método de respaldo en caso necesario.

Anexo I: Protocolo para el manejo de hilos faltantes del DIUPP

Caso # _____

Fecha _____

Protocolo para el manejo de hilos faltantes del DIUPP*

Situación: Utilice este protocolo si encuentra los hilos del DIU sobresaliendo del cuello uterino al examinar a una mujer que retorna después de la inserción del DIU posparto

Marque la casilla de la acción efectuada

1 2

3 4

5 6

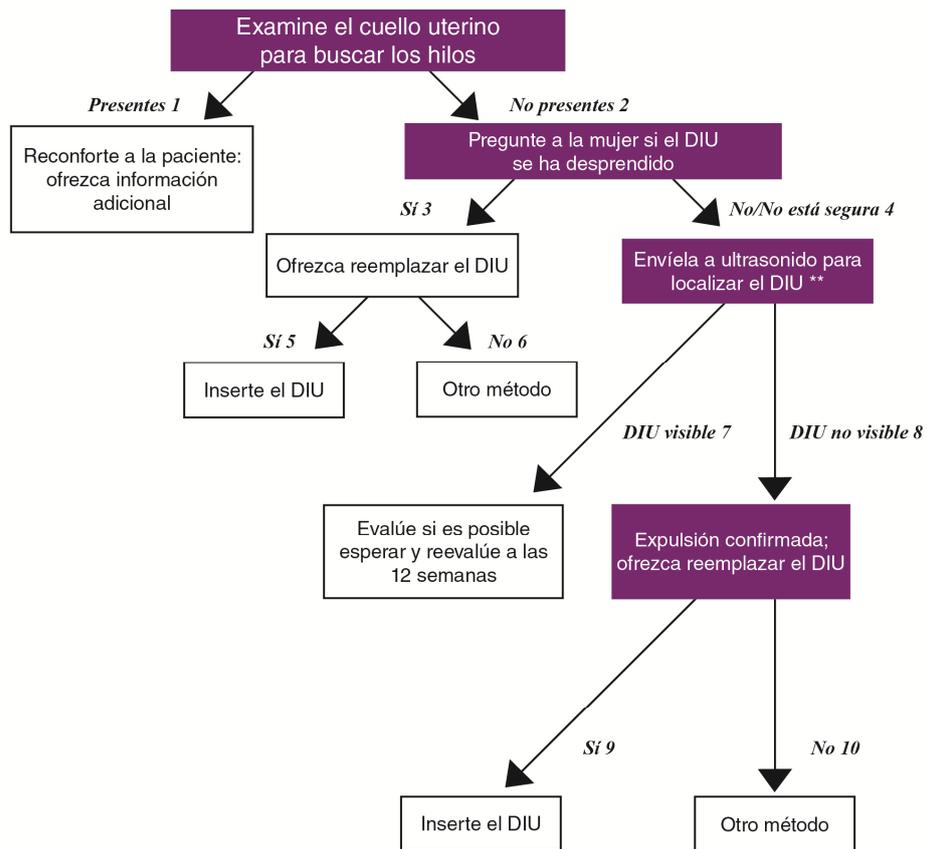
7 8

9 10

11

12

13



* Si los hilos no se pueden ver a los 3 meses, repita el protocolo desde el principio. Si todavía no puede ver los hilos:
 1. Reconforte a la paciente y dé seguimiento 11
 2. Retire el DIU con instrumento y reemplace 12
 ** Considere rayos X de abdomen en vez de/para complementar hallazgos del ultrasonido 13

Anexo J: Estándares de desempeño para la orientación y servicios de DIUPPⁱ

| Estándares de desempeño para la orientación y servicios DIUPP | | | |
|---|--|-------------------------|-------|
| Número | Área | Estándares de desempeño | |
| | | Número | Total |
| 1 | Educación y orientación sobre PFPP/DIUPP, y revisión inicial de la clienta durante la atención prenatal (APN); atención de seguimiento/consultas | 1–8 | 8 |
| 2 | Educación y orientación sobre PFPP/DIUPP, y evaluación de la clienta durante el trabajo de parto temprano/inactivo o periodo posparto | 9–3 | 5 |
| 3 | Inserción del DIU | 14–21 | 8 |
| 4 | Manejo de servicios del DIUPP y mantenimiento de registros | 22–26 | 5 |

ⁱFuentes para estos estándares de desempeño: Jhpiego Family Planning Performance Standards for Afghanistan, y WHO/CCP's *Family Planning: A Global Handbook for Providers* y materiales de capacitación sobre DIU postparto, Acquire/Engender Health.

CENTRO HOSPITALARIO: _____

EQUIPO DE EVALUACIÓN: _____ FECHA: _____

| Estándares de desempeño | Criterios de verificación | S/N, N/A ⁱ | S/N, N/A | Comentarios |
|--|---|-----------------------|----------|-------------|
| Área 1: Educación y orientación sobre PFPP/DIUPP, y revisión inicial de la clienta durante la atención prenatal (APN); atención de seguimiento/consultas | | | | |
| <i>Instrucciones para el Asesor: Observe los estándares 1–6 en secuencia con dos mujeres que reciban orientación sobre PFPP durante una consulta APN. Observe la prestación de la atención a por lo menos dos mujeres para los estándares 7 y 8.</i> | | | | |
| 1. El proveedor/consejero utiliza las técnicas de orientación recomendadas para la PFPP durante la APN. | Observe si durante la orientación a una clienta en un área de servicios clínicos apropiada el proveedor/consejero: | | | |
| | • Es respetuoso y le ayuda a sentirse cómoda.. | | | |
| | • Invita a la mujer a explicar sus necesidades, expresar sus inquietudes, y a hacer preguntas. | | | |
| | • Incluye al esposo de la mujer o a un miembro importante de la familia, con el consentimiento de la mujer. | | | |
| | • Escucha con atención. | | | |
| | • Respeta y apoya las decisiones informadas de la mujer. | | | |
| 2. El proveedor/consejero proporciona información sobre los beneficios del espaciamiento saludable de los embarazos (o su limitación, si así se desea), y explora los conocimientos de la mujer sobre los métodos de planificación familiar posparto. | Observe si el proveedor/consejero: | | | |
| | • Explora los conocimientos de la mujer sobre los beneficios del espaciamiento de los embarazos. | | | |
| | • Pregunta sobre los métodos de planificación familiar utilizados con anterioridad y conocimientos actuales sobre todos los métodos de planificación familiar (MELA, píldoras de progestágeno solo, ligadura de trompas posparto, preservativo y el DIUPP). | | | |
| | • Habla de alguna necesidad asociada, como la protección contra las ITS, incluyendo el VIH y ayuda para el uso del preservativo. | | | |

