Population Reports
Information and knowledge for optimal health
Febrero 2006

Se renueva la atención en el DIU

Publicación del INFO Proyect, Center for Communication Programs, The Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, 111 Market Place, Suite 310, Baltimore, Maryland 21202, USA
www.infoforhealth.org

Expandiendo las opciones anticonceptivas de las mujeres para responder a sus necesidades

Catherine Richey/CCP

Puntos Clave

Los dispositivos intrauterinos modernos (DIU) son anticonceptivos a largo plazo, seguros, eficaces y rápidamente reversibles, que no requieren de mucha atención después de ser insertados. No obstante, las preocupaciones acerca de su seguridad y los desafíos programáticos han refrenado el uso de los DIU en muchos países. La nueva evaluación de los resultados de las investigaciones, recientemente trasladada a las directrices de la Organización Mundial de la Salud, contribuirá a asegurar a los proveedores que la mayoría de las mujeres pueden usar los DIU en forma segura.

Algunos programas de planificación familiar le están dando nueva atención al DIU. Los requisitos básicos para tener disponibles servicios de DIU de alta calidad incluyen:

- **Guías de prestación de servicios** actualizadas por las partes interesadas para eliminar las barreras innecesarias.
- **Proveedores de atención directa capacitados** en cómo y por qué seguir las guías y respaldados por supervisión de apoyo.
- **Un grupo central de proveedores de DIU,** bien capacitados en la inserción y extracción del DIU, consejería y manejo de efectos secundarios y complicaciones, que puedan mantener sus habilidades atendiendo a un flujo constante de clientes. La capacitación basada en competencias, que se enfoca en asegurar que cada estudiante demuestre ser competente, es la que mejor funciona.
- **Un sistema de referencias** para asegurar que las mujeres que quieren usar los DIU puedan ponerse en contacto fácilmente con el grupo central de proveedores.
- **Infraestructura, equipo y suministros necesarios** para brindar servicios de DIU de alta calidad. Los contextos de bajos recursos pueden adoptar estrategias innovadoras para proveer servicios de DIU en forma continua.
- **Clientas bien informadas** acerca del DIU. Por medio de actividades de comunicación bien diseñadas y consejería adecuada, las personas comprenden mejor el DIU y se puede reducir las preocupaciones infundadas o exageradas.

Serie B, Número 7
Dispositivos Intrauterinos

Foto: Matronas en Nicaragua participan en un taller sobre el DIU. Además de los médicos, las matronas y otros trabajadores de salud pueden brindar servicios de DIU en forma segura y eficaz si tienen la capacitación adecuada.

CONTENIDO

3 **El DIU: Un método importante que tiene potencial**
Desafíos programáticos y preocupaciones acerca de su seguridad han refrenado el uso del DIU en muchos países. Algunos programas de planificación familiar están tomando medidas para crear o renovar el interés en este método.

6 **Provisión de servicios de DIU de alta calidad**
Para que los servicios de DIU tengan éxito se requiere un enfoque holístico que preste atención, por una parte, a las políticas y la prestación de servicios, y por otra parte, a los conocimientos y las percepciones del público y de las posibles usuarias.

8 ***Enfoque:* Kenia se compromete a renovar el interés en el DIU**
En Kenia, los niveles de uso del DIU han ido descendiendo desde los años ochenta, en tanto que el uso de anticonceptivos en general ha crecido. Recientemente, el Ministerio de Salud de Kenia lanzó una iniciativa para reintroducir el DIU.

17 ***Tema de fondo:* La buena consejería aumenta la satisfacción de las clientas**
La consejería informativa y solidaria ayuda a las clientas a tomar buenas decisiones sobre planificación familiar y a usar con éxito sus métodos de preferencia. Las ayudas visuales, como modelos pélvicos, pueden ayudar a las clientas a comprender cabalmente qué esperar cuando usan el DIU.

19 **Con los DIU, el riesgo de infección en general es muy bajo**
La mayor parte de la evidencia indica que una mujer que no tiene una ITS —en especial gonorrea o clamidia— no puede contraer la enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) solamente a través de la inserción de un DIU. Sin embargo, una mujer que tiene gonorrea o clamidia al momento de la inserción del DIU se encuentra en mayor riesgo de contraer EPI en las primeras semanas posteriores a la inserción que más tarde. Una vez pasadas las primeras semanas, la probabilidad de que una ITS avance a EPI no es mayor para una usuaria del DIU que para cualquier otra mujer.

21 ***Recuadro:* Las evidencias muestran que muchas mujeres con VIH pueden usar los DIU**
Evidencias recientes muestran que los DIU no aumentan la probabilidad de que una mujer contraiga la infección por VIH, ni el riesgo de que una mujer infectada pase el VIH a su pareja sexual. Además, la infección por VIH no parece producir más complicaciones en el uso del DIU.

22 **Cómo reducir el riesgo de infección**
Cuando no se cuenta con pruebas de laboratorio para diagnosticar las ITS, la historia clínica y sexual, la auto-evaluación de la clienta y el examen pélvico pueden ayudar a determinar si una mujer podría tener gonorrea o clamidia y por ende no se le debería insertar un DIU.

24 **Características clínicas de los DIU**
Los DIU son altamente eficaces, rápidamente reversibles y casi no requieren acción por parte de la usuaria. Con los DIU de cobre, el aumento del sangrado es frecuente, no obstante, las complicaciones, incluidas la expulsión y perforación, no lo son.

27 **Bibliografía**
Nota: Los números de referencia en letra cursiva dentro del texto remiten a las citas impresas en la página 27. Éstas fueron las más útiles en la preparación de este informe. Otras citas pueden encontrarse en Internet en http://www.populationreports.org/b7/.

De la Caja de herramientas de INFO

Lista de verificación: Plan programático para proveer servicios de DIU de alta calidad, pág. 7

Lista de verificación para examinar a clientas que desean iniciar el uso del DIU de cobre, de Family Health International, pág. 13

Ayuda visual para comunicar la eficacia del DIU durante la consejería, pág. 25

MUCHO OJO

El uso del DIU, las ITS y las condiciones relacionadas con el VIH: Criterios médicos de elegibilidad de la OMS 2004, pág. 10

¿Aumentan los DIU el riesgo de desarrollar EPI en las mujeres con ITS?, pág. 21

Este informe fue preparado por Ruwaida M. Salem, MPH, con la colaboración de Catherine Richey en la investigación. Ward Rinehart, Redactor; Richard Blackburn, Gerente de Redacción. Desiño de Mark Beisser, Fran Mueller, y Linda Sadler. Producción a cargo de John Fiege, Mónica Jiménez, y Rafael Avila.

Population Reports agradece la colaboración de los siguientes revisores, quienes brindaron sus comentarios sobre todo el informe o parte de él: István Batár, Bruno Benavides, Gloria Coe, Kathryn M. Curtis, Lindsay Edouard, Ilana Gareen, John Guillebaud, David Hubacher, Douglas Huber, Roy Jacobstein, Barbara Janowitz, Monica Jasis, Enriquito R. Lu, Tapani Luukkainen, Ronald Magarick, Erin McGinn, Herbert Peterson, John Pile, Malcolm Potts, Michelle Prosser, Rushna Ravji, James D. Shelton, Irving Sivin, John Stanback, David B. Thomas, John Townsend, Mary Beth Weinberger, Michael Welsh, Jennifer Wesson, e Irina Yacobson.

Cita sugerida: Salem, R. "Se renueva la atención en el DIU: Expandiendo las opciones anticonceptivas de las mujeres para responder a sus necesidades." *Population Reports*, Serie B, número 7. Baltimore, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, The INFO Project, Febrero 2006.

Disponible en versión electrónica en: http://www.populationreports.org/prs/sb7/

Volume XXXIII, número 2

JOHNS HOPKINS BLOOMBERG SCHOOL of PUBLIC HEALTH

The INFO Project
Center for Communication Programs
The Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health

Jane T. Bertrand, PhD, MBA, Profesora y directora, Center for Communication Programs e investigadora principal, The INFO Project

Earle Lawrence, Director de projecto

Stephen Goldstein, Jefe, Departamento de Publicaciones

Population Reports is published at 111 Market Place, Suite 310, Baltimore, Maryland 21202, USA, by the INFO Project of the Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs

Population Reports tiene por objeto proporcionar una visión precisa y bien documentada sobre los avances más importantes en el área de planificación familiar y temas de salud relacionados. Las opiniones aquí expresadas son las de los autores y no reflejan necesariamente los puntos de vista de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional ni de la Universidad Johns Hopkins.

USAID
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA

Este informe se produce gracias al apoyo de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, Global, GH/POP/PEC, bajo los términos de la Subvención N°. GPH-A-00-02-00003-00.

El DIU: un método importante que tiene potencial

El dispositivo intrauterino (DIU), un armazón flexible que cabe dentro del útero de la mujer, brinda protección segura, a largo plazo y muy eficaz contra el embarazo, y aún así es rápidamente reversible. Es posible que el DIU sea uno de los métodos anticonceptivos más costo-eficaces porque los DIU modernos pueden usarse durante muchos años —hasta 10 años y posiblemente más en el caso del DIU portador de cobre TCu-380A, y hasta 5 años en el caso del Multiload-375 portador de cobre o del DIU hormonal liberador de levonorgestrel (DIU-LNG) (ver el Cuadro 1). Muchas mujeres encuentran el DIU conveniente porque, una vez colocado en su lugar, requiere poca acción de su parte.

En vista de que es un método a largo plazo reversible, el DIU podría responder a las necesidades de muchas mujeres —tanto las que desean dejar de tener hijos como las que quieren posponer la maternidad por algunos años. Más de 100 millones de mujeres sexualmente activas en los países en desarrollo tienen una necesidad insatisfecha de planificación familiar (191). Es decir, ya no desean tener más hijos o quieren posponer su próximo embarazo por al menos dos años, pero no están practicando la anticoncepción. Muchas de estas mujeres podrían encontrar conveniente un método anticonceptivo a largo plazo.

Además, muchas mujeres quedan embarazadas sin tener intención debido a la falla del anticonceptivo, que a menudo es resultado del uso incorrecto o inconstante del método por parte de la usuaria. Dado que los DIU son altamente eficaces, ampliar su uso reduciría el número global de embarazos no planeados más que el uso difundido de la mayoría de los otros métodos. Por ejemplo, en 19 países con Encuestas Demográficas y de Salud, una mediana de 15% de embarazos no planeados fue resultado de la falla del anticonceptivo (31). Entre las usuarias del DIU, sin embargo, la falla del anticonceptivo es rara. En estos 19 países, el 2% de usuarias de DIU que no dejaron de usarlo por otras razones quedaron embarazadas hacia el final del primer año de uso (debido a la falla del método), en comparación con 7% de usuarias de la píldora, 10% de usuarias de condones y 20% de quienes practicaron la abstinencia periódica o el retiro. El DIU es muy eficaz —más que muchos otros métodos— tanto porque su efecto anticonceptivo hace que su falla sea menos probable que la de otros métodos reversibles, porque requiere poca acción por parte de la usuaria (31, 245).

A pesar de estas ventajas, los DIU se usan ampliamente sólo en algunos países grandes, como China, Egipto y Vietnam, pero se usan muy poco en la mayoría de los países (ver la Figura 1, pág. 5). No obstante, debido a estos pocos países grandes casi 153 millones de mujeres casadas en edad reproductiva en el mundo, o 13% del total de estas mujeres, usan los DIU (ver el Cuadro 2). Entre las usuarias de planificación familiar que son casadas, casi una de cada cinco usa el DIU —una tasa que ocupa el segundo lugar después de la esterilización femenina (169, 248).

Cuadro 1. Generalidades de los DIU

Características del DIU portador de cobre TCu-380A y del DIU hormonal liberador de levonorgestrel (DIU-LNG)

TCu-380A	DIU-LNG
EFICACIA • Muy eficaz – 3 a 6 mujeres de cada 1 000 se embarazan en el primer año de uso (214, 216, 218)	• Aun más eficaz – 1 a 3 mujeres de cada 1 000 quedan embarazadas en el primer año de uso (125, 214)
DURACIÓN DEL USO • Hasta 10 años y podría extenderse a 12 años (49, 248)	• Hasta 5 años y podría ser eficaz por mayor tiempo (28, 267)
POSIBLES EFECTOS SECUNDARIOS • Aumenta el sangrado menstrual (244)	• Disminuye el sangrado menstrual con el uso continuo y podría ocasionar ausencia total de sangrado (7, 38, 69, 127, 161, 235) • Otros efectos secundarios hormonales, como hinchazón del abdomen, acné y sensibilidad mamaria
USOS TERAPÉUTICOS • Ninguno	• Aumenta los niveles de hierro en la sangre con el tiempo (6, 188, 218, 219); ayuda a evitar la anemia (56) • Tratamiento del sangrado menstrual prolongado o excesivo (6, 33, 96, 237) • Como el progestágeno que forma parte de la terapia de reemplazo hormonal, en lugar de los progestágenos orales, a fin de evitar el sangrado ocasionado por estos últimos (175, 234, 260)
CONSIDERACIONES PROGRAMÁTICAS • Costo-eficaz, debido a que un DIU puede utilizarse por largo tiempo • Requiere de proveedores especialmente capacitados	• Más costoso que la TCu-380A pero aun así costo-eficaz • Requiere capacitar a los proveedores en la nueva técnica de inserción

Cuadro 2. Estimaciones del uso mundial de los DIU entre mujeres casadas[a] de 15 a 49 años, 2005

Región & País	% de uso: Cualquier método	% de uso: DIU	% de usuarias de anticonceptivos que usan DIU
ZONAS EN DESARROLLO	**57**	**14**	**24**
África Sub-sahariana	19	1	3
Cercano Oriente y Norte de África	52	14	29
Asia	63	16	26
China	84	36	43
Otras partes de Asia	50	4	9
América Latina y el Caribe	69	8	12
Pacífico (Oceanía)	28	1	2
Todas las zonas en desarrollo excepto China	48	5	11
ZONAS DESARROLLADAS	**69**	**13**	**19**
Europa	73	9	13
Europa Oriental y Asia Central	63	26	42
Norteamérica	75	2	3
Otras zonas desarrolladas[b]	59	3	5
EL MUNDO	**59**	**13**	**23**
El mundo, excepto China	52	7	13

[a] La mayoría de países de Asia, Cercano Oriente y Norte de África no encuestan a mujeres no casadas acerca de sus prácticas anticonceptivas. Para facilitar las comparaciones entre los países, los datos reportados conciernen sólo a mujeres casadas en edad reproductiva.

[b] Incluye Australia, Israel, Japón y Nueva Zelanda.

Metodología y fuentes de datos: Los datos sobre el número de mujeres casadas de 15 a 49 años en cada país se obtuvieron de las proyecciones demográficas del Banco Mundial para el 2005 (261). Los porcentajes se han ponderado por el tamaño de población y emplean los datos más recientes de las Encuestas Demográficas y de Salud y de las Encuestas de Salud Reproductiva y, para los países donde no se cuentan con estas encuestas, los datos de las Naciones Unidas, 2004 (248), de la Base de Datos Internacional de la Oficina del Censo de EE.UU. (253) y de otras encuestas representativas nacionalmente.

Cómo usar este informe

Los gerentes de programas de planificación familiar pueden usar este informe para:

- Superar los que se perciben como desafíos programáticos en la provisión de servicios del DIU, incluyendo los enfoques de reducción de costos (ver pág. 6).
- Ayudar a asegurar la atención de buena calidad para los servicios de DIU. La lista de verificación "Plan programático para proveer servicios de DIU de alta calidad" puede ser particularmente útil (ver pág. 7).
- Responder a las preguntas de los proveedores y diseñadores de políticas sobre la seguridad del DIU, los criterios médicos de elegibilidad y las necesidades programáticas.
- Estar alerta a los prejuicios comunes de los proveedores —y las prácticas provenientes de tales prejuicios— que limitan innecesariamente el uso del DIU.

Los proveedores de planificación familiar pueden usar este informe para:

- Aplicar la orientación basada en las evidencias de manera que las mujeres no queden innecesariamente excluidas del uso del DIU. Una lista de verificación desarrollada por Family Health International puede ayudar a los proveedores a evaluar a las posibles clientas del DIU (ver págs. 13–16).
- Aprender cómo minimizar el riesgo de infección después de la inserción del DIU (ver pág. 23).
- Explicar más claramente a las clientas la eficacia de los DIU y otros métodos anticonceptivos, usando gráficos llamados Paling Palettes© para mostrar las probabilidades de embarazo visualmente en lugar de hacerlo a través de números (ver pág. 25).
- Brindar consejería eficaz a las posibles clientas del DIU para ayudarles a tomar buenas decisiones sobre planificación familiar y a tener más éxito en el uso el método de su elección (ver pág. 17).