ⁱS = Sí; N = No; N/A = No Aplicable

| Estándares de desempeño | Criterios de verificación | S/N, N/A ^j | S/N, N/A | Comentarios |
|--|---|-----------------------|----------|-------------|
| Utilice la Guía descriptiva para la orientación sobre PFPP (Anexo B) para facilitar esta tarea. | <ul style="list-style-type: none"> • Corrige información errónea. | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Aborda la situación de la mujer, sus planes, y lo que es importante para ella sobre un método. | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Ayuda a la mujer a considerar los métodos adecuados. Si es necesario, le ayuda a tomar una decisión. | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Apoya la decisión de la mujer. | | | |
| 3. El proveedor/consejero realiza una revisión breve para determinar si el DIU es un método apropiado para la mujer interesada en un DIUPP. | Si la mujer muestra interés en el DIUPP, observe si el proveedor/consejero: | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Determina que la mujer no padece ninguna de las siguientes afecciones: | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Enfermedad trofoblástica maligna | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Cáncer cervical, endometrial o de ovario | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Anomalías del aparato reproductor/fibromas uterinos que distorsionan en la cavidad uterina | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Tuberculosis pélvica | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Riesgo individual elevado de padecer gonorrea o clamidia | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> • SIDA y mal estado clínico, o sin tratamiento antirretroviral | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Si ninguna de las afecciones anteriores están presentes, informa a la mujer que es posible que sea elegible para usar el DIU | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Procede con la orientación apropiada para este método específico. <p><i>[OBSERVACIONES: La mujer será evaluada nuevamente inmediatamente después del parto para descartar otras afecciones como resultado del trabajo de parto/parto que pudieran hacer del DIU una mala elección para la paciente en ese momento].</i></p> | | | |

| Estándares de desempeño | Criterios de verificación | S/N, N/A ^j | S/N, N/A | Comentarios |
|--|--|-----------------------|----------|-------------|
| 4. El proveedor/consejero proporciona información específica sobre el método (DIU). | Observe que el proveedor/consejero: | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> Utiliza ayudas visuales (carteles, DIU demostrativo) durante la orientación. | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> Analiza los puntos clave con la mujer: | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> Efectividad del DIU: previene casi el 100% de los embarazos | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> Cómo previene el embarazo: causa un cambio químico que daña al esperma ANTES de que el esperma y el óvulo se encuentren | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> Cómo se utiliza el DIU: se inserta después del parto y a partir de ello no requiere cuidados adicionales (Verificar que la mujer sepa que también puede ser insertado en cualquier otro momento) | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> Por cuánto tiempo previene el embarazo el DIU: hasta 12 años (T de cobre 380A) | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> Extracción: puede ser extraído en cualquier momento por un proveedor capacitado con el retorno inmediato de la fertilidad | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> Ofrece información sobre cuándo debe regresar la cliente. | | | |

| Estándares de desempeño | Criterios de verificación | S/N, N/A ^j | S/N, N/A | Comentarios |
|--|---|-----------------------|----------|-------------|
| 5. El proveedor/consejero ofrece a la mujer más información específica sobre el DIUPP (por ej: ventajas, limitaciones, cuándo deberá volver). | Observe si el proveedor/consejero: | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Explica las siguientes ventajas: | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Colocación inmediata después del parto | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> • No requiere ninguna acción por parte de la mujer | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Retorno inmediato de la fertilidad al extraerse | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> • No afecta la lactancia materna | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Acción prolongada y reversible: puede ser utilizado para prevenir el embarazo durante poco tiempo o hasta 12 años. | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Explica las siguientes limitaciones: | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Periodos menstruales más abundantes y dolorosos, sobre todo los primeros ciclos (pueden ser menos evidentes para la mujeres postparto debido al proceso de recuperación) | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> • No protege contra las ITS, incluyendo el VIH | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Pequeño riesgo de perforación | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Mayor riesgo de expulsión cuando se inserta después del parto (sin embargo, este riesgo puede minimizarse a través de la inserción inmediata [posplacenta, intracésárea], utilizando las técnicas e instrumental adecuados) | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Describe las siguientes señales de alarma y explica a la mujer que deberá volver a la clínica tan pronto como sea posible si presenta cualquiera de los siguientes signos: | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Flujo vaginal maloliente, distinto a los loquios habituales | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Dolor abdominal bajo, especialmente si va acompañado de sensación de malestar, fiebre o escalofríos | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Sospecha de embarazo | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Sospecha de que el DIU se ha desprendido | | | | |

| Estándares de desempeño | Criterios de verificación | S/N, N/A ^j | S/N, N/A | Comentarios |
|--|---|-----------------------|----------|-------------|
| 6. El proveedor/consejero anota el expediente médico de la mujer para dejarles saber a otros proveedores que la paciente ha elegido el DIUPP. | Observe si el proveedor/consejero: | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> Hace una anotación sobre el método de PFPP elegido. | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> Anota en el registro/tarjeta APN que la mujer ha recibido orientación y ha solicitado el DIUPP. | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> Indica a la mujer que al entrar en trabajo de parto, deberá comunicarle al proveedor en el centro hospitalario que desea la inserción de un DIU después del parto. | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> Entrega a la mujer la tarjeta que muestra que ella ha dado su consentimiento para la inserción posparto del DIU. | | | |
| Observaciones: Poniendo estas recomendaciones en perspectiva real, entre los pasos 6 y 7, la mujer ha tenido a su bebé, ha recibido manejo activo de tercera etapa del parto (después del parto vaginal), se le ha insertado el DIU, y ha recibido el alta del centro hospitalario con instrucciones de volver a las 6 semanas para el seguimiento rutinario, o en cualquier momento que tenga problemas o problemas. | | | | |
| 7. El proveedor conduce las consultas/atención de seguimiento adecuadamente. | Observe si el proveedor: | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> Saluda a la mujer con cortesía. | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> Explica el propósito de la consulta. | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> Garantiza privacidad y confidencialidad. | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> Permite a la mujer hacer preguntas. | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> Pregunta a la mujer si tiene inquietudes o problemas relacionados con el DIU. | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> Le pregunta sobre la lactancia materna (si aplica). | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> Le pregunta si ha reanudado las relaciones sexuales y si tiene preocupaciones de estar en mayor riesgo de exposición a las ITS/VIH. Describe y ofrece preservativos para una doble protección, según sea necesario. | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> Realiza una exploración pélvica y documenta la presencia y la longitud de los hilos siempre que sea posible. | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> Recorta los hilos, si es apropiado para la mujer y así lo desea. | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> Recuerda a la mujer que deberá volver, en caso necesario, y que se podrá extraer el DIU en cualquier momento que lo desee. | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> Documenta éstos y otros datos sobre la consulta en el expediente de la clienta. | | | |