A medida que los programas de planificación familiar toman conciencia de las posibilidades del DIU, cada vez más países están tomando acción para crear o renovar el interés en el método entre clientes y proveedores, superando los impedimentos para expandir el uso del DIU (ver más abajo). Estos países incluyen Bangladesh, Etiopía, Ghana, Guatemala, Honduras, Kenia, Malí, Nepal, Nigeria, Tanzania y Uganda (66, 71, 99, 186, 187, 220). En estos países los niveles de uso del DIU entre las mujeres casadas fluctuaron del o% al 10% en las últimas encuestas realizadas entre 1999 y 2003. (Consulte el cuadro en Internet[1] para ver datos por país sobre el uso de los métodos anticonceptivos por mujeres casadas.)

Preocupaciones pasadas sobre seguridad y desafíos programáticos actuales han refrenado su uso

Las percepciones erróneas acerca de la seguridad del DIU ayudan a explicar sus bajas tasas de uso en muchos países. Las preocupaciones surgieron inicialmente en los años setenta, cuando un DIU en particular, el *Dalkon Shield,* se asoció con abortos espontáneos sépticos (infectados) y la enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) (una infección que avanza del cuello uterino hasta el útero, las trompas de Falopio y los ovarios, y puede producir infertilidad) (*213*, 239). A diferencia de otros DIU con un solo hilo de plástico sólido, los hilos del *Dalkon Shield* tenían muchas hebras enrolladas, puestas dentro de una funda plástica. Algunos investigadores creen que estos hilos de varios filamentos coadyuvaban a trasladar las bacterias de la vagina al útero, ocasionando la EPI (*213*, 239, 240). El *Dalkon Shield* estuvo disponible en EE.UU. desde enero de 1971 hasta junio de 1974 (236). Dejó de venderse fuera de los EE.UU. en abril de 1975 (298). Después de la controversia del *Dalkon Shield,* la mayoría de fabricantes retiraron sus DIU del mercado. Aún hoy, solamente 2% de las mujeres casadas en Norteamérica usan los DIU (ver el Cuadro 2).

La investigación inicial que asociaba otros tipos de DIU con la EPI y la infertilidad dañó aún más la reputación de los DIU. La mayor parte de investigaciones a partir de 1980, sin embargo, ha encontrado que complicaciones graves como la EPI rara vez ocurren con los DIU modernos (ver la pág. 19). Los estudios anteriores sufrían de diversos sesgos que los llevaron a exagerar los riesgos. Por ejemplo, la mayoría de ellos comparaba a las usuarias del DIU con las usuarias de métodos anticonceptivos que protegen contra la EPI, como las píldoras anticonceptivas orales y los métodos de barrera (*244*). No obstante, un meta-análisis reciente de 36 estudios de observación, publicados entre 1974 y 1990, llegó a la conclusión de que las usuarias de otros DIU, distintos al *Dalkon Shield,* tenían el doble de probabilidades que las mujeres que no usaban anticonceptivos de desarrollar EPI (288). El análisis de datos de 13 ensayos clínicos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) encontró que el mayor riesgo de EPI entre las usuarias de DIU se concentra en los primeros 20 días posteriores a la inserción, lo cual sugiere que el riesgo está relacionado con la presencia de una infección de transmisión sexual (ITS) al momento de la inserción (ver la pág. 19).

Estudios en El Salvador, Ghana, Guatemala, Kenia, Marruecos y otros lugares han revelado que los desafíos programáticos también han perjudicado el uso del DIU (20, 26, *64,* 84, 101, 108, 231). Estos desafíos incluyen la necesidad de mayor infraestructura, suministros y equipo para proveer servicios de DIU en comparación con muchos otros métodos reversibles, y la escasez de profesionales

[1] Están disponibles materiales complementarios para descargar e imprimir de la Red Mundial en http://www.populationreports.org/prs/sb7/sb7tables.shtml.

©David Alexander/CCP, cortesía de Photoshare

Los proveedores pueden asegurarles a sus clientes de planificación familiar que el DIU es un dispositivo pequeño. La fotografía muestra el DIU portador de cobre TCu-380A (izquierda), el Multiload-375 (centro) y el DIU hormonal liberador de levonorgestrel (derecha) —los tres principales DIU actualmente en uso— en la palma de la mano de una mujer.

capacitados y motivados con confianza en sus habilidades para insertar y extraer los DIU. Otro problema han sido las políticas inadecuadas o las prácticas de los proveedores que obstaculizan el acceso de las clientas a los DIU, como la concepción errónea de que las mujeres que nunca han tenido hijos no pueden usar los DIU.

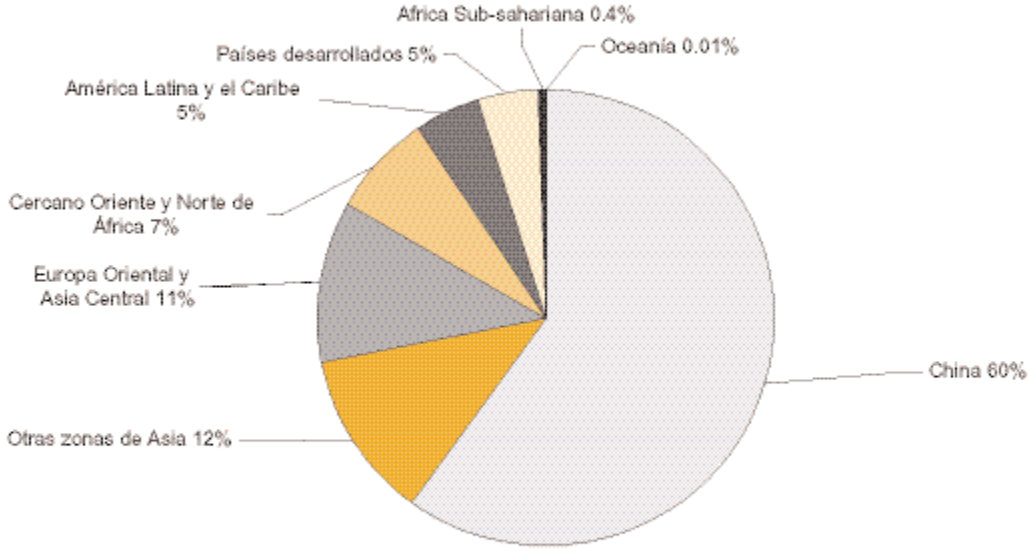
Abastecimiento actual de los DIU

La Agencia de los EE.UU. para el Desarrollo Internacional (USAID) suministra el DIU TCu-380A a los programas de países en desarrollo. Los otros dos principales donantes de anticonceptivos, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y la Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF, por su sigla en inglés), les abastecen de TCu-380A y de Multiload-375. En el año 2000, USAID proporcionó aproximadamente 1.6 millones de DIU a programas de planificación familiar, y en el 2004, casi 2 millones (179). La gran mayoría de los DIU fueron suministrados a Egipto.

El DIU hormonal DIU-LNG, comercializado bajo las marcas *Mirena*® y, en algunos países europeos, *Levonova*®, se encuentra actualmente registrado en 104 países del mundo (195). Se ha vendido en Europa desde 1990. La Administración de Fármacos y alimentos de los EE.UU. (FDA, por su sigla en inglés) aprobó su uso en diciembre de 2000 (28, 168). La aprobación de la FDA permitiría que USAID suministrara el DIU-LNG a los países en desarrollo. Sin embargo, USAID se ha desanimado de distribuirlo debido a su alto costo y a la necesidad de capacitar a los proveedores en una nueva técnica de inserción (199, 201). Los derechos de patente del DIU-LNG *Mirena* caducaron en diciembre de 2003 (174). Esto podría abrir el mercado a las versiones genéricas, menos costosas, del DIU-LNG.

Figura 1. La mayoría de usuarias del DIU están en China

Distribución mundial de usuarias del DIU por región



A nivel mundial, la gran mayoría de usuarias del DIU casadas —60% o casi 92 millones— viven en China. El uso del DIU es popular en algunos otros países de Asia (incluidos Mongolia, Corea del Norte, Taiwán y Vietnam), en Cuba y México, y en varios países del Cercano Oriente y Norte de África. Entre los países desarrollados, el DIU es el método más popular en Europa Oriental y Asia Central y en Finlandia y Noruega. En otros países del mundo el uso del DIU es mucho menos común.

Metodología y fuentes de datos: Ver el Cuadro 2 en la pág. 4

Population Reports

Provisión de servicios de DIU de alta calidad

Introducir o reintroducir un anticonceptivo requiere poner atención a la política y a la prestación de servicios, por una parte, y a los conocimientos y percepciones del público y posibles usuarios, por otra (206, 226, 264). La provisión de servicios de DIU requiere especial atención a los factores relacionados con la prestación de servicios —por ejemplo, guías de prestación de servicios actualizadas; proveedores que sepan cómo y por qué seguir las guías; infraestructura, equipo y suministros; un grupo central de proveedores de DIU competentes y un sistema de referencias que lleve a las mujeres a ellos (ver la lista de verificación de la pág. 7). Pero los programas no pueden descuidar el aspecto de mejorar las percepciones sobre el DIU entre las posibles clientas y asegurarse de que sepan dónde obtener los servicios. Un enfoque holístico que reúna a clientas bien informadas con servicios de buena calidad ayudará a asegurar el éxito de un programa de DIU.

Actualizar las guías puede eliminar las barreras médicas

Las barreras médicas innecesarias al uso de anticonceptivos restringen o niegan, incorrectamente, a las clientas el acceso a un método. Estas barreras a menudo tienen una razón médica, pero no están justificadas por el peso de la evidencia científica (*203*). Entre las barreras médicas a menudo impuestas al uso del DIU están el limitar la inserción a los días en que la mujer está menstruando y el requerir múltiples visitas de seguimiento innecesarias (*203*). Las restricciones basadas en el estado civil, la edad o el número de hijos de una mujer también son barreras comunes (22).

Las barreras médicas pueden imponerse al nivel de políticas, mediante guías de prestación de servicios obsoletas o mal informadas, o al nivel de los proveedores, a través de actitudes y prácticas individuales (22, *203*). Para asegurar una buena calidad de atención, las guías de prestación de servicios deben estar basadas en la evidencia científica actual. En muchos países, no obstante, las guías nacionales han llevado a los proveedores a imponer restricciones innecesarias. Por ejemplo, en Burkina Faso y Kenia, las guías de los años noventa limitaban el uso del DIU a las mujeres que habían tenido hijos (22).

No existen normas universales para evaluar cuándo deben revisarse y actualizarse las guías. El consejo más común es planificar, al tiempo de cada revisión, cuándo tendrá lugar la próxima (296). Las guías pueden quedar desactualizadas rápidamente, sin embargo, cuando nueva evidencia sale a la luz antes de la revisión programada. Una alternativa a ello es poner al día las guías cada vez que se cuente con nueva evidencia disponible.

En el nivel local, verificar sistemática y constantemente la literatura médica mundial para identificar nuevas evidencias relevantes llevaría demasiado tiempo y duplicaría esfuerzos. La Organización Mundial de la Salud, sin embargo, monitorea la literatura médica continuamente en busca de nuevas investigaciones que afectarán sus directivas sobre planificación familiar (293). Un Grupo de Trabajo de Expertos de la OMS se reúne cuando es necesario para actualizar la orientación de la OMS basándose en revisiones completas de la literatura médica, incluyendo las evidencias más recientes.

De esta forma, la orientación de la OMS sirve en muchos países como base primordial para desarrollar y poner al día las guías nacionales de prestación de servicios (59, 124, 230). En 2004, la OMS actualizó su orientación sobre ciertos métodos anticonceptivos, incluidos los DIU (*181*, 194). (Ver el texto completo en el sitio Web de la OMS en: http://www.who.int/reproductive-health/family_planning/evidence.html.) En particular, los *Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos* de 2004, contienen varios cambios significativos en las recomendaciones para las mujeres con ITS y condiciones relacionadas con el VIH —cambios que permiten a más mujeres iniciar y continuar el uso de los DIU (ver el recuadro de la pág. 10).

Si bien los estándares internacionales son importantes y útiles, también lo es involucrar a los interesados clave, a nivel del país, en el desarrollo y revisión de las guías nacionales. Su participación ayuda a promover el consenso y la adopción de las nuevas guías como propias, y asegura a los proveedores que la situación local ha sido tomada en cuenta (*46*, 124). Por ejemplo, el Ministerio de Salud keniata auspició una serie de reuniones para interesados clave, incluyendo al personal del Ministerio de Salud, líderes de asociaciones médicas y de otros profesionales de la salud, organizaciones donantes, gerentes de programas y representantes de los proveedores de servicios, con el propósito de trasladar la orientación de la OMS sobre los DIU a las guías nacionales de prestación de servicios (ver el recuadro de las págs. 8–9). Estas reuniones fueron cruciales para crear un sentimiento de propiedad compartida respecto a las nuevas guías, así como alianzas sólidas entre los interesados (128). Por ejemplo, varias asociaciones profesionales, que representan a la mayoría de los proveedores de salud en Kenia, están instando a los proveedores a apoyar la iniciativa del Ministerio de Salud para mejorar el acceso a los DIU (17).

Un enfoque holístico que reúna a clientas bien informadas con servicios de buena calidad ayudará a asegurar el éxito de un programa de DIU.

Plan programático para proveer servicios de DIU de alta calidad

Los gerentes de los programas de planificación familiar pueden hacer las preguntas de esta lista de verificación, a sí mismos, a los administradores clínicos y a los proveedores de servicios para ayudar a garantizar que los programas puedan proveer servicios de DIU de alta calidad. El objetivo de los programas debe ser lograr todas o la mayoría de las tareas incluidas en la lista. Sin embargo, un programa puede comenzar a ofrecer servicios de DIU antes de haber completado todas las tareas.

Las guías nacionales de prestación de servicios están al día

- ¿Se basan las guías en la evidencia científica más actual?
  Ejemplo: La mayoría de las mujeres pueden usar los DIU con seguridad, incluyendo muchas mujeres infectadas o con alto riesgo de contraer la infección por el VIH.
  Sugerencia: Los *Criterios médicos de elegibilidad* y las *Recomendaciones para la actualización de prácticas seleccionadas en el uso de anticonceptivos* de la Organización Mundial de la Salud son recursos precisos y bien documentados para desarrollar y actualizar las guías nacionales.
- ¿Están involucrados los interesados clave en el proceso de desarrollo y/o revisión?
  Ejemplos: Personal del Ministerio de Salud, donantes, asociaciones profesionales, gerentes de programas, proveedores de servicios, representantes de clientes
- ¿Se han distribuido las guías actualizadas a los proveedores y a sus supervisores?
- ¿Saben los proveedores y sus supervisores cómo y por qué aplicar las guías?
- ¿Siguen las guías los proveedores?

Las clientas están bien informadas sobre los DIU

- ¿Se mencionan los DIU como opción anticonceptiva en las campañas de planificación familiar a través de los medios de comunicación masiva?
- ¿Se incluye el DIU en las sesiones informativas sobre opciones anticonceptivas de la comunidad y las clínicas?
- ¿Hay materiales impresos sobre los DIU disponibles en las salas de espera?

Las clínicas tienen la infraestructura, equipo y suministros necesarios

- ¿Tienen las clínicas la infraestructura para proveer servicios de DIU?
  Ejemplos: Agua limpia, suficiente luz, un espacio privado, una cama o mesa
- ¿Tienen las clínicas los suministros desechables requeridos?
  Ejemplos: DIU, motas de algodón, solución antiséptica, guantes
- ¿Tienen las clínicas el instrumental y los suministros requeridos?
  Ejemplos: Espéculos vaginales, fórceps, sonda uterina, tijeras, taza para soluciones, recipiente con solución de cloro al 0,5%
- ¿Tienen las clínicas capacidad de procesar el instrumental para el DIU mediante desinfección de alto nivel o esterilización?

Un grupo central de proveedores de DIU está bien capacitado y tiene confianza en sus habilidades

- ¿Se ha seleccionado a un grupo central de proveedores[1] de DIU para brindar los servicios?
- ¿Son los proveedores de DIU competentes en la inserción y extracción de los DIU, reduciendo también el riesgo de infección, además de ser competentes en proveer otros métodos anticonceptivos?
- ¿Son los proveedores de DIU competentes para manejar las complicaciones del uso del DIU o saben a dónde referir a las clientas con complicaciones?
- ¿Se capacita a los proveedores de DIU en cómo comunicarse con las clientas en forma eficaz y solidaria?
- ¿Atienden los proveedores de DIU a un número suficiente de clientas de DIU que les permita mantener sus habilidades?
- ¿Asisten los proveedores de DIU a cursos de actualización que les ayudan a mantener sus habilidades?
- ¿Reciben los proveedores de DIU apoyo y orientación continuos?
- ¿Existen suficientes proveedores de DIU para dar a las mujeres fácil acceso a los servicios?