| Estándares de desempeño | Criterios de verificación | S/N, N/A ¹ | S/N, N/A | Comentarios |
|--|--|-----------------------|----------|-------------|
| <p>8. El proveedor identifica a mujeres con problemas y atiende complicaciones, según sea necesario.</p> <p>Para un análisis más detallado del manejo de los efectos secundarios y complicaciones puede consultar <i>Family Planning: A Global Handbook for Providers</i> (WHO and CCP 2007).</p> | <p>Observe si el proveedor:</p> | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Pregunta a la mujer si está experimentando efectos secundarios o problemas con el DIUPP. | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Si se identifican efectos secundarios y/o problemas, conduce una evaluación breve y el manejo inicial del problema: (como se indica a continuación) atiende el problema adecuadamente, o refiere a la paciente con otro proveedor para recibir tratamiento adicional. | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> • <i>Sangrado vaginal abundante</i>: proporciona una explicación y hace sentir tranquila a la paciente, evalúa si existe anemia, lleva a cabo un examen ginecológico (pélvico), proporciona AINE (ibuprofeno 400 mg dos veces al día durante 5 días), suministra suplementos de hierro. No se deberá utilizar aspirina ya que posee un efecto anticoagulante en la sangre. | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> • <i>Sangrado irregular</i>: proporciona una explicación y hace sentir tranquila a la paciente, proporciona AINE (ibuprofeno 400 mg dos veces al día durante 5 días), suministra suplementos de hierro. | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> • <i>Dolor abdominal bajo o cólicos</i>: evalúa si existe endometritis palpando el abdomen y observando el flujo vaginal; da una explicación y hace sentir tranquila a la paciente, proporciona AINE (ibuprofeno 400 mg dos veces al día durante 5 días). | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> • <i>Dolor abdominal bajo intenso</i>: evalúa si existe embarazo ectópico o infección pélvica. | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> • <i>Fiebre y flujo vaginal purulento</i>: lleva a cabo un examen ginecológico (pélvico), evalúa si existe infección pélvica. (Observaciones: no es necesario extraer el DIU durante el tratamiento) | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> • <i>Sospecha de embarazo</i>: lleva a cabo un examen ginecológico (pélvico), evalúa si existe un embarazo. | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> • <i>Sospecha de expulsión</i>: lleva a cabo un examen ginecológico (pélvico): si el DIU es expulsado parcialmente, lo elimina y reemplaza; si el DIU no está presente, pregunte a la mujer si el DIU fue expulsado (ofrece reemplazo u otro método); si el DIU no está presente y la mujer no ha notado la expulsión, considera hacer uso de radiografías o ultrasonido. | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> • <i>Problemas con los hilos</i>: demasiado largos: los recorta; no presentes: evalúa si el DIU ha sido expulsado. Considera hacer uso de ultrasonido para comprobar la ubicación del DIU. | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Si las acciones iniciales no son suficientes para manejar efectivamente el problema, refiere a la mujer con otro proveedor para una evaluación y manejo adicionales, según sea necesario. | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Ofrece extraer el DIU a cualquier mujer que lo solicita. | | | |

| Estándares de desempeño | Criterios de verificación | S/N, N/A ^j | S/N, N/A | Comentarios |
|---|---|-----------------------|----------|-------------|
| Área 2: Orientación y evaluación de la clienta sobre el DIU durante el trabajo de parto o periodo posparto | | | | |
| Instrucciones para el Asesor: Observe la prestación de la atención a para lo menos una mujer por cada uno de los estándares 9, 10 y 11. Observe la prestación de la atención a por lo menos dos mujeres para los estándares 12 y 13. | | | | |
| 9. El proveedor verifica con la mujer <u>en trabajo de parto</u> si ella ha elegido el DIU para la planificación familiar posparto. | Observe si el proveedor: | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Saluda a la paciente (y a su acompañante, si se encuentra presente) con cortesía. | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Se se presenta ante la paciente (y ante su acompañante, si se encuentra presente). | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Confirma la identificación personal de la paciente (nombre, fecha de nacimiento). | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Si la mujer se encuentra en trabajo de parto, es comprensivo(a) al malestar de la mujer y detiene la conversación durante las contracciones/dolores de parto. | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Determina, mediante la Guía descriptiva para la revisión previa a la inserción si la mujer cumple los criterios para la inserción posplacenta: | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Ha recibido orientación sobre planificación familiar pero no durante el trabajo de parto activo. | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Ha dado su consentimiento. | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> • La inserción se puede hacer inmediatamente después del parto. | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Determina que el DIU es apropiado para la mujer (véase Estándar 12) y que ésta todavía desea la inserción del DIU. | | | | |

| Estándares de desempeño | Criterios de verificación | S/N, N/A ^j | S/N, N/A | Comentarios |
|--|---|-----------------------|----------|-------------|
| 10. El proveedor verifica con la mujer <u>posparto</u> que ella ha elegido el DIU para la PFPP. | Observe si el proveedor: | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Saluda a la paciente (y a su acompañante, si se encuentra presente) con cortesía. | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Se presenta ante la paciente (y ante su acompañante, si se encuentra presente). | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Confirma la información personal de la paciente (nombre, fecha de nacimiento). | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Determina si la mujer cumple los criterios para la inserción posplacenta: | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> <ul style="list-style-type: none"> • Ha recibido orientación sobre planificación familiar pero no durante el trabajo de parto activo. | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> <ul style="list-style-type: none"> • Ha dado su consentimiento. | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Determina mediante la Guía descriptiva para la revisión previa a la inserción que el DIU es apropiado para la mujer (véase Estándar 12) y que ésta todavía desea la inserción del DIU. | | | |