Un sistema de referencias permite a las posibles clientas de DIU ponerse en contacto fácilmente con proveedores de DIU competentes

- ¿Ofrecen los DIU todos los proveedores como opción anticonceptiva a las clientas cuando es apropiado?
- ¿Pueden todos los proveedores de planificación familiar comunicar información general sobre el DIU a las posibles clientas de DIU?
- ¿Existe una lista de referencia a proveedores de DIU en todos los servicios de planificación familiar?
- ¿Usan todos los proveedores de planificación familiar y trabajadores de salud comunitarios la lista de referencia a proveedores de DIU?
- ¿Se encuentran en lugares fácilmente accesibles las clínicas que ofrecen los DIU?

[1] Como alternativa, los programas pueden implementar un enfoque de base amplia en el cual muchos de los proveedores de planificación familiar son capacitados para proveer servicios de DIU. Sin embargo, la experiencia ha demostrado que, a menos que los proveedores atiendan regularmente a clientas del DIU, muchos de ellos pierden rápidamente sus habilidades y su confianza.

Esta lista de verificación puede fotocopiarse.

ENFOQUE

Kenia se compromete a renovar el interés en el DIU

Mientras que el uso de los anticonceptivos modernos en Kenia ha aumentado constantemente, los niveles de uso del DIU han ido decayendo desde los años ochenta. Entre 1989 y 2003, el porcentaje de mujeres casadas usuarias del DIU cayó de casi 4% al 2%. En este lapso de tiempo, la proporción de usuarias de métodos modernos que dependen del DIU disminuyó del 21% al 8%, a medida que aumentaba el uso de los métodos a corto plazo (109, 151). Algunas de estas fluctuaciones reflejan la creciente disponibilidad de otros métodos, como los inyectables. No obstante, una evaluación de la prestación de servicios atribuyó esta disminución de uso del DIU a varios otros factores — mala calidad de los servicios del DIU, incluyendo la falta de conocimientos sobre el DIU de los proveedores; el temor de éstos a contagiarse el VIH de las clientas; percepciones negativas de las clientas acerca del DIU; y la renuencia de los proveedores a insertar el DIU debido a sus raros pero serios efectos secundarios y a la percepción de que proveer servicios del DIU requiere un alto nivel de habilidad y demasiado tiempo (47, 231).

En 2001, el Ministerio de Salud de Kenia, en coordinación con 15 organizaciones aliadas, lanzó una iniciativa para reintroducir el DIU dentro del programa nacional de planificación familiar. Al renovar el interés en el DIU y fortalecer los sistemas de prestación de servicios de salud reproductiva en general, el Ministerio persigue mejorar el equilibrio y sostenibilidad de las opciones anticonceptivas (*46*).

Dicha iniciativa aborda los problemas identificados en la evaluación de la prestación de servicios usando varios enfoques. Entre ellos, fortalecer el consenso y apoyo entre los interesados clave, mejorar la prestación de servicios y aumentar el conocimiento e interés entre las clientas de planificación familiar (*46*).

Fortalecimiento del consenso y apoyo entre los interesados clave. En 2001, el Ministerio de Salud y sus aliados patrocinaron una serie de reuniones de interés entre diseñadores de políticas, agencias de financiación, gerentes de programas y proveedores de servicios. Los interesados revisaron y discutieron sobre los hallazgos de la investigación sobre el DIU y las guías internacionales dentro del contexto keniata, y modificaron las políticas de planificación familiar y guías de prestación de servicios nacionales (*17*).

Desde 2001, el Ministerio de Salud ha distribuido más de 4.400 paquetes de defensa y promoción del DIU a los gerentes de programas y proveedores. Estos paquetes están destinados a aumentar el conocimiento de los gerentes de programas y proveedores acerca de la seguridad, eficacia, costo-eficacia y conveniencia del DIU (*46*, 111, 134). Con este nuevo conocimiento, los gerentes y proveedores pueden abogar por el DIU y atraer hacia él la atención de sus clientas.

Mejoramiento de la prestación de servicios. La iniciativa también se enfoca en mantener los abastecimientos de DIU, el equipo y suministros. Actualmente, en Kenia se realizan unas 10.000 inserciones de DIU al año, pero se espera que ese número crezca. USAID está proporcionando 50.000 DIU adicionales a centros de salud públicos y privados (*17*). AMKENI (un proyecto de planificación familiar y salud reproductiva en Kenia, financiado por USAID) junto con varias organizaciones internacionales de planificación familiar están entregando paquetes completos para inserción del DIU a los centros de salud que participan en la iniciativa de reintroducción (134).

La iniciativa está explorando además nuevas técnicas de consejería y capacitación en DIU. Por ejemplo, el Ministerio de Salud y sus aliados sometieron a prueba un enfoque de "propagandistas" en el cual los supervisores del Ministerio usaron técnicas educativas y de comercialización para abordar los prejuicios de los proveedores contra el DIU y perfeccionar las habilidades de consejería (45). Con este enfoque, los defensores del DIU, que se llamarían "propagandistas" en la industria farmacéutica, visitaron dos veces cada centro de salud para discutir sobre el DIU con los proveedores y distribuidores de la comunidad y alentarlos a mejorar los servicios y la educación sobre el DIU. Los propagandistas también repartieron materiales de consejería que recalcan los mensajes claves sobre el DIU para las clientas (45). Los centros de salud que visitaron los propagandistas mostraron un incremento de una mediana de 0,3 a 0,7 inserciones por mes en cada centro. No obstante, el

número de inserciones de DIU declinó una vez terminada la intervención de los propagandistas, lo cual indica que, para mantener el aumento de inserciones de DIU, tal vez sea necesario que los propagandistas hagan visitas continuamente. (303).

El Ministerio de Salud, Marie Stopes International y el banco del gobierno alemán "Kreditanstalt für Wideraufbau Entwicklungsband (Banco de Desarrollo KfW) están explorando formas de proporcionar el DIU a bajo costo a las clientas (113, 171). Uno de estos enfoques es ofrecer cupones a las posibles usuarias del DIU. La mujer entregaría el cupón al proveedor de su elección y pagaría sólo una mínima suma por el dispositivo. El gobierno le reembolsaría luego al proveedor el resto de la tarifa al momento de presentar el cupón (170). A diferencia del enfoque convencional, en el cual el gobierno pagaría directamente por los suministros del DIU, este método asocia los pagos con las inserciones del DIU y alienta a los proveedores a brindar servicios de alta calidad que atraen a más clientas (171, 279).

Creación de demanda para el DIU. La iniciativa trabaja con líderes y proveedores comunitarios a través de toda Kenia para ofrecer al público información correcta sobre el DIU, abordar las inquietudes de hombres y mujeres sobre el método mediante foros comunitarios y disipar mitos y percepciones erróneas. El esfuerzo abarca programas de radio, ferias de la comunidad y materiales impresos. Por ejemplo, en las sesiones educativas, AMKENI distribuyó a las posibles clientas de planificación familiar 21.000 folletos en inglés y Suahili con información general sobre planificación familiar e información específica sobre el DIU (134). Desde marzo de 2004, casi 12.000 posibles clientas de planificación familiar habían asistido a sesiones educativas sobre el DIU (*46*, 135). Entre 2002 y 2005, el porcentaje de clientes de planificación familiar que escogieron el DIU aumentó de 2% a 5% en los 68 centros participantes (5). Otros países de África Sub-sahariana, incluidos Etiopía, Ghana y Uganda, han mostrado interés en replicar la iniciativa de Kenia (71).

Foto: Los defensores pueden usar técnicas educativas y de comercialización para ayudar al público a implementar las mejores prácticas. En la foto, un supervisor del Ministerio de Salud de Kenia actúa como defensor del DIU, o "propagandista", alentando a los proveedores y distribuidores en la comunidad a que mejoren los servicios de DIU.

Crédito: Jennifer Wesson/FHI

Mejorar las prácticas de los proveedores

Los proveedores a menudo imponen sus propias barreras al uso de anticonceptivos. O bien no están al tanto de las guías o las malinterpretan o incluso ignoran cuando ellas contradicen el entendimiento, las prácticas o creencias establecidas. Por ejemplo, muchos proveedores encuestados en Botswana, Burkina Faso, Senegal y Zanzíbar durante los años noventa, dijeron que imponen un requisito de edad mínima para el uso del DIU, a pesar de que las guías nacionales no lo incluyen (22).

Cuando investigadores de Family Health International enseñaron a los proveedores en Bangladesh, República Dominicana, Kenia y Senegal una lista de verificación de los criterios médicos de elegibilidad para el uso del DIU (ver págs. 13–16), los proveedores manifestaron que sería fácil de usar y útil para ayudar a aplicar las guías de prestación de servicios (48). No obstante, al presentárseles situaciones hipotéticas, un promedio de 30% de estos proveedores ignorarían la lista y negarían los DIU a mujeres que, de hecho, serían elegibles para la inserción del DIU, siguiendo la orientación de 2004 de la OMS. Aparentemente, algunos proveedores no podrían cambiar sus prácticas basándose solamente en la orientación contenida en la lista de verificación.

Este hallazgo sugiere que los programas necesitan hacer más que distribuir guías actualizadas a los proveedores. Deben usar una variedad de enfoques de difusión e implementación adecuados a las barreras que se quieren superar. Por ejemplo, los seminarios o talleres podrían ser suficiente si la única barrera fuese la falta de conocimientos de los proveedores. Las actividades de extensión educativa por medio de los líderes de opinión serían más apropiadas si se quiere superar los prejuicios de los proveedores contra el DIU debido a cuestiones o prácticas culturales (286).

Es más probable que los proveedores apliquen las guías de prestación de servicios cuando han sido capacitados en cómo aplicarlas, especialmente si se refuerza su capacitación con supervisión de apoyo (192). En Kenia, los conocimientos, las actitudes y prácticas de los proveedores mejoraron significativamente y en forma incremental cuando recibieron capacitación estándar, capacitación y un paquete de materiales impresos, o capacitación, materiales impresos y supervisión de seguimiento (*229*). Antes de recibir capacitación, 73% de los proveedores creían erróneamente que sólo las mujeres que habían tenido hijos podían usar los DIU. Una vez capacitados, este número bajó a 46%, 41% y 30% en los tres grupos. Al regresar al trabajo, los recién capacitados actualizaron a algunos de sus colegas que no habían asistido a capacitación. Los conocimientos, las actitudes y prácticas de estos proveedores también mejoraron considerablemente; pero no al mismo grado que las de los proveedores que habían recibido capacitación directa.

Garantizar la infraestructura, el equipo y los suministros

Para garantizar la capacidad continua de ofrecer los DIU, un centro de salud necesita más infraestructura, equipo y suministros que en el caso de otros métodos anticonceptivos reversibles. Por ejemplo, los servicios de DIU requieren de agua limpia, un espacio privado, una cama o mesa, espéculos

El uso del DIU, las ITS y las condiciones relacionadas con el VIH: Criterios médicos de elegibilidad de la OMS 2004

MUCHO OJO

Según la orientación de la Organización Mundial de la Salud, las siguientes mujeres que tienen ITS y condiciones relacionadas con el VIH pueden, en general, iniciar el uso de los DIU (categoría 2) (*268*). (Ver la descripción de las categorías en el cuadro de abajo.)

- Mujeres que han tenido antes EPI, siempre que no tengan actualmente factores de riesgo conocidos para las ITS (Si tuvieron un embarazo subsiguiente, están en la categoría 1.)
- Mujeres que actualmente tienen ITS *que no sean* cervicitis purulenta, gonorrea o clamidia
- Mujeres con vaginitis, incluyendo tricomonas vaginales y vaginosis bacteriana
- Mujeres que viven en zonas donde las ITS son comunes; pero cuyo riesgo individual de exposición a la gonorrea o clamidia no es muy alto
- Mujeres que corren alto riesgo de infección por el VIH
- Mujeres infectadas por el VIH pero que no tienen SIDA
- Mujeres con SIDA que están respondiendo bien clínicamente al tratamiento antiretroviral (ARV)

Las mujeres arriba mencionadas *y* también las siguientes mujeres pueden, en general, continuar usando un DIU si desarrollan la condición mientras lo tienen colocado (categoría 2):

- Mujeres que desarrollan EPI o cualquier ITS (incluyendo gonorrea o clamidia) mientras están usando un DIU y que están en tratamiento
- Mujeres cuyo riesgo individual de contraer ITS aumenta después de colocado el DIU
- Mujeres que desarrollan infección por el VIH o SIDA con un DIU ya colocado (independientemente de si están usando ARV o no)

En contraste, la orientación de la OMS recomienda que las siguientes mujeres *no* debieran iniciar el uso de los DIU (categoría 4) o por lo general no debieran iniciar el uso de los DIU (categoría 3):

- Mujeres que actualmente tienen cervicitis purulenta, gonorrea, clamidia o EPI (categoría 4)
- Mujeres cuyo riesgo individual de exposición a la gonorrea o clamidia es muy alto (categoría 3)
- Mujeres con SIDA que no están respondiendo bien al tratamiento ARV o que no están recibiendo tratamiento ARV (categoría 3)

Clasificación de los Criterios médicos de elegibilidad de la OMS

Categoría	Descripción	Interpretación con decisión clínica	Interpretación con decisión clínica limitada
1	Una condición para la cual no hay restricción sobre el uso del método anticonceptivo	Usar el método en cualquier circunstancia.	Sí (Usar el método.)
2	Una condición en la cual las ventajas de usar el método generalmente exceden los riesgos teóricos o comprobados	Generalmente, usar el método.	
3	Una condición en la cual los riesgos teóricos o comprobados generalmente exceden las ventajas de usar el método	Generalmente no se recomienda usar el método, a menos que otros métodos más apropiados no estén disponibles o no sean aceptables.	No (No usar el método.)
4	Una condición que representa un riesgo inaceptable para la salud si se usa el método anticonceptivo	No se debe usar el método.	

vaginales para examinar el cuello uterino, fórceps para limpiar el cuello uterino y estabilizar el útero, una sonda uterina para medir la profundidad uterina, motas de algodón, solución antiséptica, guantes y, por supuesto, los DIU (102, 251). Además, un centro de servicios debe tener el equipo necesario para asegurar que, antes de volver a usarlo, todo el instrumental sea (a) esterilizado por autoclave (vapor de alta presión) o calor seco o (b) desinfectado a alto nivel por ebullición o al vapor durante 20 minutos o remojándolo en químicos especiales (102). (La esterilización elimina todos los microorganismos, mientras que la desinfección de alto nivel elimina todos excepto algunas bacterias. La desinfección de alto nivel es aceptable para procesar el instrumental utilizado en la inserción del DIU porque el instrumental entra en contacto sólo con membranas mucosas intactas o piel rota, no con el tejido estéril por debajo de la piel (102). Algunos donantes, como UNFPA, proveen juegos completos de DIU que incluyen todo el equipo y suministros necesarios (252).

Proveer servicios de DIU puede ser difícil para los programas de planificación familiar que tienen recursos limitados. Muchas clínicas carecen ya sea de la infraestructura necesaria o del equipo y suministros. En Guatemala en 2002, por ejemplo, casi todas las clínicas y centros de salud del gobierno contaban con la infraestructura necesaria (espacio privado, una camilla ginecológica y electricidad); pero cerca de la mitad de ellas carecía de equipo y suministros (20, 65). En contraste, en Ghana, casi todos los centros de planificación familiar tenían el equipo y suministros; pero sólo cerca de la mitad de ellos contaba con la infraestructura adecuada (65, 84).

No obstante, los programas de planificación familiar pueden adoptar estrategias innovadoras en los contextos de bajos recursos. En Bangladesh, por ejemplo, el Programa de Prestación de Servicios Rurales brinda servicios de planificación familiar, incluidos los DIU, a través de clínicas satélite que operan desde viviendas rurales sin electricidad ni agua corriente. El programa transformó mesas comunes en camillas ginecológicas y diseñó cortinas que aseguraran la privacidad durante los exámenes pélvicos (16). El programa también adaptó un esterilizador a vapor portátil, originalmente diseñado para esterilizar agujas y jeringas hipodérmicas, para esterilizar el equipo y suministros de inserción del DIU (13). El esterilizador portátil permite que los trabajadores de salud esterilicen totalmente el instrumental y suministros para el DIU con anticipación en las clínicas, en lugar de hacerlos hervir en las viviendas, lo cual no siempre es factible. Para tener certeza de que el instrumental y suministros permanezcan estériles durante el transporte, los trabajadores de salud mantienen el instrumental dentro del esterilizador portátil hasta justo antes de efectuar el procedimiento de inserción. Si bien los equipos móviles como éstos pueden ofrecer con éxito los servicios del DIU, deben poner cuidado especial en mantener la limpieza y evitar errores, ya que generalmente es difícil brindar atención de seguimiento.

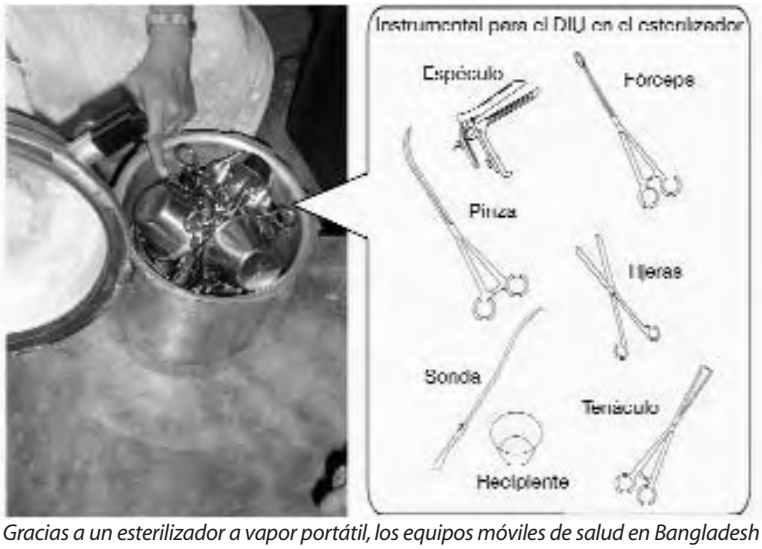
Costo-eficaces para programas y clientes. Un DIU puede usarse por muchos años, y la usuaria no necesita suministros adicionales. Por ende, a la larga los DIU pueden ser costo-eficaces tanto para los programas como para las clientas, a pesar de que sus costos iniciales pueden ser más altos que los de otros métodos anticonceptivos reversibles. En el sistema de salud de Mombasa, Kenia, si cada método se usara durante toda su vida efectiva, el costo anual promedio de la protección anticonceptiva con un DIU en 2003 hubiese sido de unos US $4, comparado con US $7 de la ligadura de trompas y entre US $10 y US $20 de las píldoras anticonceptivas, los implantes o inyectables (*110*). El costo único de la inserción del DIU fue menor que el de otros métodos que implican gastar continuamente en suministros. A largo plazo, también los costos de prestación de servicios para los DIU son menores que para otros métodos porque el DIU requiere una sola visita de control.

Si se requiere que las clientas paguen por los servicios, el costo inicial del DIU y la inserción puede ser más alto que el de otros métodos reversibles. En las clínicas urbanas de Kenia, por ejemplo, las clientas pagan aproximadamente US $3 en la primera visita, que incluye el DIU y el procedimiento de inserción. En comparación, una sola inyección para tres meses de acetato de medroxiprogesterona de depósito (DMPA) o un paquete de píldoras anticonceptivas orales (que dura un mes) cuestan cerca de US $1. En muchos estudios de costos, sin embargo, el DIU llega a ser uno de los métodos menos costosos para las clientas en un lapso de uno a cinco años (*30, 110, 224, 246*). Para clientas que no pueden pagar el precio inicial de una sola vez, los programas pueden establecer planes de pago alternativos, como pagar el precio en cuotas (36).

Los programas pueden mantener bajos los costos. Hay muchas maneras de proveer servicios del DIU a un precio módico por clienta. Una manera es que los programas ofrezcan la inserción del DIU en el posparto inmediato (es decir, la inserción durante las primeras 48 horas después de la expulsión de la placenta) en los centros de maternidad. En Nyeri, Kenia, por ejemplo, el Hospital General Provincial encontró durante los años noventa que, por un año de protección anticonceptiva, las inserciones de DIU a las seis o más semanas después del parto en una clínica de salud materno-infantil, costaban casi 40% más que la inserción inmediatamente posparto en la sala de partos del hospital (289). Este cálculo tuvo en cuenta la mayor probabilidad de expulsión con la inserción en el posparto inmediato y el número promedio de visitas adicionales para cada tipo de inserción. (Si bien hay mayor probabilidad de expulsión con la inserción en el posparto inmediato que posteriormente, el riesgo adicional no es suficiente para favorecer el retraso de la inserción del DIU (ver la pág 26).) Las inserciones posparto costaron menos en Kenia principalmente porque las condiciones estériles ya estaban dadas en la sala de partos. En contraste, el personal de la clínica tenía que invertir tiempo extra en la preparación (287). Un estudio en Lima, Perú, también encontró que las inserciones ambulatorias costaban cerca de 40% más que las inserciones posparto en los hospitales (62). El período del posparto inmediato puede ser un momento conveniente para la inserción, especialmente para las mujeres que no tienen fácil acceso a los servicios de planificación familiar.

Eliminar las visitas rutinarias de seguimiento innecesarias también puede ahorrar costos. La OMS recomienda una visita de rutina más o menos un mes después de la inserción o cerca del siguiente período menstrual de la clienta (*269*). Durante esta visita, el proveedor verifica si el DIU sigue en su lugar, busca cualquier signo de infección y determina si la clienta está satisfecha o tiene problemas. Aunque debe invitarse a la clienta a regresar toda vez que desee ayuda o que le retiren el DIU, no se necesita hacer más seguimiento de rutina. La mayoría de usuarias del DIU cuyos problemas requieren intervención médica presentan síntomas graves.

Estas clientas regresan sin haber programado una visita de rutina (*92,100,* 153). En Ecuador, los Centros Médicos de



Karen Beattie/EngenderHealth

Gracias a un esterilizador a vapor portátil, los equipos móviles de salud en Bangladesh pueden mantener estériles el instrumental y suministros para la inserción del DIU durante sus viajes a las clínicas satélites. Estrategias innovadoras como ésta aseguran el éxito de la provisión del DIU en contextos de bajos recursos.
Ilustraciones adaptadas de la publicación de JHPIEGO: "IUD guidelines for family planning service programs: A problem solving reference manual".

Orientación y Planificación Familiar (CEMOPLAF), una organización voluntaria privada que opera clínicas de planificación familiar y salud reproductiva a través del país, requería anteriormente que las usuarias regresaran a la clínica cuatro veces durante el primer año posterior a la inserción. Sólo 30% de las usuarias del DIU regresaban para seguimiento cuatro o más veces en ese primer año. El número promedio de visitas de control en el primer año, bajo la norma de las cuatro visitas de control, era de 2,3 (61). De todas formas, estas visitas de control del DIU constituían el 74% del total de visitas de planificación familiar y el 68% de costos totales de planificación familiar. En 1993 CEMOPLAF redujo el número de visitas rutinarias de seguimiento requeridas de cuatro a una. El resultado de este cambio fue 29% menos visitas de control de DIU en 1993 que en 1992, en tanto que el número de inserciones de DIU continuó igual (61).

También se puede mantener bajos los costos permitiendo que trabajadores capacitados de campos de salud afines efectúen inserciones y extracciones de los DIU. Se ha encontrado en estudios que enfermeras, matronas, asistentes médicos y estudiantes de medicina pueden insertar y extraer los DIU en forma segura y eficaz cuando tienen la capacitación adecuada (*41, 55,* 117), y a menor costo para los programas que si lo hacen los médicos. En Chile, China, Ecuador, Ghana, Indonesia, Nigeria, Suecia, Tailandia, Turquía, EE.UU. y muchos otros países, enfermeras, matronas y otros profesionales de salud, además de los médicos, insertan regularmente los DIU (*244*).

Capacitar al personal para proveer servicios de DIU

Para proveer buenos servicios de DIU se requiere proveedores de salud competentes. La capacitación debe incluir cómo insertar y extraer los DIU, manejar posibles efectos secundarios y complicaciones, y comunicarse bien con las clientas (ver el recuadro de la pág. 17). Para tener éxito, la capacitación debe incluir experiencia práctica.

La capacitación basada en competencias es la que mejor funciona. La capacitación basada en competencias desarrolla las habilidades, conocimientos y actitudes requeridas para satisfacer los estándares de competencia. La capacitación continúa hasta que cada estudiante adquiera la competencia necesaria para proveer servicios del DIU. El enfoque se centra en el éxito de cada estudiante, reconociendo que distintos proveedores necesitan diferente tiempo de práctica para alcanzar la competencia. Los elementos clave del enfoque basado en competencias incluyen la estandarización de la forma en que los propios capacitadores proveen servicios del DIU, la práctica en modelos pélvicos y oportunidades para que los estudiantes continúen practicando hasta que dominen *todas* las habilidades necesarias (233).

JHPIEGO, una organización de salud internacional afiliada a la Universidad Johns Hopkins, ha demostrado el valor del enfoque basado en competencias en la capacitación en habilidades para proveer el DIU. En un estudio comparativo en Tailandia un porcentaje considerablemente mayor de matronas capacitadas usando el enfoque basado en competencias alcanzó la competencia, al final del período de estudio, en comparación con matronas que aprendieron con los métodos tradicionales. Las matronas de este último grupo necesitaron, en promedio, 6,5 inserciones para alcanzar la competencia. Con el nuevo enfoque de capacitación, que incluía la práctica en modelos pélvicos durante las clases, las matronas lograron la competencia después de sólo 1,6 inserciones, en promedio, y el 97% de ellas alcanzó la competencia después de no más de 3 inserciones. La capacitación basada en competencias toma menos tiempo, y por lo tanto cuesta menos, que los métodos tradicionales (*122*).

JHPIEGO ha desarrollado un enfoque innovador para implementar la capacitación basada en competencias para la provisión del DIU, llamado Aprendizaje Modificado Asistido por Computadora (ModCal®). Los estudiantes aprenden sobre consejería, inserción y extracción del DIU a su propio ritmo, a través de módulos computarizados interactivos que reemplazan las clases tradicionales en un aula. Hay facilitadores clínicos disponibles para apoyo individual y seguimiento. Una vez que los estudiantes pasan la prueba de conocimientos de ModCal, pasan al entrenamiento práctico con los modelos pélvicos y luego con las clientas en la clínica (103).

Capacitar a un grupo central de proveedores. Convencionalmente, los programas han capacitado a muchos proveedores de diferentes niveles profesionales en la inserción y extracción del DIU (*204*). A pesar de tener capacitación, algunos proveedores se han resistido a proveer los DIU porque requiere más tiempo y esfuerzo que proveer otros métodos anticonceptivos reversibles (85, 108, *200,*231). Además, a menos que los proveedores atiendan a clientas con regularidad, perderán rápidamente las habilidades y la confianza.

(Continúa en la pág. 17)

© Marcel Reyners/Cortesía de Photoshare

La práctica en modelos antes de trabajar con las clientas ayuda a que los estudiantes alcancen la competencia más rápido que con los métodos convencionales de clase. Aquí, unas proveedoras de planificación familiar en Camboya practican la inserción del DIU en modelos pélvicos.

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

Los hallazgos de investigaciones realizadas en los últimos 20 años han establecido que los dispositivos intrauterinos (DIU) son seguros y efectivos para el uso por la mayoría de las mujeres, incluyendo aquellas que no han tenido hijos, las que desean espaciar los nacimientos, y aquellas que viven con una infección del VIH o que están en riesgo de adquirirla. Para algunas mujeres, los DIU no se recomiendan debido a la presencia de ciertas condiciones médicas, como cáncer genital e infección cervical actual. Por estas razones, las mujeres que desean usar un DIU deben someterse a exámenes para detectar la presencia de ciertas condiciones médicas y determinar si son candidatas apropiadas para el DIU.

Family Health International (FHI), con apoyo de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), desarrolló una lista sencilla de verificación (ver cuadro en el centro) con el fin de ayudar a los proveedores de servicios de salud a examinar a clientas que recibieron consejería acerca de las opciones anticonceptivas y tomaron una decisión informada para usar el DIU. La lista de verificación se basa en la guía incluida en los *Criterios Médicos de Elegibilidad para el Uso de Anticonceptivos* (OMS, 2004). La lista de verificación consta de 20 preguntas, diseñadas para identificar condiciones médicas y conductas de alto riesgo que impedirían el uso seguro del DIU o requerirían someterse a más exámenes, así como proveer más guía y orientación basadas en las respuestas de las clientas. Un proveedor de servicios de salud debe completar la lista de verificación antes de insertar un DIU. En algunos contextos la responsabilidad de completar la lista de verificación puede ser compartida: un consejero que complete las preguntas 1–13 y un proveedor de servicios de salud adecuadamente capacitado, incluyendo un médico, una partera, un oficial clínico, enfermera o enfermera auxiliar, que determine las respuestas para el resto de las preguntas durante el examen pélvico. Sin embargo, las clientas que quedan excluidas por sus respuestas a algunas de las preguntas de elegibilidad médica, podrían ser buenas candidatas para un DIU después de que la condición sospechada sea excluida mediante una evaluación apropiada.

Esta lista de verificación es parte de una serie de listas de verificación para los proveedores de servicios de salud reproductiva. Las otras listas de verificación incluyen la *Lista de verificación para examinar a clientas que desean empezar a usar los anticonceptivos orales combinados*, la *Lista de verificación para examinar a clientas que desean iniciar el uso del DMPA (o NET-EN)*, y la *Lista sobre cómo estar razonablemente seguro de que una clienta no está embarazada*. Para obtener mayor información sobre las listas de verificación para proveedores, por favor visite www.fhi.org.

Los proveedores pueden separar la lista y utilizarla como ayuda didáctica

Determinación de embarazo actual

Las preguntas 1–6 se hicieron para ayudar a un proveedor a determinar, con certeza razonable, si una clienta no está embarazada. Si una clienta responde "SÍ" a cualquiera de estas preguntas y no hay signos ni síntomas de embarazo, es sumamente probable que no esté embarazada. Un DIU nunca debe insertarse en una mujer que está embarazada porque esto puede dar lugar a un aborto espontáneo séptico. Sin embargo, si la clienta contesta "SÍ" a la pregunta 1, la inserción del DIU debe esperar hasta cuatro semanas después del parto. Hay un aumento en el riesgo de perforación del útero cuando se inserta el DIU después de 48 horas y hasta cuatro semanas después del parto. Sin embargo, un profesional capacitado puede insertar el DIU dentro de las primeras 48 horas después de que la clienta ha dado a luz.

Evaluación de la elegibilidad médica para el DIU

7. ¿Tiene sangrado entre un período menstrual y otro que no es usual en usted, o sangrado después de tener relaciones sexuales?

Los sangrados vaginales inexplicados pueden ser una señal de una condición patológica subyacente, con malignidad genital (cáncer), o un problema relacionado con el embarazo. Todas estas posibilidades deben descartarse antes de que pueda insertar un DIU. Si fuera necesario, refiera a las clientas a un proveedor de más alto nivel o especialista para su evaluación y diagnóstico. Aconseje a la clienta acerca de otras opciones anticonceptivas disponibles y proporcione condones para que los use mientras tanto.

8. ¿Se le ha dicho que padece algún tipo de cáncer en sus órganos genitales, enfermedad trofoblástica o tuberculosis pélvica?

Existe preocupación acerca del aumento en el riesgo de infección, perforación y sangrado durante la inserción en las clientas que padecen cáncer genital. Las clientas con enfermedad trofoblástica pueden requerir múltiples legrados uterinos, y un DIU no es recomendable en esta situación. También hay un aumento en el riesgo de perforación. Las clientas con tuberculosis pélvica comprobada pueden tener mayor riesgo de infección secundaria y sangrado si se les inserta un DIU. Si una mujer tiene cualquiera de estas tres condiciones, no se le debe insertar un DIU. Aconseje a la clienta acerca de otras opciones anticonceptivas disponibles y proporcione condones para que los use mientras tanto.

Nota: Las preguntas 9–12 se hacen para identificar a clientas en alto riesgo individual de contraer infecciones de transmisión sexual (ITS), porque hay una posibilidad de que ellas puedan padecer infección por clamidia y/o gonorrea en el presente. A menos que estas ITS puedan descartarse en forma confiable, las clientas en alto riesgo no son buenas candidatas para insertarles un DIU. La inserción de DIU puede aumentar el riesgo de enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) en estas clientas. Debe aconsejarse acerca de otras opciones anticonceptivas y proporcionarles condones para que se protejan contra las ITS. Sin embargo, si otros métodos anticonceptivos no están disponibles o aceptables y no hay signos de ITS, todavía puede insertarse un DIU. En estos casos se requiere un cuidadoso seguimiento.