| Estándares de desempeño | Criterios de verificación | S/N, N/A ^j | S/N, N/A | Comentarios |
|--|---|-----------------------|----------|-------------|
| 11. El proveedor orienta y revisa a una mujer que no fue identificada durante la APN como usuaria potencial de un DIUPP. | Observe si el proveedor: | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> Identifica a mujeres en trabajo de parto y posparto que estén interesadas en el DIUPP. | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> Si la mujer se encuentra en trabajo de parto temprano o en el posparto, se asegura de que ésta se sienta cómoda y si está en condiciones de tomar una decisión informada. | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> Realiza una evaluación breve y determina si el DIUPP es un método apropiado para la mujer (ver Estándar 3). | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> Proporciona información específica al método del DIUPP (véanse Estándares 4 y 5). | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> Hace una anotación en el expediente médico y notifica a otros proveedores que la mujer ha elegido la inserción posparto del DIU. | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> Cuando es apropiado para la mujer posparto o para la mujer a la que no se le ha podido realizar la inserción posplacenta, hace los arreglos necesarios para una inserción postparto temprano antes del alta médico. | | | |
| 12. El proveedor confirma si el DIU es un método posparto apropiado para una mujer en trabajo de parto o posparto reciente. | Observe si el proveedor: | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> Utiliza la Guía descriptiva para la revisión previa a la inserción para asegurarse de que ninguna de las siguientes afecciones médicas estén presentes: | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> Endometritis/metritis posparto | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> Sepsis puerperal | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> Más de 18 horas transcurridas desde la ruptura de las membranas hasta el parto | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> Hemorragia posparto no resuelta Traumatismo genital extenso donde la inserción posparto del DIU podría interferir con la reparación | | | |

| Estándares de desempeño | Criterios de verificación | S/N, N/A ^j | S/N, N/A | Comentarios |
|--|--|-----------------------|----------|-------------|
| 13. El proveedor demuestra buena interacción con la clienta. | Observe si el proveedor: | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> Utiliza el nombre de la paciente apropiadamente de acuerdo a las circunstancias. | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> Da a la paciente oportunidad para hacer preguntas; responde a sus preguntas (y si está presente, a las de su acompañante). | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> Mantiene la privacidad y confidencialidad de la mujer. | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> Le presta atención y escucha constantemente. | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> Habla con respeto y profesionalismo a la paciente usando un lenguaje claro y simple. | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> Verifica que la paciente comprende la información proporcionada. | | | |
| Área 3: Prestación de los servicios de DIU | | | | |
| Instrucciones para el Asesor: Observe la prestación de la atención de los servicios del DIU a por lo menos una mujer para los estándares 14–21. Si no hay pacientes, pida a los proveedores que demuestren la prestación del servicio con modelos anatómicos, y que revisen el expediente médico de los dos casos más recientes por cada tipo de servicio (posplacenta, intracésarea y posparto temprano). Los casos deben haber sido completados dentro de los de 6 meses recientes. | | | | |
| Inserción inmediata del DIUPP | | | | |
| 14. El proveedor completa todas las tareas previas a la inserción para la inserción posplacenta o intracésarea del DIU. Utiliza la Guía descriptiva para la revisión previa a la inserción para ayudar a facilitar esta tarea. | Observe si el proveedor: | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> Verifica que la mujer haya dado su consentimiento para la inserción del DIUPP. | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> Verifica que los suministros y equipos necesarios se encuentren disponibles en la sala. | | | |
| | <i>Para la inserción posplacenta:</i> | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> Pinzas placentarias largas para la inserción | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> Pinzas de anillos para sujetar el cuello uterino | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> Retractor o espejo de Simms | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> Gasas/algodón | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> Betadine | | | |
| | <i>Para la inserción intracésarea:</i> | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> Pinzas de anillos para la inserción del DIU | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> Abre el DIU sobre una bandeja de parto esterilizada (posplacenta) o una bandeja de instrumental médico (intracésarea). | | | |

| Estándares de desempeño | Criterios de verificación | S/N, N/A ^j | S/N, N/A | Comentarios |
|---|---|-----------------------|----------|-------------|
| <p>15. El proveedor inserta correctamente el DIU en un plazo de 10 minutos después de la expulsión de la placenta después del parto vaginal (inserción instrumental).</p> <p><i>Observaciones: El DIU deberá insertarse después del manejo activo de la tercera etapa del parto (MATEP) y de confirmar que el sangrado posparto es mínimo.</i></p>  | <p>Observe si el proveedor:</p> | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> Al completar el METAP, pregunta a la mujer si está lista para la inserción del DIU y si tiene alguna pregunta. | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> Lava sus manos; utiliza guantes DAN o esterilizados. | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> Organiza los instrumentos y suministros en una bandeja esterilizada o en una zona cubierta. | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> Sujeta el DIU con pinzas Kelly placentarias o pinzas de anillos. Las coloca a un lado. | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> Inspecciona el perineo, labios y paredes vaginales en busca de laceraciones. Si éstas no están sangrando abundantemente, las repara, si es necesario, después de insertar el DIU. | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> Visualiza cuidadosamente el cuello uterino presionando la pared posterior de la vagina. (Observaciones: Si no se puede visualizar el cuello uterino, aplica presión en el fondo uterino para que el cuello descienda y se pueda ver.) | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> Limpia el cuello uterino y la vagina dos veces con una solución antiséptica, utilizando dos gasas, una por vez. | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> Sujeta cuidadosamente el labio anterior del cuello uterino con las pinzas de anillos. | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> Aplica tracción leve en el labio anterior del cuello uterino utilizando las pinzas de anillos. | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> Inserta el DIU en la cavidad uterina baja. Evita tocar las paredes vaginales con el DIU. | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> Estabiliza el útero "elevándolo" con la palma de la mano contra el cuerpo uterino. | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> Mueve cuidadosamente el DIU hacia arriba, en dirección al fondo uterino (angulado con el ombligo), siguiendo el contorno de la cavidad uterina. Tiene cuidado de no perforar el útero. | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> Mantiene las pinzas cerradas de manera que el DIU no se mueva fuera de lugar. | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Verifica que el extremo de las pinzas placentarias/de anillos haya alcanzado el fondo uterino. | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Abre las pinzas y libera el DIU en el fondo uterino. | | | | |