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

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

SÍ	1.	¿Ha tenido un bebé en las 4 últimas semanas?	NO
SÍ	2.	¿Tuvo un bebé hace menos de 6 meses, está amamantando en forma exclusiva o casi exclusiva y no ha tenido ningún período menstrual desde entonces?	NO
SÍ	3.	¿Se ha abstenido de tener relaciones sexuales desde su último período menstrual o parto?	NO
SÍ	4.	¿Comenzó su último período menstrual en los pasados 12 días?	NO
SÍ	5.	¿Ha tenido un aborto espontáneo o aborto en los últimos 7 días?	NO
SÍ	6.	¿Ha estado usando sistemática y correctamente un método anticonceptivo confiable?	NO

Si la clienta responde **SÍ** al ***menos a una de las preguntas 1–6*** y está libre de signos y síntomas de embarazo, puede estar razonablemente seguro que ella no está embarazada. Proceda a las preguntas 7–13. Sin embargo si contesta **SÍ** a la ***pregunta 1***, debe esperarse la inserción hasta 4 semanas después del parto. Pídale que vuelva en ese momento.

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

Para determinar si la clienta es médicamente elegible para usar un DIU, formule las preguntas 7–13. Tan pronto como la clienta responde **SÍ** a ***alguna pregunta***, deténgase, y siga las instrucciones de abajo.

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

NO	12. En los últimos 3 meses, ¿se le ha dicho a su compañero que él tiene una ITS o sabe usted si él ha tenido cualquier síntoma — por ejemplo, exudado del pene?	SÍ
NO	13. ¿Se le ha dicho que es positiva al VIH y que ha desarrollado el SIDA?	SÍ

Si la clienta responde **NO** a *todas las preguntas 7–13*, proceda con el **EXAMEN PÉLVICO.**

Durante el examen pélvico, el proveedor debe determinar las respuestas a preguntas 14–20.

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

Si la clienta responde **SÍ** a *cualquiera de las preguntas 9–12*, ella no es una buena candidata para el DIU a menos que la infección por clamidia y/o gonorrea se pueda descartar en forma confiable.

Si la clienta responde **SÍ** a la *segunda parte de la pregunta 13* y actualmente no está tomando medicamentos ARV, usualmente no se recomienda la inserción del DIU. Si ella está clínicamente bien en la terapia ARV, el DIU generalmente se puede insertar. Las mujeres VIH positivas sin SIDA también pueden generalmente iniciar el uso del DIU.

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

Si la respuesta a *todas las preguntas 14–20* es **NO**, puede insertar el DIU.

Si la respuesta a *cualquiera de las preguntas 14–20* es **SÍ**, no se puede insertar el DIU sin hacer evaluación adicional. Ver explicaciones para más instrucciones.

USAID FROM THE AMERICAN PEOPLE

fhi Family Health International

© 2006

9. En los últimos 3 meses, ¿ha tenido más de un compañero sexual?

Las clientas que tienen más de un compañero sexual corren un alto riesgo de contraer ITS. A menos que la infección por clamidia y/o gonorrea pueda descartarse con certeza, estas clientas no son buenas candidatas para insertarles un DIU. *(Ver la nota anterior acerca de las preguntas 9–12).*

10. En los últimos 3 meses, ¿cree usted que su compañero ha tenido otra compañera sexual?

Las clientas cuyos compañeros han tenido más de una compañera sexual corren un alto riego de contraer ITS. A menos que la infección por clamidia y/o gonorrea pueda descartarse con certeza, estas clientas no son buenas candidatas para insertarles un DIU. En situaciones en que la poligamia es común, el proveedor de servicios debe preguntar acerca de los compañeros sexuales fuera de la unión. *(Ver la nota anterior acerca de las preguntas 9–12).*

11. En los últimos 3 meses, ¿se le ha dicho que tiene una ITS?

Existe la posibilidad de que estas clientas tengan en la actualidad infección por clamidia y/o gonorrea. A menos que estas ITS puedan descartarse con certeza, estas clientas no son buenas candidatas para insertarles un DIU. *(Ver la nota anterior acerca de las preguntas 9–12).*

12. En los últimos 3 meses, ¿se le ha dicho a su compañero que él tiene una ITS o sabe usted si él ha tenido cualquier síntoma — por ejemplo, exudado del pene?

(Nota: Esta pregunta consta de dos partes. La respuesta "sí" a cualquier parte o ambas partes de la pregunta restringe la inserción del DIU).

Las clientas cuyos compañeros tienen una ITS pueden también padecer de estas infecciones. A menos que la infección por clamidia y/o gonorrea puedan descartarse con certeza, estas clientas no son buenas candidatas para insertarles un DIU. *(Ver la nota anterior relacionada con las preguntas 9–12).*

13. ¿Se le ha dicho que es positiva al VIH y que ha desarrollado el SIDA?

Esta es una pregunta de dos partes, y ambas partes deben contestarse juntas. Si la mujer responde "SÍ" a ambas partes, pregunte si está tomando medicamentos antirretrovirales (ARV) y asegúrese que esté bien clínicamente. Si lo está, puede ser candidata para el DIU. Si no, generalmente no se recomienda un DIU a menos que otros métodos más apropiados no estén disponibles o no sean aceptables. Existe la preocupación de que las clientas positivas al VIH —quienes han desarrollado el SIDA y no estén tomando los ARV— pudieran correr un mayor riesgo de contraer ITS y EPI debido a la supresión del sistema inmunitario. El uso del DIU puede aumentar aún más ese riesgo. Si la mujer es VIH positiva pero no ha desarrollado el SIDA, el DIU en general puede usarse.

Examen pélvico

14. ¿Hay algún tipo de úlcera en la vulva, la vagina o el cuello uterino?

Las úlceras o lesiones genitales pueden indicar la presencia de una ITS. Mientras que una ITS ulcerosa no es una contraindicación para insertar un DIU, ésta indica que la mujer corre alto riesgo individual de contraer una ITS, en cuyo caso los DIU no son generalmente recomendados. Debe establecerse un diagnóstico y brindarse tratamiento según sea necesario. Todavía puede insertarse el DIU siempre que una coinfección con gonorrea y clamidia puedan descartarse con certeza.

15. ¿Siente la clienta dolor en la parte baja del abdomen cuando usted mueve el cuello uterino?

La sensibilidad al movimiento cervical es un signo de EPI. Las clientas que actualmente padecen EPI no deben usar un DIU. Debe brindarse tratamiento según sea apropiado. Si fuera necesario, debe hacerse una referencia a un proveedor de más alto nivel o a un especialista. Aconseje a la clienta acerca del uso del condón y otros anticonceptivos.

16. ¿Hay sensibilidad en los anexos?

La sensibilidad en los anexos y/o una masa en los anexos pueden ser un signo de malignidad o EPI. Las clientas con cáncer cervical o EPI no deben usar un DIU. El diagnóstico y tratamiento deben brindarse según sea apropiado. Si es necesario, hay que remitirlas a un proveedor de más alto nivel o a un especialista.

17. ¿Hay flujo cervical purulento?

El flujo cervical purulento indica que hay cervicitis y posiblemente EPI. Las clientas con cervicitis o EPI actual no deben usar un DIU. Debe brindarse tratamiento según sea apropiado. Si es necesario, deben referirse a un proveedor de más alto nivel o a un especialista. Aconseje a la clienta acerca del uso del condón.

18. ¿Sangra el cuello uterino fácilmente al tocarlo?

Si el cuello uterino sangra fácilmente al tocarlo, esto puede indicar que la clienta tiene cervicitis o cáncer cervical. A las clientas con cervicitis o cáncer cervical actual no se les debe insertar un DIU. Debe dárseles tratamiento según sea apropiado. Si es necesario, deben referirse a un proveedor de más alto nivel o especialista. Si, mediante una evaluación adicional apropiada, más allá de la lista de verificación, pueden descartarse estas condiciones, entonces la mujer puede recibir el DIU.

19. ¿Hay alguna anormalidad anatómica de la cavidad uterina que no permita la inserción apropiada del DIU?

Si existe una anormalidad anatómica que distorsiona la cavidad uterina, es posible que el DIU no pudiera insertarse apropiadamente. La estenosis cervical también podría obstaculizar la inserción de un DIU.

20. ¿Le fue imposible determinar el tamaño y/o la posición del útero?

Es esencial determinar el tamaño y la posición del útero antes de insertar el DIU para cerciorarse de colocarlo en la parte alta del fondo uterino y reducir al mínimo el riesgo de perforación.

© Family Health International, 2006 • P.O. Box 13950, Research Triangle Park, NC 27709 EE.UU. • Fax: (919) 544-7261 • http://www.fhi.org

Una alternativa es capacitar a un grupo central de proveedores para que ofrezcan los DIU, dándoles apoyo y orientación continuos, y refiriendo a ellos a las clientas. Este enfoque ayuda a asegurar que los proveedores atiendan al número suficiente de clientas que les permita mantener sus habilidades de inserción y extracción del DIU (196). Los programas también pueden ahorrar dinero porque capacitan a menos proveedores. Finalmente, y lo que es más importante, este enfoque puede garantizar a las clientas servicios del DIU de alta calidad brindados por proveedores competentes.

Para capacitar a proveedores que continuarán ofreciendo servicios del DIU, los programas pueden identificar y seleccionar a aquéllos que tienen interés y potencial para ello o que ya están brindando un gran volumen de servicios del DIU. También es importante seleccionar a proveedores de clínicas bien ubicadas, que sirven a mucha gente sin implicar viajes

Tema de fondo

La buena consejería aumenta la satisfacción de las clientas

La consejería informativa que se enfoca en las necesidades de las clientas las ayuda a tomar buenas decisiones y puede aumentar el éxito del uso de los métodos anticonceptivos (193). Las mujeres a quienes se da buena consejería están más satisfechas con sus métodos (9, 190) y los usan por más tiempo que las mujeres que reciben consejería deficiente (2, 37, 73, 119, 227). Entre las usuarias de los DIU portadores de cobre, los DIU liberadores de levonorgestrel, los inyectables y los implantes, la buena consejería sobre los posibles cambios del sangrado aumenta la probabilidad de que las mujeres toleren los cambios y estén satisfechas con estos métodos (2, 9, 12, 80, 119, 211).

La buena consejería implica una alianza entre clienta y proveedor, en la cual cada uno comparte la información abiertamente y formula y responde preguntas con libertad (*254*). Antes, los programas de planificación familiar creían que los proveedores debían dar a las clientas mucha información sobre cada uno de los métodos para ayudarlas a hacer elecciones informadas. No obstante, este enfoque puede sobrecargar a la clienta con información sobre métodos irrelevantes, dejando poco tiempo para discutir el uso del método elegido (120, *254*).

Hoy en día, los programas fomentan cada vez más la consejería centrada en la clienta, donde las inquietudes, aspiraciones y comodidad de las clientas son lo más importante, y los deseos de las clientas guían el proceso de consejería (*254*). Los proveedores adaptan la información basándose en las necesidades y preferencias de la clienta. Por ejemplo, el proveedor debe enfocarse primero en el método que la clienta desea, si tiene alguno, ayudándola a tomar en consideración su situación y estilo de vida. Además involucrar en la consejería a las parejas de las clientas, siempre que sea posible y aceptable para la clienta, puede ayudarlas a usar la anticoncepción eficazmente (290, 291, 297).

Una vez que la clienta manifiesta preferencia por un método específico, el proveedor y la clienta deben discutir el método en más detalle para confirmar su decisión y ayudarla a aprender cómo usarlo correctamente. La información importante que deben abordar los proveedores incluye las características del método, criterios médicos de elegibilidad, posibles efectos secundarios, cómo usar el método, cuándo iniciarlo y qué es necesario recordar sobre el mismo (*266*). Dicha consejería, sin embargo, no consiste sencillamente en que el proveedor presente datos. Más bien, implica una discusión sobre qué significarían estos datos para la clienta. Por ejemplo, el proveedor puede indagar junto con la clienta si los cambios del sangrado debidos al DIU serían demasiado molestos para ella o interferirían en su rutina diaria. ¿Desearía cambiar de método si experimentara estos efectos secundarios?

La información esencial que debe discutirse con una clienta que elige el DIU incluye:

- Cómo se inserta y se extrae el DIU (mostrarlo usando un modelo pélvico, de ser posible).
- Posibles efectos secundarios (especialmente cambios del sangrado) y otros problemas, como expulsión, perforación y EPI.
- Cómo puede comprobar la clienta si el DIU está en su lugar buscando los hilos del DIU.
- Cuándo y dónde tendrá lugar la inserción y quién realizará el procedimiento.

Justo antes de la inserción, el proveedor del DIU debe discutir en detalle los pasos del proceso:

- El proveedor debe explicarle a la clienta que puede sentir cierta molestia o cólicos durante la inserción y que los cólicos pueden durar varios días después de la inserción.
- El proveedor debe animar a la mujer a hablarle en voz alta en cualquier momento del procedimiento en caso de sentir molestia o dolor.
- El proveedor puede aconsejarle a la clienta que tome ibuprofeno 30 minutos antes de la inserción y en los días posteriores, para reducir los cólicos y el dolor.

Después del procedimiento de inserción, el proveedor debe:

- Proporcionar a la clienta el nombre del DIU, la fecha de inserción y la fecha en que deberá extraerse o reemplazarse, preferiblemente escritos en una ficha de información.
- Aconsejarle a la clienta que regrese en cualquier momento que desee; incluso si tiene problemas con el DIU, alguna pregunta o desea que se le extraiga el DIU; si cree que el DIU se ha salido de su lugar; si cree que podría estar embarazada; o si tiene síntomas de EPI.
- Programe una visita de seguimiento de rutina en tres o seis semanas o después del siguiente período menstrual de la clienta para conversar sobre su experiencia con el DIU. El proveedor debe explicar que la visita de seguimiento de rutina es una oportunidad para verificar si hay algún problema. La clienta puede hacerse colocar el DIU aun si no es posible realizar el seguimiento de rutina. Aconseje a la clienta dónde dirigirse si necesita atención inmediata.

Foto: Consejeros de planificación familiar aprenden cómo usar la ayuda visual titulada "Herramienta de toma de decisiones para las/los clientes y proveedores de la planificación familiar", durante un taller de capacitación para capacitadores, enfocándose en este caso en cuándo se le puede colocar el DIU a una clienta. Las ayudas visuales pueden ayudar a los proveedores a asegurarse de que estén proporcionando a sus clientas información y orientación coherente, consistente y correcta. Crédito: Sarah Johnson/OMS

largos. Las redes de referencia aseguran que las clientas interesadas en el DIU puedan llegar a estas clínicas. Este enfoque ha funcionado en Bangladesh, Bolivia, India y Pakistán (*204*).

Mejorar la percepción de las clientas sobre los DIU

Aún si los programas están preparados para proveer los DIU, muchas mujeres perderán la oportunidad de elegir este método si la gente no conoce o tiene percepciones negativas o incorrectas sobre el DIU. En 37 de los 71 países con datos de Encuestas Demográficas y de Salud o de Encuestas de Salud Reproductiva, el DIU era el método moderno menos conocido o el segundo menos conocido (después de la esterilización masculina) entre las mujeres casadas en edad reproductiva (283). En 19 países de África Sub-sahariana encuestados y en Haití y Mauritania, menos de la mitad de las mujeres encuestadas habían oído del DIU. La promoción insuficiente contribuye a la falta de conocimiento, especialmente si se compara con los productos farmacéuticos, como los inyectables, que tienden a recibir más atención de los medios de comunicación masiva (137).

Si es que las personas conocen el DIU, generalmente tienen percepciones negativas sobre éste. Estas percepciones negativas podrían estar basadas en los efectos secundarios reales del DIU —por ejemplo, el aumento de sangrado con los DIU portadores de cobre. Otras, no obstante, son el resultado de mala información y tienen poca o ninguna base en la realidad. Proveedores de planificación familiar encuestados alrededor del mundo han reportado muchas percepciones erróneas entre sus clientas, incluyendo que el DIU es muy grande; que puede moverse hasta el corazón, el cerebro u otras partes del cuerpo de la mujer; y que pueden usarlo sólo las mujeres mayores o las que han tenido hijos (*97*).

Las campañas de comunicación bien diseñadas pueden aumentar el conocimiento de las personas sobre el DIU y abordar las actitudes negativas. Es importante involucrar a los hombres en estas campañas. Ellos juegan un rol poderoso, y muchas veces dominante, en las decisiones de la pareja sobre la reproducción (302). Algunos enfoques que han resultado eficaces incluyen:

- **Materiales educativos económicos y consejería.** En Honduras, los centros de salud rurales usaron un enfoque simple y barato para incrementar la demanda de los DIU. Seis enfermeras auxiliares recién capacitadas en la inserción del DIU y otros servicios de salud reproductiva dieron charlas de 10 minutos a grupos de clientes sobre los nuevos servicios que podían ofrecer, incluyendo la inserción del DIU. Luego le pedían a cada cliente que distribuyera cinco folletos anunciando los nuevos servicios a sus amigos y vecinos. Tres meses después, el número de inserciones de DIU había aumentado en 50% comparado con los tres meses anteriores al inicio del proyecto. El proyecto entero, incluidas la capacitación, supervisión y producción de 25.000 folletos, costó solamente US $950 (*64*, 138).
- **Creación de una marca.** La red Greenstar de Pakistán, compuesta por más de 11.000 franquicias de clínicas de salud privadas en 40 zonas urbanas, brinda servicios de planificación familiar de alta calidad a precios módicos, incluyendo servicios del DIU (*133*). Los profesionales de Greenstar están de acuerdo en proveer servicios de planificación familiar de alta calidad, cumpliendo con los estándares establecidos por el franquiciador, una organización no gubernamental local llamada *Social Marketing Pakistan*. A cambio, *Social Marketing Pakistan* provee a los franquiciados capacitación y apoyo, y comercializa la marca Greenstar para atraer clientes. En 1997, dos años después de comenzar el programa, 93% de las personas encuestadas en zonas urbanas de bajos ingresos reconocieron el logotipo de Greenstar y lo identificaron como un símbolo de servicios de planificación familiar económicos y de alta calidad (178). Los proveedores de Greenstar sirven aproximadamente a 7,5 millones de clientes de planificación familiar cada año. Los esfuerzos de Greenstar ayudaron a incrementar el predominio de los anticonceptivos entre las mujeres casadas de Pakistán de 18% a 28% en el período de 1995 a 2001. Si bien los niveles globales de uso del DIU en Pakistán continúan siendo relativamente bajos, casi se duplicaron durante este período, subiendo de 2% a casi 4%, (141).
- **"Campeones" que promuevan los DIU.** Las campañas de comunicación algunas veces emplean campeones, o defensores, para educar al público y motivar a las personas a considerar un método. En Sri Lanka durante los años ochenta, equipos compuestos por una matrona y una usuaria satisfecha del DIU reclutaron casi dos tercios más de nuevas usuarias del DIU en un período de 13 meses que las matronas trabajando solas (*60*). El Ministerio de Salud de Kenia utiliza a supervisores de distrito como campeones para promover más y mejor consejería sobre los DIU entre los proveedores de las clínicas y los programas de distribución de la comunidad (ver el recuadro de las págs. 8–9).
- **Extensión a la comunidad.** En Egipto, equipos móviles conformados por una médica, un profesional de enfermería, un especialista en comunicaciones y un asistente social visitaron periódicamente las unidades de salud rurales para proveer servicios del DIU a las clientas (295). Además de incrementar el acceso a los DIU, los equipos móviles han aumentado los conocimientos de las mujeres sobre los DIU y sus posibles efectos secundarios. En Kenia, líderes y proveedores locales buscan disipar los mitos y percepciones erróneas sobre el DIU abordando las inquietudes de hombres y mujeres en foros comunitarios y mediante programas de radio (ver el recuadro de las págs. 8–9).

Greenstar Pakistan

La comercialización de productos y servicios con una marca pueden ayudar a atraer a los clientes, como en el caso del programa Greenstar de Pakistán. Los clientes reconocen el logotipo de Greenstar como símbolo de servicios de planificación familiar económicos y de alta calidad.

Con los DIU, el riesgo de infección en general es muy bajo

Una de las preguntas más persistentes sobre el DIU es si éste aumenta el riesgo de desarrollar la enfermedad pélvica inflamatoria (EPI). Los organismos infecciosos, por lo general aquéllos que causan gonorrea o clamidia, son la causa directa de la EPI (232, *272*)[2]. La mayor parte de la evidencia indica que una mujer que no tiene ya una ITS (en especial gonorrea o clamidia) no puede contraer la EPI solamente mediante la inserción de un DIU. No se ha esclarecido, sin embargo, si el DIU aumenta el riesgo de desarrollar EPI en una mujer con gonorrea o clamidia, más allá que el riesgo habitual que implica tener estas ITS. El estudio idóneo que podría responder en definitiva a esta pregunta no puede realizarse porque requeriría asignar aleatoriamente a las mujeres infectadas con gonorrea o clamidia ya sea a un grupo que se haga colocar el DIU o bien a un grupo que no use ningún anticonceptivo.

La evaluación de una variedad de evidencias de diferentes fuentes lleva a las siguientes conclusiones:

Los niveles de EPI en las usuarias del DIU son generalmente bajos. En estudios amplios realizados sobre todo en países en desarrollo, las tasas de EPI aguda entre las usuarias del DIU han sido entre 0,6 y 1,6 por 1.000 mujeres-año[3] de uso (*50*, 96). Estudios multicéntricos de la OMS a largo plazo reportan de 4 a 11 extracciones del DIU por un diagnóstico de EPI por cada 1.000 mujeres, a lo largo de un período de uso de 10 a 12 años (*249, 267*).[4] Aunque es difícil determinar las tasas de EPI en la población en general, estudios en mujeres de países desarrollados sugieren que las tasas fluctúan de 10 a 17 por 1.000 mujeres-año (207, 258).

El mayor riesgo de EPI está en las primeras semanas después de insertar el DIU. El análisis de los datos de 13 ensayos clínicos de la OMS efectuados en África, Centro, Sur y Norteamérica, Asia y Europa encontró que el riesgo de desarrollar EPI era 6,3 veces más elevado durante los primeros 20 días después de la inserción del DIU que posteriormente (*50*). Después de los primeros 20 días de la inserción, el número de casos nuevos de EPI que ocurrían cada año se mantuvo constantemente a un nivel bastante bajo —cerca de 1,4 por 1.000 mujeres-año, a lo largo de ocho años de uso (ver el Cuadro 2 en la pág. 20). Este bajo nivel es similar o incluso inferior que entre las mujeres de países en desarrollo que no usan el DIU (207, 258).

El riesgo de EPI está probablemente relacionado con la presencia de una ITS al momento de insertar el DIU. El mismo análisis de los ensayos clínicos de la OMS indica que, como se esperaba, las tasas de EPI entre las usuarias del DIU parecen variar de acuerdo a la predominancia de las ITS en la población (*50*). No hubo casos de EPI entre las 4.300 usuarias de DIU en China. Durante los años ochenta, cuando se hicieron los estudios, se pensaba que la mayoría de las parejas chinas eran mutuamente monógamas (82), y el país estaba prácticamente libre de ITS (282). En contraste, en África, donde las ITS son mucho más comunes, se encontraron ocho casos de EPI entre 846 usuarias, una tasa de cerca de seis casos por 1.000 mujeres-año (*50*). Esto sugiere que el aumento del riesgo de EPI se asocia con la presencia de gonorrea o clamidia en el momento de la inserción del DIU. El proceso de inserción probablemente traslada los organismos del tracto genital inferior al tracto superior, donde se desarrolla la EPI. Si los organismos son bacterias normalmente presentes en el tracto genital, parece entonces que algún mecanismo elimina automáticamente esta contaminación del útero poco después del proceso de inserción, sin que ocurra una infección (143). Sin embargo, si hay gonorrea o clamidia en el tracto genital inferior se puede desarrollar la EPI.

> ***Una mujer que no tiene ya gonorrea o clamidia no puede contraer la EPI solamente mediante la inserción de un DIU.***

Excepto en las primeras semanas después de la inserción, una ITS podría no tener mayor probabilidad de avanzar a EPI en una usuaria del DIU que en cualquier otra mujer. En datos de seis estudios pequeños de mujeres con gonorrea o clamidia a quienes se les insertó un DIU (57, *147*, 163, 210, 222, 255) se encontró porcentajes de desarrollo de EPI, en el plazo de un mes a dos años después de la inserción del DIU (0% a 5%)[5], que son comparables con los niveles de EPI entre las mujeres de la población en general con tratamiento inadecuado o sin tratamiento para la gonorrea y/o clamidia (166, 176, 228). Esta comparación indirecta, junto con evidencias que muestran un nivel bajo bastante constante de EPI después de pasados los primeros 20 días de la inserción (según se menciona arriba), sugieren que, después de las primeras semanas posteriores a la inserción, podría no haber mayor probabilidad de que una ITS avance a EPI en una usuaria de DIU que en otras mujeres con ITS (*145*).

Un modelo matemático que toma en cuenta la predominancia de las ITS y datos de evaluación del riesgo de EPI de otros estudios sugiere que las usuarias del DIU efectivamente

[2] Algunos investigadores creen que la vaginosis bacteriana (VB) puede causar la EPI y, además, que las usuarias del DIU podrían tener más probabilidad de desarrollar VB (11, 70, 90, 104, 105, 139). Si bien algunos estudios han demostrado que la VB es común entre las mujeres con EPI, no existe evidencia que compruebe que la VB en realidad causa la EPI (*116*). Un estudio reciente hizo un seguimiento a mujeres en alto riesgo de contraer una ITS por una mediana de tres años y no encontró aumento del riesgo general de desarrollar EPI entre las mujeres con VB (*152*).

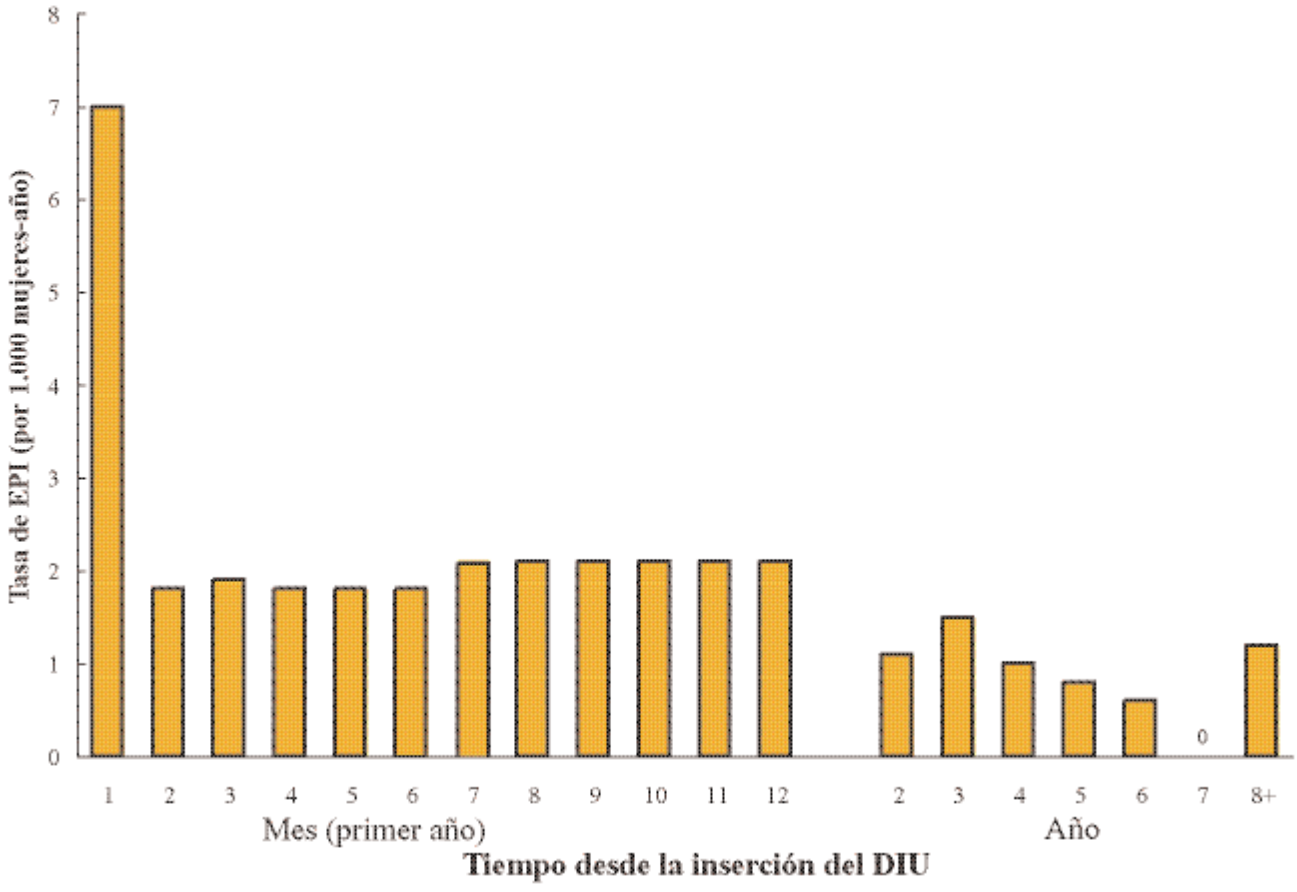
[3] "Mujeres-año" es un cálculo del tiempo real en términos de riesgo que todas las mujeres contribuyeron al estudio. En este caso, se calcula sumando el tiempo que cada usuaria del DIU estuvo en riesgo de contraer EPI, desde el inicio del estudio hasta que fue diagnosticada con EPI o bien hasta que terminó el estudio, lo que hubiese ocurrido primero.

[4] La nueva orientación de 2004 en *Criterios de elegibilidad médica para el uso de anticonceptivos* de la OMS indica que generalmente no hay necesidad de extraer el DIU si la clienta desea continuar usándolo mientras está en tratamiento para la EPI (*268*). No hay diferencia en el curso clínico de la EPI una vez que está siendo tratada, ya sea que el DIU sea extraído o se deje en su lugar (14, 292, 299, 301).

[5] Si se empleara una definición más amplia de EPI que incluyese a las mujeres con dolor pélvico moderado pero sin fiebre, el nivel más alto en estos estudios podría ser 10% (*145*).

Figure 2. El riesgo de Enfermedad Pélvica Inflamatoria (EPI) es más elevado en las primeras semanas después de la inserción del DIU

Tasas de EPI por tiempo desde la inserción del DIU en 13 ensayos clínicos de la OMS



Fuente: Farley, Rosenberg, Rowe, Chen y Meirik 1992 (50)

Population Reports

enfrentan un riesgo bajo de EPI (*205*). El modelo calcula un riesgo de 0,3% de EPI atribuible al DIU, en un contexto de 10% de predominancia de las ITS, si es que no se evalúa a las clientas para detectar las ITS antes de la inserción. Es decir que habría unos 3 casos más de EPI en cada 1.000 mujeres con el DIU que los que hubiesen ocurrido si no tuviesen insertado el DIU (en otras palabras, 997 de cada 1.000 mujeres que tienen colocado el DIU no desarrollarían EPI. Si se restringe el uso del DIU a clientas que se consideran con bajo riesgo de ITS basándose en las preguntas de evaluación del riesgo (ver la pág. 22), el riesgo atribuible calculado descendería a 0,15% —es decir, menos de 2 mujeres de cada 1.000 desarrollarían EPI relacionada con la inserción del DIU.

La orientación de la OMS permite que más mujeres usen los DIU

La orientación actual de la OMS indica que las mujeres con EPI, gonorrea, clamidia o cervicitis purulenta no deben hacerse colocar los DIU (ver el recuadro de la pág. 10). (La cervicitis purulenta es una infección del cuello uterino en la cual una secreción parecida al pus sale del orificio del mismo. Puede ser un signo de gonorrea o de infección por clamidia.) En contraste, las mujeres que desarrollan cualquiera de estas condiciones después de que sus DIU ya están colocados pueden continuar usándolos mientras reciben tratamiento para la infección. Las mujeres que tienen un riesgo individual muy alto de exposición a la gonorrea o clamidia no deberían hacerse colocar un DIU a menos que no estén disponibles ni sean aceptables otros métodos anticonceptivos más apropiados (*268*).

Los cambios en la orientación de la OMS ahora permiten que las mujeres con otras ITS distintas de gonorrea, clamidia o cervicitis purulenta puedan usar los DIU. Además, una mujer que vive en una zona donde las ITS son comunes, generalmente puede hacerse colocar un DIU siempre y cuando ella misma no tenga un riesgo muy alto de gonorrea o clamidia (268). La orientación también permite en general que las mujeres con infección por el VIH o en riesgo de contraerla usen los DIU (ver el recuadro de la pág. 21).

La orientación que recomienda no insertar un DIU a una mujer cuyo riesgo individual de contraer gonorrea o clamidia es muy elevado refleja una preocupación de que esta mujer pueda *actualmente* tener gonorrea o clamidia, pero sin síntomas inmediatos. Solamente las pruebas de laboratorio detectarían estas infecciones silenciosas, y en muchos lugares estas pruebas no están disponibles (ver la pág. 22).