| Estándares de desempeño | Criterios de verificación | S/N, N/A ^j | S/N, N/A | Comentarios |
|--|--|-----------------------|----------|-------------|
| | <ul style="list-style-type: none"> Desliza las pinzas placentarias/de anillos hacia la pared lateral del útero. | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> Retira lentamente las pinzas de la cavidad uterina, manteniéndolas ligeramente abiertas. Tiene especial cuidado de no liberar el DIU al retirar las pinzas. | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> Estabiliza el útero hasta que las pinzas hayan salido completamente. | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> Examina el cuello uterino para asegurarse de que no hay sangrado. Si el DIU o los hilos sobresalen a través del cuello uterino, retira el DIU y lo reinserta. | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> Retira todo el instrumental utilizado y lo coloque en una solución de cloro al 0,5%. | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> Permita a la mujer descansar por unos minutos. Apoya el comienzo de la atención posparto de rutina, incluyendo la lactancia materna inmediata. | | | |
| 16. El proveedor inserta correctamente el DIU durante la cesárea. | Observe si el proveedor: | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> Inspecciona la cavidad uterina en busca de malformaciones, que limiten el uso exitoso del DIU para la mujer (por ej: útero septo, útero bicorne, fibromas submucosos o intramurales distorsionantes). | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> Estabiliza el útero sujetándolo desde el fondo uterino. | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> Inserta el DIU a través de la incisión uterina y hacia el fondo uterino. | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> Libera el DIU en el fondo uterino. | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> Retira lentamente la mano/pinzas del útero. Tiene especial cuidado de no sacar el DIU al retirar la mano. | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> Coloca los hilos del DIU en el segmento uterino bajo, cerca del orificio cervical interno. | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> Tiene cuidado de no incluir los hilos del DIU en la reparación de la incisión uterina. | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> NO pasa los hilos a través del cuello uterino. (Observaciones: esto incrementa el riesgo de infecciones y es innecesario. Los hilos pasarán espontáneamente a través del cuello uterino y a la vagina después de la involución.) | | | |

| Estándares de desempeño | Criterios de verificación | S/N, N/A ^j | S/N, N/A | Comentarios |
|--|---|-----------------------|----------|-------------|
| Inserción postparto temprano del DIUPP | | | | |
| 17. El proveedor completa todas las tareas previas para la inserción postparto temprano del DIU. | Observe si el proveedor: | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> Abre la bandeja instrumental DAN o el empaque/envase esterilizados sin tocar el instrumental. | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> Prepara la bandeja instrumental con el siguiente instrumental/suministros: | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> Espejo Simms o bivalvo | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> Pinzas largas placentarias para la inserción del DIU | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> Pinzas de anillos para limpiar y sujetar el cuello uterino | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> Bandeja/recipiente para antiséptico | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> Gasas | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> Guantes esterilizados | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> Vierte solución antiséptica en un recipiente. | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> Abre el DIU sobre la bandeja esterilizada para instrumental. | | | |
| 18. El proveedor realiza un examen ginecológico antes de la inserción postparto temprano del DIU. | Observe si el proveedor: | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> Explica la naturaleza y el propósito de la exploración a la paciente. | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> Verifica que la mujer haya vaciado la vejiga recientemente. | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> Ayuda a la mujer a subir a la mesa de exploración. | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> Determina el nivel del útero y si hay buen tono uterino. | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> Coloca un campo limpio sobre el abdomen de la mujer y por debajo de sus nalgas. | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> Lava sus manos y utilice guantes DAN o esterilizados en ambas manos. | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> Organiza el instrumental y suministros en una bandeja o zona cubierta DAN o esterilizada. | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> Sujeta el DIU con pinzas Kelly o pinzas de anillos. Las coloca a un lado. | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> Inspecciona los genitales externos. | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> Introduce suavemente el espejo. | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Maniobra el espejo para visualizar el cuello uterino. | | | | |

| Estándares de desempeño | Criterios de verificación | S/N, N/A ^j | S/N, N/A | Comentarios |
|---|---|-----------------------|----------|-------------|
| 19. El proveedor inserta correctamente el DIU durante el periodo posparto temprano. | Si el examen es normal, observe si el proveedor: | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Pregunta a la mujer si está lista para la inserción del DIU y si tiene alguna pregunta. | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Limpia el cuello uterino y la vagina dos veces con una solución antiséptica utilizando dos gasas diferentes, una por vez. | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Sujeta cuidadosamente el labio anterior del cuello uterino con las pinzas de anillos. | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Aplica tracción leve en el labio anterior del cuello uterino utilizando las pinzas de anillos. | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Inserta el DIU en la cavidad uterina baja. Evita tocar las paredes vaginales. | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Deja libre la mano que sostiene las pinzas que sujetan al cuello uterino, mueva esta mano hacia el abdomen y la coloque sobre el fondo uterino. | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Estabiliza el útero "elevándolo" con la palma de la mano contra el cuerpo uterino. | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Mueve cuidadosamente el DIU hacia arriba, en dirección al fondo uterino (angulado con el ombligo), siguiendo el contorno de la cavidad uterina. Tiene cuidado de no perforar el útero. <i>(Observaciones: Recuerde que es posible que el segmento uterino bajo pueda estar contraído después del parto y por lo tanto es posible que necesite aplicar presión leve para avanzar el DIU y lograr la colocación en el fondo uterino.)</i> | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Mantiene las pinzas cerradas de manera que el DIU no se mueva fuera de lugar. | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Verifica que el extremo de las pinzas haya alcanzado el fondo uterino. | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Abre las pinzas y libera el DIU en el fondo uterino. | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Desliza las pinzas placentarias/de anillos hacia la pared lateral del útero. | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Retira lentamente las pinzas de la cavidad uterina, manteniéndolas ligeramente abiertas. Tiene especial cuidado de no mover el DIU al retirar las pinzas. | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Estabiliza el útero hasta que las pinzas salen completamente del útero. | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Examina el cuello uterino para verificar que no hay sangrado. Si el DIU sobresale del cuello uterino, retira el DIU y lo vuelve a insertar. | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Retira todo el instrumental utilizado y lo coloque en una solución de cloro al 0,5%. | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Permite a la mujer descansar por unos minutos, le ayuda a bajar de la mesa si es necesario. | | | | |