No hay un aumento significativo del riesgo de infertilidad con los DIU

Las complicaciones de la EPI pueden ser graves. La EPI puede dañar permanentemente el revestimiento de las trompas de Falopio y podría bloquear total o parcialmente una o las dos trompas lo suficiente como para causar infertilidad. No obstante, estudios bien diseñados no encuentran aumento significativo de la infertilidad asociada con el uso del DIU (*77*, 79). En numerosos estudios de cohorte, el 72% al 96% de mujeres concibieron en el lapso de un año después de que les extrajeron los DIU (*244*). Estos niveles son comparables a aquéllos entre las mujeres que nunca han usado la anticoncepción (*244*). Estas observaciones coinciden con los hallazgos de que el riesgo absoluto de EPI en las usuarias del DIU es bajo.

El estudio más reciente examinó a mujeres que aún no habían tenido hijos a fin de determinar si las mujeres con bloqueo tubárico tenían más probabilidad de haber usado los DIU que las mujeres embarazadas. Las mujeres sin hijos, con bloqueo tubárico, no tenían más probabilidad de haber usado los DIU que las mujeres sin hijos con o sin bloqueo tubárico o las mujeres embarazadas. Sin embargo, las mujeres sin hijos, con o sin bloqueo tubárico, tenían más probabilidad de haber estado expuestas a la infección por clamidia que las mujeres embarazadas. Este hallazgo confirma que la exposición a las ITS, específicamente a la infección por clamidia, aumenta el riesgo de infertilidad (*94*).

Otro estudio reportó que, entre las mujeres que aún no habían tenido hijos, las usuarias del DIU a largo plazo tardaron más en tener un hijo después de extraído el DIU que las usuarias del DIU a corto plazo (39). El uso previo de anticonceptivos orales o métodos de barrera no afectó el tiempo transcurrido antes de tener hijos.

Se ha identificado un gran número de problemas en este estudio. Los mismos incluyen diferencias importantes entre las usuarias de los DIU y otras mujeres en el estudio, pocos datos sobre quién podría haber tenido una ITS al tiempo de inserción y ninguna información respecto a si el retraso para tener hijos se debió al bloqueo tubárico o a otra causa (78). Además, los hallazgos tal vez no sean relevantes para los DIU actuales. En los años ochenta, cuando se recolectaron los datos, la mayoría de los DIU utilizados por las mujeres en el estudio tenían que ser reemplazados cada dos o tres años, supuestamente con un riesgo elevado de infección inmediatamente después de cada inserción (81).

¿Aumentan los DIU el riesgo de desarrollar EPI en las mujeres con ITS?

MUCHO OJO

- Estudios a largo plazo entre usuarias de DIU han encontrado un bajo riesgo de EPI, similar al de la población en general.
- La inserción de un DIU en una mujer con gonorrea o clamidia parece aumentar su riesgo de desarrollar EPI durante los primeros 20 días después de la inserción.
- El análisis de evidencia indirecta en estudios a pequeña escala sugiere que, excepto durante las primeras semanas después de la inserción del DIU, la probabilidad de que una ITS avance a EPI no es mayor en una usuaria de DIU que en cualquier otra mujer.

Las evidencias muestran que muchas mujeres con VIH pueden usar los DIU

La nueva orientación de la OMS indica que muchas mujeres con condiciones relacionadas con el VIH, por lo general, pueden iniciar el uso del DIU (ver pág. 10) (*268*). Basadas en preocupaciones teóricas, las guías anteriores habían descartado el uso del DIU en estas mujeres, a no ser que no estuviesen disponibles o no fuesen aceptables otros métodos más apropiados (*181*). Los proveedores deben aclarar a estas mujeres, sin embargo, que los DIU no protegen contra las ITS ni el VIH, y que es necesario usar condones en forma constante y correcta para evitar transmitir infecciones a sus parejas.

La nueva orientación de la OMS refleja una variedad de evidencias recientes:

- Si bien algunos estudios identifican una asociación entre el uso del DIU y la infección del VIH (107, 154), la mayor parte de investigaciones ha encontrado que los DIU no incrementan las probabilidades de que una mujer adquiera la infección del VIH (25, 43, 106, 130–132, 167, 208, 225).
- Un estudio en Kenia sugiere que las complicaciones del uso del DIU no son significativamente más comunes entre mujeres infectadas por el VIH que entre las no infectadas. No hubo diferencia en las tasas globales de complicaciones (combinando EPI, expulsión del DIU, embarazo con el DIU colocado y extracción del DIU por infección, dolor o sangrado) a los cuatro meses ni a los dos años después de la inserción del DIU (*209*). El número de casos de EPI fue pequeño y, después de dos años, las tasas de EPI fueron bajas en los dos grupos. La tasa fue más alta entre las usuarias de DIU infectadas por el VIH (1,4% frente a 0,2% a los cuatro meses, y 2,0% frente a 0,4% después de dos años). Estas diferencias no fueron estadísticamente significativas (*148, 209*).
- Un estudio de cohorte de cuatro años realizado en nueve países europeos encontró que los DIU no aumentan el riesgo de transmisión del VIH de las mujeres infectadas a sus parejas no infectadas por encima del riesgo inherente en el sexo vaginal sin protección (43). Los dos estudios que examinaron la liberación de células cervicales infectadas por el VIH encontraron que la liberación no era mayor debido al uso del DIU (149, *180*).

La nueva orientación de la OMS basada en esta investigación reciente debiera ayudar a asegurar a los proveedores que muchas mujeres con el VIH o el SIDA generalmente pueden usar los DIU. Algunos proveedores aún podrían mostrarse reacios a proveer los DIU a mujeres con condiciones relacionadas con el VIH porque les preocupa la transmisión de la infección de una clienta a otra o contraerla ellos mismos durante el procedimiento de inserción (231). Estos proveedores deben recibir consejería respecto a que el riesgo de contraer la infección del VIH durante los procedimientos clínicos (como exámenes pélvicos, inserción del DIU e inyecciones) es pequeño y que los proveedores pueden tomar medidas para minimizar el riesgo siguiendo las precauciones universales, tales como usar barreras protectoras, incluidos guantes y batas, lavarse las manos antes y después de cada procedimiento y desinfectar el instrumental (284, 304).

Cómo reducir el riesgo de infección

Las pruebas de laboratorio para diagnosticar las ITS podrían contribuir al uso más seguro de los DIU (*269*), observa la OMS; pero dichas pruebas generalmente no son factibles por carencia de centros, equipo y personal capacitado (*265*). Los programas y los proveedores necesitan medir los riesgos de no realizar las pruebas contra los beneficios de hacer que el DIU disponible (*269*). Negar a las mujeres la opción de los DIU debido a la ausencia de pruebas de laboratorio para las ITS privaría a la gran mayoría de un método que podrían usar en forma segura y crearía una barrera médica innecesaria.

En vista de que las pruebas para las ITS generalmente no están disponibles, la orientación de la OMS considera que la evaluación del riesgo de ITS y el examen físico son esenciales para el uso seguro de los DIU (*269*). La evaluación del riesgo tradicionalmente ha estado basada en las respuestas de la clienta a preguntas que le hace el proveedor sobre su comportamiento sexual y el de su pareja. Otro método es pedirle a la clienta que evalúe su propio riesgo de contraer las ITS.

Negar a las mujeres la opción de los DIU debido a la ausencia de pruebas de laboratorio para las ITS privaría a la gran mayoría de un método que podrían usar en forma segura.

Si bien la evaluación del riesgo parece enfocarse en si una mujer podría contraer una ITS en el futuro o no, su propósito real en lo que respecta a la inserción del DIU es determinar si podría tener actualmente una infección por gonorrea o clamidia, la cual descartaría la inserción del DIU. Un examen pélvico permitirá identificar a algunas mujeres con gonorrea o clamidia, aunque estas infecciones a menudo no tienen síntomas en las mujeres. Por lo tanto, un examen pélvico que no encuentra síntomas no descarta, por sí solo, la infección.

Los comportamientos de riesgo pueden sugerir que una mujer está en riesgo de contraer las ITS

La dificultad radica en decidir qué indica un riesgo individual muy alto de contraer ITS, y en particular gonorrea o clamidia. Los indicadores de riesgo de ITS difieren entre las comunidades, dependiendo de los patrones de comportamiento sexual y otros factores (*147,* 162, *265*). Pocos programas de planificación familiar, sin embargo, cuentan con los recursos para desarrollar herramientas válidas a nivel local para evaluar el riesgo individual de una mujer de contraer las ITS.

En estas situaciones, lo mejor que los proveedores podrían hacer es discutir en sus comunidades los comportamientos o situaciones que creen tienen mayor probabilidad de exponer a las mujeres a las ITS. Algunos ejemplos de comportamientos de riesgo comunes incluyen:

- Le diagnosticaron una ITS en los últimos tres meses
- Le diagnosticaron una ITS a su pareja en los últimos tres meses
- La pareja tiene síntomas de una ITS, como dolor o ardor al orinar, una llaga abierta en el área genital o le sale pus del pene
- Ha tenido más de una pareja sexual en los últimos tres meses sin haber usado condones todas las veces
- Ha tenido relaciones sexuales sin protección con una pareja que ha tenido más de una pareja en los últimos tres meses (305).

Ciertas situaciones sugieren la posibilidad de que ocurran estos comportamientos de riesgo. Por ejemplo, si un hombre trabaja lejos de su hogar por períodos prolongados de tiempo, es más probable que haya tenido otras parejas sexuales. Los proveedores pueden manejar las situaciones que tienen relevancia a nivel local basándose en el conocimiento que tienen sobre sus clientas o en las guías clínicas o programáticas.

Los programas pueden encontrar útil una lista de verificación desarrollada por Family Health International para evaluar a las posibles usuarias del DIU (ver las págs. 13–16). Usando la lista el proveedor puede verificar si la clienta tiene cualquier condición que descartaría el uso del DIU, haciéndole primero a la clienta una serie de preguntas que debe contestar con "sí" o "no" y realizando luego un examen pélvico. Algunas de las preguntas que el proveedor le hace a la clienta están relacionadas con su riesgo de ITS, tomando como base los comportamientos de riesgo antes mencionados. Si sus respuestas no sugieren un riesgo individual muy alto de exposición a las ITS, el proveedor procede a examinar el cuello uterino buscando signos de infección inmediatamente antes de insertar el DIU.

El examen pélvico detecta algunas pero no la mayoría de las infecciones cervicales

En lugares donde las pruebas de laboratorio no estén disponibles, la OMS recomienda a los proveedores realizar un cuidadoso examen con espéculo para buscar signos de gonorrea o clamidia. Estos signos son:

- Secreción mucopurulenta (secreción amarillenta que contiene mucosa y pus);
- Un cuello uterino que sangra fácilmente al tocarlo con un hisopo de algodón; *o*
- Una prueba de hisopado positiva —un hisopo con células recolectadas del canal cervical tiene apariencia amarilla cuando se contrasta con un papel blanco (*270*). (Algunos expertos no creen que esta prueba sea útil para detectar infecciones cervicales (123, 172, 185, 202) porque toma en cuenta sólo el color y no la consistencia de la secreción (123) y porque requiere de proveedores capacitados para evaluar los hisopos (185).)

La OMS recomienda que el proveedor brinde tratamiento a una mujer que presenta cualquiera de estos tres signos tanto para la gonorrea como para la clamidia y que retrase la inserción del DIU hasta que ella haya completado el tratamiento y ya no muestre ningún signo de infección (*270*).

Sin embargo, la mayoría de infecciones en las mujeres son asintomáticas. La investigación ha encontrado que estos tres signos detectan solamente el 30% a 40% de las infecciones cervicales en condiciones de estudio idóneas. Los proveedores que trabajan bajo las típicas condiciones clínicas pueden detectar un porcentaje más bajo de infecciones (*270*). A la fecha, no existe ninguna alternativa simple, barata y exacta a las pruebas diagnósticas de laboratorio para las ITS.

La evaluación del propio riesgo de ITS por parte de las mujeres puede indicar la presencia de infección mejor que los resultados de un examen físico, una vez que las mujeres sepan lo que es el comportamiento de riesgo. En un estudio en Ciudad de México, las clientas de planificación familiar participaron en sesiones informativas individuales de 20 minutos, a cargo de una enfermera. Las sesiones cubrían diferentes métodos anticonceptivos incluyendo el DIU, las ITS y el comportamiento de riesgo. Luego, cada mujer seleccionó el método anticonceptivo que pensaba era más apropiado para ella. Mientras tanto, los médicos anotaban si estas mujeres deberían o no recibir un DIU basándose solamente en los hallazgos de un examen físico, incluido el examen pélvico. Las pruebas de laboratorio de las muestras cervicales de las mujeres indicaron que 2% de ellas tenían gonorrea o clamidia. Los médicos habían aprobado en forma no apropiada el uso del DIU para el 87% de estas mujeres. Un porcentaje mucho menor de las propias mujeres (48% de aquellas que tenían gonorrea o clamidia) eligió inadecuadamente el DIU (*118*).

La evaluación del propio riesgo de ITS por parte de las mujeres puede indicar la presencia de infección mejor que los resultados de un examen físico.

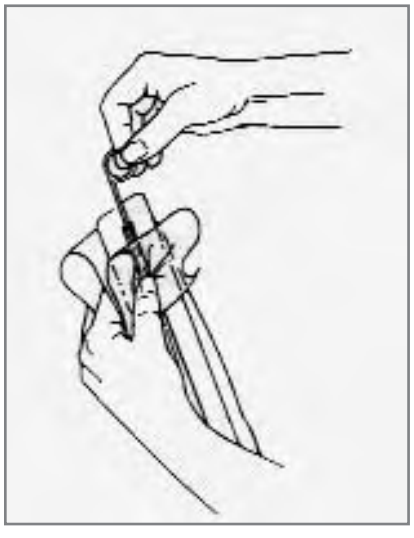
El cuidado puede reducir el riesgo de infección durante la inserción del DIU

Los proveedores pueden reducir el riesgo de infección durante la inserción del DIU, y por lo tanto, minimizar las complicaciones relacionadas con la infección, haciendo lo siguiente:

- Evaluando o pidiendo a la clienta que ella misma evalúe si enfrenta un riesgo individual muy alto de exposición a las ITS (ver la pág. 22).
- Realizando un cuidadoso examen con espéculo justo antes de insertar el DIU para buscar signos de infección cervical (ver la pág. 22).
- Siguiendo cuidadosamente los procedimientos de rutina para prevención de infecciones en los exámenes pélvicos y en la inserción del DIU, incluyendo la técnica de inserción de "sin tocar", es decir, no dejar que el DIU cargado o la sonda uterina entren en contacto con ninguna superficie no estéril (por ejemplo, las manos, el espéculo, la pared vaginal, la superficie de la mesa). Esto implica (1) cargar el DIU en el tubo de inserción cuando ambos están todavía dentro del paquete estéril para evitar que entren en contacto directo con el DIU, y (2) hacer pasar la sonda uterina y el DIU cargado a través del orificio del cuello uterino una sola vez, evitando al mismo tiempo tocar la pared vaginal o las valvas del espéculo (102). Además, si no se ha planificado otro procedimiento, como tomar muestras de las células cervicales con un hisopo, realizar un examen bimanual antes de la inspección cervical evita tener que insertar dos veces el espéculo y disminuye la molestia de la clienta (95).

La inserción apropiada del DIU minimiza los riesgos de muchas complicaciones del uso del DIU.

- Evitando cambiar el DIU innecesariamente, antes de su fecha de caducidad, para reducir el número de extracciones y reinserciones en las usuarias a largo plazo.
- Considerando el uso de antibióticos profilácticos justo antes de la inserción en contextos donde las infecciones por gonococo y clamidia son comunes y el despistaje de las ITS es limitado, reconociendo al mismo tiempo que no se recomienda el uso rutinario de esa profilaxis (*269*). (Algunos expertos van más allá y recomiendan el tratamiento basado en la presunción contra la clamidia y la gonorrea antes de la inserción, lo cual implica administrar a las clientas del DIU un curso completo de antibióticos en lugar de una dosis profiláctica más baja (82). La dosis óptima de profilaxis para prevenir la EPI aún se desconoce (300).)
- Brindando consejería a todas las usuarias del DIU acerca de los signos y síntomas de las ITS y la EPI, y aconsejándoles que regresen inmediatamente si desarrollan alguno.
- Preguntando si hay síntomas de infección en la visita de seguimiento programada (de tres a seis semanas después de la inserción) y realizando un examen pélvico si hay alguna razón para sospechar infección. Si hay signos de infección presentes, tratando la infección oportunamente y permitiendo que la clienta conserve el DIU en su lugar durante el tratamiento. El despistaje y el tratamiento temprano ayudan a prevenir que las ITS avancen a EPI (89, 91, 159, 197, 256).