| Estándares de desempeño | Criterios de verificación | S/N, N/A ^j | S/N, N/A | Comentarios |
|--|---|-----------------------|----------|-------------|
| 20. El proveedor u otro miembro del personal lleva a cabo correctamente las tareas de prevención de infecciones después del procedimiento y procesamiento del instrumental. | Observe si el proveedor y/o los miembros del personal auxiliar: | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> Elimina los materiales de desecho adecuadamente. | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> Sumerge el espejo e instrumental metálico en una solución de cloro al 0,5% durante 10 minutos para la descontaminación. | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> Sumerge ambas manos enguantadas en una solución de cloro al 0,5%. | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> Retira los guantes volteándolos al revés y desechándolos en un contenedor designado. | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> Se lava las manos después de quitarse los guantes. | | | |
| 21. El proveedor da instrucciones a la mujer para después de la inserción. <i>Observaciones: Para las pacientes con cesárea, esto se realiza en el 2^{do} o 3^{er} día posparto.</i> | Observe si el proveedor: | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> Anota el tipo de DIU y fecha de inserción en la tarjeta del DIU para el alta médico. | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> Menciona los efectos secundarios del DIU y los síntomas posparto normales. | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> Indica a la mujer cuando debe volver para una revisión posparto/seguimiento del DIU. | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> Resalta la importancia de regresar en cualquier momento si tiene alguna inquietud o experimenta señales de alarma. | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> Menciona las señales de alarma sobre el DIU. | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> Menciona cómo detectar una expulsión y qué hacer si ocurre. | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> Confirma a la mujer que el DIU no afectará la lactancia o la producción de leche materna. | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> Verifica que la mujer comprenda las instrucciones posteriores a la inserción. | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> Entrega una copia por escrito de las instrucciones posteriores a la inserción, si es posible. | | | |

| Estándares de desempeño | Criterios de verificación | S/N, N/A ^j | S/N, N/A | Comentarios |
|---|--|-----------------------|----------|-------------|
| Área 4: Manejo de servicios de DIU y mantenimiento de registros | | | | |
| Instrucciones para el Asesor: Revise el expediente médico de los dos casos más recientes de inserción DIUPP para el estándar 22. Revise los registros de la sala de partos y de la sala de procedimientos para el estándar 23. Para los estándares 24–26 entreviste al administrador clínico y a un proveedor de servicios, y revise la organización y disposición de las áreas de servicios de partos relevantes. | | | | |
| 22. El proveedor registra, en el expediente de la paciente, los datos pertinentes sobre los servicios prestados. | Determine mediante revisión de 2 registros si los siguientes datos fueron registrados: | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Fecha del servicio | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Tipo de inserción (posplacenta, intracesárea o posparto temprano), si el DIU es el método de elección | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Complicaciones, si ocurrieron • Plan de seguimiento | | | |
| 23. El proveedor anota en el registro los datos pertinentes sobre los servicios prestados. | Determine mediante la revisión del registro de la sala de partos y el registro de la sala de procedimientos si los siguientes datos fueron registrados: | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Nombre de la paciente, edad y paridad | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Dirección de la paciente | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Parto y complicaciones | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Método de inserción del DIU y fecha | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Complicaciones en el procedimiento • Plan de seguimiento | | | |

| Estándares de desempeño | Criterios de verificación | S/N, N/A ^j | S/N, N/A | Comentarios |
|---|--|-----------------------|----------|-------------|
| 24. El centro hospitalario cuenta con suministros y materiales adecuados para la PFPP. | Determine mediante una entrevista con un proveedor o un administrador clínico si el centro hospitalario cuenta con: | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> Una gama completa de opciones de PFPP disponibles en el establecimiento. | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> Preservativos | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> Dispositivos intrauterinos (DIU) | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> Píldoras de progestágeno solo | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> Una cantidad de equipos de inserción posparto equivalente al 50% de la cantidad de mujeres que dan a luz diariamente. | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> Pinzas largas placentarias empacadas por separado para la inserción posplacenta. | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> Información postparto para repartir a los pacientes. | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> DIU disponibles en la sala de partos. DIU disponibles en la sala de procedimientos posparto. | | | |
| 25. El proveedor(es) cuenta(n) con los requerimientos oficiales necesarios. | Determine mediante una entrevista con un proveedor o un administrador clínico si: | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> Los proveedores que llevan a cabo la inserción DIUPP han sido capacitados mediante un curso de capacitación basado en aptitudes y cumplen los estándares del centro hospitalario/institucionales/experticia regional y de certificación para la prestación del servicio. | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> Los proveedores son parteras, médicos u otros profesionistas de la salud con capacidades para realizar la inserción del DIU de manera consistente con estándares de la práctica a nivel nacional. | | | |

| Estándares de desempeño | Criterios de verificación | S/N, N/A ^j | S/N, N/A | Comentarios |
|---|--|-----------------------|----------|-------------|
| 26. Existencia de un sistema organizado en todos los niveles del centro hospitalario para garantizar que toda mujer posparto reciba orientación y le sea ofrecida la PFPP. | Determine mediante una entrevista con un proveedor o un administrador clínico si: | | | |
| | • Los proveedores asignados a la atención posparto han sido capacitados para proporcionar orientación sobre la planificación familiar. | | | |
| | • La sala de posparto ofrece un área donde la orientación se pueda llevar a cabo en privado. | | | |
| | • La sala de posparto cuenta con un sistema de registro de los servicios de planificación familiar que permita garantizar que todas las pacientes reciban orientación antes del alta médico. | | | |
| | • La sala de posparto cuenta con carteles o paneles informativos sobre los servicios de planificación familiar ofrecidos, incluyendo la inserción del DIU después de un intervalo. | | | |
| | • Existe información disponible sobre los derechos de las clientas en materia de planificación familiar. | | | |
| | • Existe información disponible sobre los métodos de planificación familiar ofrecidos en la sala de posparto. | | | |
| | • La sala de posparto cuenta con un rotafolio actualizado sobre los métodos de planificación familiar. | | | |
| | • La sala de posparto tiene muestras de los métodos de planificación familiar para su uso durante la orientación. | | | |
| | • La sala de posparto obtiene e incorpora periódicamente la retroalimentación de las clientas sobre los servicios prestados. | | | |
| • La sala de posparto promueve actividades para mejorar la calidad de los servicios de planificación familiar. | | | | |

| Resumen de la evaluación | | | | |
|--|------------------------------|--------------------|--------------------|------------|
| Área | Cantidad total de estándares | Cantidad Observada | Cantidad Alcanzada | Porcentaje |
| Área 1: Evaluación prenatal y consultas | 8 | | | |
| Área 2: Orientación y evaluación de la clienta sobre el DIU durante el trabajo de parto o periodo posparto | 5 | | | |
| Área 3: Inserción del DIU | 8 | | | |
| Área 4: Manejo de servicios del DIUPP y mantenimiento de registros | 5 | | | |
| En total | 26 | | | |

Anexo K: Muestra del formulario de recolección de datos de la prestación de servicios DIUPP

| Detalles de la Inserción | | | |
|---|---|---|----------------------------------|
| Núm. de serie (del DIU): | Núm. de registro: | Nombre de la mujer: | Fecha de llenado del formulario: |
| Edad: <input type="checkbox"/> <20 <input type="checkbox"/> 20–35 <input type="checkbox"/> >35 | Paridad: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2–4 <input type="checkbox"/> >4 | Núm. de hijos sobrevivientes: | |
| Dirección: | | Núm. telefónico: | |
| | | Núm. telefónico: | |
| | | Núm. móvil: | |
| Inscrita: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Periodo de gestación en el momento del parto: <input type="checkbox"/> 21–32 Sem. <input type="checkbox"/> 33–36 Sem. <input type="checkbox"/> 37–41 Sem. | Momento de la orientación: <input type="checkbox"/> APN <input type="checkbox"/> Trabajo de parto temprano <input type="checkbox"/> Postparto | |
| Tipo de inserción: <input type="checkbox"/> Posplacenta <input type="checkbox"/> Intracésarea <input type="checkbox"/> Postparto temprana | | Instrumental utilizado para la inserción: <input type="checkbox"/> Pinza para esponja <input type="checkbox"/> Pinzas Kelly <input type="checkbox"/> Manual | |
| Duración de la ruptura de membranas: <input type="checkbox"/> <6 Horas <input type="checkbox"/> 6–12 Horas <input type="checkbox"/> 12–18 Horas <input type="checkbox"/> >18 Horas | | Perforación durante la inserción: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| Evaluación del proveedor: <i>En una escala del 1 al 10 (donde 10 representa el nivel más simple)</i> Facilidad de Inserción: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 <input type="checkbox"/> no se pudo insertar con pinzas Kelly <input type="checkbox"/> no se pudo insertar con Pinza para esponja | | Experiencia de la cliente: <i>En una escala del 1 al 10 (donde 10 representa más dolor o ansiedad)</i> Dolor: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Ansiedad: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | |
| Detalles del Seguimiento (para ser llenado en la consulta de seguimiento) | | | |
| Expulsión: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sí— <input type="checkbox"/> <6 semanas <input type="checkbox"/> 6 semanas–3 semanas | | | |
| Extracción: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Razón para la extracción: <input type="checkbox"/> desea embarazo <input type="checkbox"/> infección <input type="checkbox"/> sangrado excesivo <input type="checkbox"/> dolor <input type="checkbox"/> expulsión parcial <input type="checkbox"/> voluntaria | | |
| Falló: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sí— <input type="checkbox"/> 0–3 meses <input type="checkbox"/> >3 meses | Infección: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sí— <input type="checkbox"/> 1–3 días <input type="checkbox"/> 1–2 sem. <input type="checkbox"/> 4–7 días <input type="checkbox"/> >2 sem. | | |
| Hilos al momento del seguimiento: Consulta inicial: <input type="checkbox"/> se ven <input type="checkbox"/> no se ven <input type="checkbox"/> requieren recorte Consulta posterior: <input type="checkbox"/> se ven <input type="checkbox"/> no se ven <input type="checkbox"/> requieren recorte | Acción tomada para los hilos: Consulta inicial: <input type="checkbox"/> USG <input type="checkbox"/> Se tiró de ellos hacia abajo Consulta posterior: <input type="checkbox"/> USG <input type="checkbox"/> Se tiró de ellos hacia abajo | | |
| Satisfacción de la cliente: "En una escala del 1 al 10 (donde 10 representa lo máximo), ¿qué tan satisfecha está usted con su DIU en general? " | | | |
| Consulta inicial: | | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | |
| Consulta posterior: | | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | |

Notas Finales/Referencias

- ¹ Ross JA and Winfrey WL. 2001. Contraceptive use, intention to use and unmet need during the extended postpartum period. *International Family Planning Perspectives* 27(1): 20–27.
- ² Fort AL, Kothari MT and Abderrahim N. 2006. *Postpartum Care: Levels and Determinants in Developing Countries*. DHS Comparative Reports No. 15. Macro International Inc.: Calverton, Maryland.
- ³ Post M. 2009. *HTSP 101: Everything You Want to Know about Healthy Timing and Spacing of Pregnancy*. Extending Service Delivery Project: Washington, D.C.
- ⁴ Campbell MR and Graham WJ. 2006. Strategies for reducing maternal mortality: Getting on with what works. *Lancet* 368(9543): 1284–1299.
- ⁵ Cleland J et al. 2006. Family planning: The unfinished agenda. *Lancet* 368(9549):1810–1827.
- ⁶ Conde-Agudelo A and Belizan JM. 2000. Maternal morbidity and mortality associated with interpregnancy interval: Cross sectional study. *British Medical Journal* 321(7271):1255–1259.
- ⁷ Conde-Agudelo A et al. 2005. Effect of the interpregnancy interval after an abortion on maternal and perinatal health in Latin America. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 89(Suppl 1): S34–S40.
- ⁸ Conde-Agudelo A, Rosas Bermudez A and Kafury-Goeta AC. 2006. Birth spacing and risk of adverse perinatal outcomes: A meta-analysis. *Journal of the American Medical Association* 295(15):1809–1823.
- ⁹ Da Vanzo J et al. 2004. “The Effects of Birth Spacing on Infant and Child Mortality, Pregnancy Outcomes, and Maternal Morbidity and Mortality in Matlab, Bangladesh.” Rand Labor and Population Working Paper Series, WR-198. Rand Corporation: Santa Monica, California.
- ¹⁰ Razzaque A et al. 2005. Pregnancy spacing and maternal mortality in Matlab, Bangladesh. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 89(Suppl 1): S41–S49.
- ¹¹ Rutstein SO. 2005. Effects of preceding birth intervals on neonatal, infant and under-five years mortality and nutritional status in developing countries: Evidence from the Demographic and Health Surveys. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 89(Suppl 1): S7–S24.
- ¹² World Health Organization (WHO). 2006. *Report of a WHO Technical Consultation on Birth Spacing*. WHO: Geneva.
- ¹³ USAID and ACCESS-FP. 2009. *Family Planning Needs during the Extended Postpartum Period in India*. Jhpiego: Baltimore, Maryland.
- ¹⁴ Borda M and Winfrey W (ACCESS-FP). 2010. *Postpartum Fertility and Contraception: An Analysis of Findings from 17 Countries*. Jhpiego: Baltimore, Maryland.
- ¹⁵ Kennedy KI and Trussel J. 2004. “Postpartum Contraception and Lactation.” In: *Contraceptive Technology*, 18th Revised Edition, Hatcher RA et al. (eds). Ardent Media, Inc.: New York.
- ¹⁶ Becker S and Ahmed S. 2001. Dynamics of contraceptive use and breastfeeding during the postpartum period in Peru and Indonesia. *Population Studies* 55(2):165–179; Ross JA and Winfrey WL. 2001. Contraceptive use, intention to use and unmet need during the extended postpartum period. *International Family Planning Perspectives* 27(1): 20–27.
- ¹⁷ Becker S and Ahmed S. 2001. Dynamics of contraceptive use and breastfeeding during the postpartum period in Peru and Indonesia. *Population Studies* 55(2):165–179.
- ¹⁸ Desgrees-du-Lou A and Brou H. 2005. Resumption of sexual relations following childbirth: Norms, practices and reproductive health issues in Abidjan, Cote d’Ivoire. *Reproductive Health Matters* 13(25): 155–163.
- ¹⁹ Salem RM. 2006. New attention to the IUD: Expanding women’s contraceptive options to meet their needs. *Populations Reports*, Series B, No. 7. Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, The INFO Project: Baltimore, Maryland.
- ²⁰ Forrest JD. 1996. U.S women’s perceptions of and attitudes about the IUD. *Obstetrical and Gynecological Survey* 51(12 Suppl): S30–S34.
- ²¹ Sevki C et al. 2004. Clinical outcomes of early postplacental insertion of intrauterine contraceptive devices. *Contraception* 69(4): 279–282.
- ²² Grimes DA et al. 2003. Immediate postpartum insertion of intrauterine devices. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (1): CD003036.

- ²³ Rivera R, Yacobson I and Grimes D. 1999. The mechanism of action of hormonal contraceptives and intrauterine contraceptive devices. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 181(5, Pt 1): 1263–1269.
- ²⁴ United Nations Development Programme et al. 1997. Long-term reversible contraception: Twelve years of experience with the TCu380A and TCu220C. *Contraception* 56(6): 341–352.
- ²⁵ Penney G et al. and Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care (FPRHC) Guidance, Royal College of Obstetricians and Gynecologists. 2004. The copper intrauterine device as long-term contraception. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care* 30(1): 29–41; quiz 42.
- ²⁶ Grimes DA. 2004. "Intrauterine devices (IUDs)." In: *Contraceptive Technology*, 18th Revised Edition, Hatcher RA et al. (eds). Ardent Media, Inc.: New York.
- ²⁷ World Health Organization (WHO). 2004. *Selected Practice Recommendations for Contraceptive Use*, Second Edition. WHO: Geneva.
- ²⁸ Backman T et al. 2002. Advance information improves user satisfaction with the levonorgestrel intrauterine system. *Obstetrics and Gynecology* 99(4): 608–613.
- ²⁹ Zetina-Lozano G. 1983. Menstrual bleeding expectations and short-term contraception discontinuation in Mexico. *Studies in Family Planning* 14(5): 127–133.
- ³⁰ Foreit KG et al. 1993. Effectiveness and cost-effectiveness of postpartum IUD insertion in Lima, Peru. *International Family Planning Perspectives* 19(1): 19–24,33.
- ³¹ Mohamed SA et al. 2003. Acceptability for the use of postpartum intrauterine contraceptive devices: Assiut experience. *Medical Principles and Practice* 12(3): 170–175.
- ³² Kapp N and Curtis KM. 2009. Intrauterine device insertion during the postpartum period: A systematic review. *Contraception* 80(4): 327–336.
- ³³ Hatcher RA et al. (eds). 2004. *Contraceptive Technology*, 18th Revised Edition. Ardent Media, Inc.: New York.
- ³⁴ Association of Reproductive Health Professionals (ARHP). 2004. *New Developments in Intrauterine Contraception. Clinical Proceedings*. ARHP: Washington, D.C.
- ³⁵ Thiery M, Van Kets H and Van Der Pas H. 1985. Immediate postplacental IUD insertion: The expulsion problem. *Contraception* 31(4): 331–349.
- ³⁶ Chi IC, Wilkens L and Rogers S. 1985. Expulsions in immediate postpartum insertions of Lippes Loop D and Copper T IUDs and their counterpart Delta devices—An epidemiological analysis. *Contraception* 32(2): 119–134.
- ³⁷ World Health Organization (WHO). 2004. *Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use*, Third Edition. WHO: Geneva.
- ³⁸ Bluestone J, Chase R and Lu ER (eds). 2006. *IUD Guidelines for Family Planning Service Programs: A Problem-Solving Reference Manual*, Third Edition. Jhpiego: Baltimore, Maryland.
- ³⁹ McKaig C et al. (ACCESS-FP). 2008. *Workshop on Comprehensive Postpartum Family Planning Care* (learning resource package). Jhpiego: Baltimore, Maryland.
- ⁴⁰ World Health Organization Department of Reproductive Health and Research (WHO/RHR) and Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communications Programs (CCP), INFO Project. 2007. *Family Planning: A Global Handbook for Providers*. WHO and CCP: Geneva and Baltimore, Maryland.
- ⁴¹ World Health Organization (WHO) et al. 2003. *Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care: A Guide for Essential Practice*. Geneva: WHO.
- ⁴² Adapted (unless otherwise noted) from: Hatcher RA et al. (eds). 2004. *Contraceptive Technology*, 18th Revised Edition. New York: Ardent Media, Inc. and Hatcher RH et al. (eds) 2002–2003. *Contraceptive Technology*. New York: Ardent Media, Inc..
- ⁴³ Adapted (unless otherwise noted) from: Hatcher RA et al. (eds). 2004. *Contraceptive Technology*, 18th Revised Edition. New York: Ardent Media, Inc. and Hatcher RH et al. (eds) 2002–2003. *Contraceptive Technology*. New York: Ardent Media, Inc..
- ⁴⁴ *Adaptación de*: Perkins JJ. 1983. "The Central Service Department," in *Principles and Methods of Sterilization in Health Sciences*, Second Edition. Springfield, Illinois: Charles C. Thomas.