Uno de los pasos de la técnica de inserción "sin tocar" es cargar el DIU en el tubo de inserción cuando ambos están todavía dentro del paquete estéril. La técnica "sin tocar" reduce al mínimo el riesgo de contaminar el útero durante la inserción del DIU.
De la publicación de JHPIEGO: "IUD guidelines for family planning service programs: A problem solving reference manual".

Características clínicas de los DIU

La mayoría de las mujeres que usan los DIU están satisfechas con el método (156, 198). Muchas mujeres prefieren el DIU porque les brinda protección efectiva, a largo plazo, y al mismo tiempo rápidamente reversible contra el embarazo. El DIU es conveniente y requiere poca acción por parte de la mujer una vez que ha sido colocado. En promedio, las mujeres usan los DIU por más tiempo que otros métodos anticonceptivos reversibles (3, 18).

Con los DIU portadores de cobre, el aumento del sangrado es frecuente y es la principal razón médica por la que las mujeres dejan de usar los DIU (*244*). Otros efectos secundarios del uso del DIU, incluyen la expulsión y la perforación del útero, pero son poco frecuentes. Los investigadores continúan desarrollando y sometiendo a prueba nuevos DIU que prometen reducir los efectos secundarios y que simplifican los procedimientos de inserción. (Ver *Population Reports*, "Nuevas opciones de anticonceptivos", Serie M, Número 19, de abril de 2005).

La inserción adecuada del DIU minimiza los riesgos de muchas complicaciones, como la expulsión y la perforación. Cuando la prestación de servicios se organiza de modo que las clientas son referidas a un grupo central de proveedores bien capacitados, estos proveedores atenderán al número suficiente de clientas del DIU que les permita mantener sus habilidades para la inserción y ayudar a asegurar una alta calidad de atención (ver la pág. 17). Estos proveedores también tendrán las habilidades necesarias para manejar cualquier problema que las usuarias del DIU pudiesen encontrar. (Consultar el Recuadro en Internet en http://www.populationreports.org/prs/sb7/ssupplements/, para ver un anticipo de la orientación basada en consenso sobre el manejo de los problemas en el uso del DIU, incluida en la próxima versión actualizada del manual *Lo Esencial de la Tecnología Anticonceptiva*).

Uno de los métodos más eficaces

En un estudio multicéntrico internacional a gran escala, patrocinado por la OMS, solamente cerca de 4 de cada 1.000 usuarias de la TCu-380A quedaron embarazadas en el primer año de uso (*249*). Esto representa el 0,4%. Estudios anteriores reportaron tasas de embarazo similares —3 a 8 mujeres de cada 1.000 quedaron embarazadas en el primer año de uso (0,3% a 0,8%) (*214*, *216*). Estas tasas son similares a las de la esterilización femenina, otro de los métodos de planificación familiar más eficaces.

El DIU liberador de levonorgestrel (DIU-LNG) también tiene tasas de embarazo muy bajas durante el primer año. Entre 1 y 3 mujeres de cada 1.000 quedan embarazadas en el primer año de uso (0,1% a 0,3%) (125, *214*). Los resultados preliminares de un amplio estudio internacional de la OMS para comparar la TCu-380A y el DIU-LNG sugieren que el DIU-LNG es más eficaz (*267*). Después de un total de seis años de uso, 5 de cada 1.000 usuarias del DIU-LNG quedaron embarazadas, en comparación con 20 de cada 1.000 usuarias de la TCu-380A.

Los DIU portadores de cobre aumentan el sangrado

Los DIU portadores de cobre aumentan los volúmenes del flujo sanguíneo de 20% a 50% por encima de los niveles previos a la inserción del DIU (*244*). El aumento del sangrado menstrual, a menudo doloroso, es el problema que reportan con más frecuencia las mujeres cuando están usando los DIU portadores de cobre. Muchas mujeres que manifiestan estas quejas continúan el uso del DIU (52). Las tasas globales de extracción debido a sangrado y/o dolor a los 12 meses de uso varían de 1 a 17 por cada 100 mujeres en ensayos clínicos sobre la TCu-380A y otros DIU portadores de cobre (51–54, 165, 177, *214*, *249*).

El aumento de sangrado podría hacer descender los niveles de hierro en la sangre. Al compararlos con los niveles antes de la inserción de un DIU portador de cobre, algunos estudios no encuentran cambios en los niveles de hierro en sangre (115, 182). Otros estudios han encontrado, en promedio, niveles de hierro en sangre más bajos en usuarias del DIU que antes de la inserción del DIU o comparados con los niveles de mujeres que no usan anticonceptivos (44, 56, 72, 87, *238*). Los descensos de los niveles de hierro en sangre midieron cerca de dos a cuatro gramos por litro después de 12 meses de uso del DIU. Si bien el cambio promedio es pequeño, estos descensos podrían ser suficientes para llegar a un diagnóstico de anemia clínica en las mujeres que ya tienen niveles relativamente bajos de hierro en sangre antes de la inserción del DIU (87, 184) (ver el Recuadro en Internet en http://www.population reports.org/prs/sb7/ssupplements/). La OMS considera que los niveles normales de hierro en sangre para las mujeres no embarazadas están por encima de 120 gramos por litro (263).

Los DIU hormonales disminuyen el sangrado

Durante los primeros tres meses de uso y algunas veces por más tiempo, es probable que las usuarias del DIU-LNG tengan más días de sangrado y manchado que antes del uso del DIU (7, 88, *235*). El volumen y duración del flujo sanguíneo disminuye gradualmente, sin embargo, porque la dosis continua de progestágeno mantiene delgado el revestimiento uterino. De hecho, 20% a 35% de usuarias no tienen ningún sangrado hacia el final del primer año de uso (7, 38, 127, 161, *235*). Un número de usuarias aún mayor experimenta sólo sangrado leve (188, 217, *235*). La disminución o ausencia de sangrado no es dañino y no afecta la capacidad de la mujer de producir óvulos ni otros aspectos de la fertilidad una vez que se extrae el DIU (155, 275, 276). De hecho, el DIU-LNG tiene varias aplicaciones terapéuticas porque reduce el sangrado (ver el Cuadro 1 en la pág. 3).

Brindar consejería a las mujeres antes de la inserción del DIU-LNG respecto a que este dispositivo podría detener el sangrado menstrual y que esto es inocuo, es clave para que el uso del DIU-LNG tenga éxito. Las mujeres que reciben esa consejería están más satisfechas con el método que las que no tienen tanta información (9), y tienen mayor probabilidad de continuar usando el método (7, 188). De hecho, muchas mujeres ven la ausencia de sangrado como una de las ventajas del DIU-LNG y una razón para continuar usándolo (188). No obstante, algunas mujeres no aceptarán la posible ausencia de sangrado menstrual. A estas mujeres, los proveedores pueden proponerles usar el DIU portador de cobre y otros métodos anticonceptivos.

La expulsión es infrecuente

Después de la inserción del DIU, las contracciones uterinas pueden empujar el dispositivo hacia abajo, ocasionando que

Ayuda visual para comunicar la eficacia del DIU durante la consejería

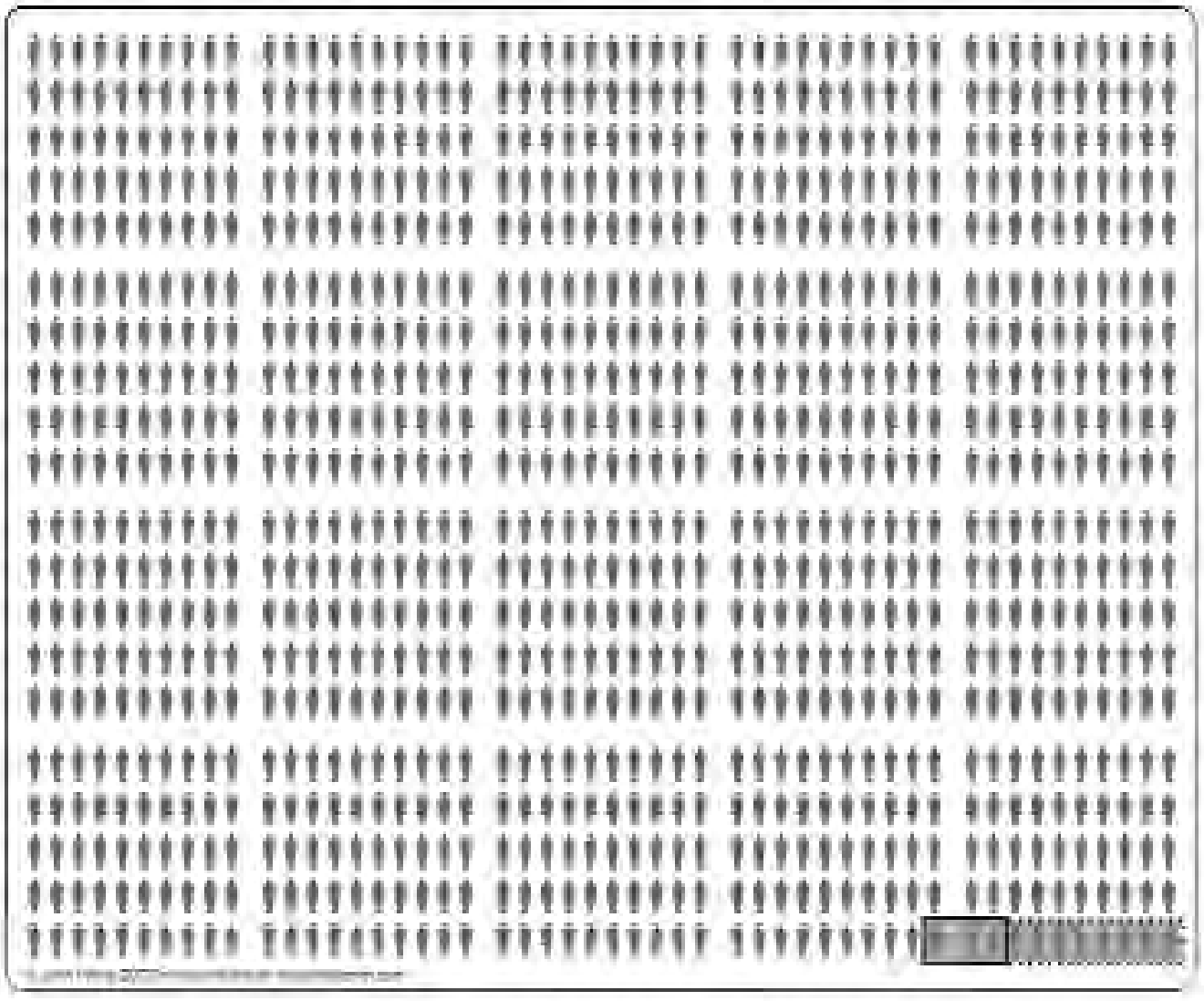
El gráfico inferior (Poling Palette®) es una representación visual del riesgo de embarazo que corre una mujer durante el primer año de uso del DIU liberador de levonorgestrel (DIU-LNG) y del DIU TCu 380A. La ilustración muestra 1 000 mujeres. De estas 1 000 mujeres, 1 a 3 quedarían embarazadas mientras están usando el DIU-LNG (125, 274), y 3 a 8 quedarían embarazadas mientras usan la TCu 380A (274, 216, 249). Los proveedores de planificación familiar pueden usar este tipo de herramientas con sus clientes para ayudar a ilustrar los riesgos de embarazo en forma visual en lugar de hacerlo mediante números, que pueden ser difíciles de comprender. Si una mujer está pensando en usar la TCu 380A, por ejemplo, los proveedores pueden señalar que entre 992 y 997 de cada 1 000 mujeres no quedarían embarazadas durante el primer año de uso.

Population Reports desea recibir retroalimentación de los proveedores sobre la utilidad de esta herramienta. Por favor envíe sus comentarios a popreports@jhuccp.org. Puede visitar el sitio Web de Population Reports (www.populationreports.org/fp/) para ver respuestas seleccionadas.

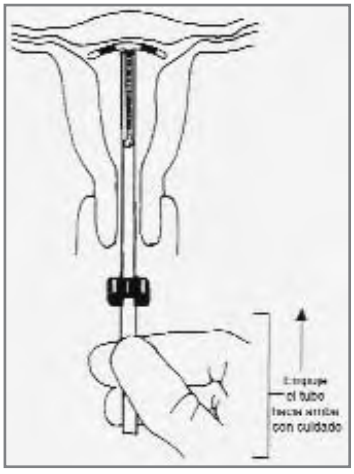
Los DIU son altamente eficaces

Mujeres que quedan embarazadas durante el primer año de uso del DIU-LNG

Mujeres que quedan embarazadas durante el primer año de uso de la TCu-380A



sea expulsado del útero. La inserción correcta, colocando el DIU en la parte alta del útero, podría reducir las probabilidades de expulsión. Estudios recientes muestran, sin embargo, que los DIU en forma de T que se insertan en la parte baja del útero tienden a moverse hacia arriba por sí solos en un lapso de dos o tres meses después de la inserción (285, 294).



Insertar cuidadosamente el DIU lo más alto posible dentro del útero ayuda a evitar que sea expulsado. Si ocurre la expulsión, las mujeres corren riesgo de quedar embarazadas. *De la publicación de JHPIEGO: "IUD guidelines for family planning service programs: A problem solving reference manual".*

Las tasas de expulsión varían de 2 a 8 por 100 mujeres en el primer año de uso (160, 189, 247, 274). La mayoría de expulsiones ocurren en el primer año, y especialmente durante los tres primeros meses posteriores a la inserción (8, 247, 274). Aproximadamente una expulsión de cada cinco pasa inadvertida en ese momento (142). Las mujeres que expelen sus dispositivos se encuentran en riesgo de embarazo, especialmente si no se dan cuenta de la expulsión. Generalmente la expulsión no es peligrosa.

Es más probable que ocurra la expulsión en circunstancias como las siguientes:

- Ser muy joven al momento de inserción (menor de 20 o 25 años de edad) (126, 183, *215*, 259, 281),
- Inserción realizada al principio del ciclo menstrual (259),
- Inserción durante el posparto inmediato (76, 257, 278),
- Inserción inmediatamente después de un aborto en el segundo trimestre (75),
- Algunos estudios han encontrado una tasa de expulsión más alta entre las mujeres que no tienen hijos (121, 126, 164, *215*, 259).

El riesgo adicional de expulsión no es suficiente para negar los DIU a las mujeres bajo ninguna de estas circunstancias. Específicamente, la OMS recomienda que las mujeres menores de 20 años y las mujeres que no tienen hijos en general aún pueden usar los DIU porque las ventajas del DIU superan el riesgo de expulsión (*268*).

Rara vez ocurren perforaciones

La perforación del útero puede ocurrir durante la inserción del DIU, cuando el DIU o un instrumento ginecológico perforan la pared muscular uterina. Una técnica de inserción cuidadosa puede evitar las perforaciones. En ensayos clínicos amplios la perforación uterina ocurre rara vez, menos de 2 por 1.000 inserciones (14, 24, 247, *249,* 274). La mayoría de las perforaciones se reconocen durante la inserción, y el DIU puede extraerse inmediatamente sin provocar ningún problema serio (ver el Recuadro en Internet en http://www.populationreports.org/prs/sb7/ssupplements/). Algunas perforaciones pasan inadvertidas y pueden ocasionar adherencias (bandas fibrosas de tejido cicatricial que se forman entre dos superficies dentro del cuerpo). Las adherencias no provocan problemas, pero se han reportado algunos casos de obstrucción intestinal (1, 74, 157, 173).

El embarazo ocurre rara vez pero es serio

El DIU es un anticonceptivo muy eficaz. Si ocurre un embarazo mientras el DIU está insertado, sin embargo, es posible que pueda provocar complicaciones graves como el aborto espontáneo (*244*). En varios reportes, 15% a 60% de embarazos uterinos terminaron en aborto espontáneo si no se extraía el DIU (40, 67, 112, 140, 223). Extraer el DIU reduce el riesgo de un aborto espontáneo hasta casi el mismo nivel de riesgo que enfrentan otras mujeres, aunque el proceso mismo de inserción implica un pequeño riesgo de aborto espontáneo (244) (ver el Recuadro en Internet en http://www.population reports.org/prs/sb7/ssupplements/). Los estudios han encontrado que el aborto espontáneo séptico (infectado) en el segundo trimestre, una condición rara potencialmente mortal, era más frecuente entre las mujeres que dejaron sus DIU en su lugar que entre las mujeres que no estaban usando DIU al momento de la concepción (*244*).

Los DIU reducen el riesgo de embarzo ectópico

Puesto de que el embarazo entre las usuarias del DIU ocurre rara vez, el embarazo ectópico en las usuarias del DIU es incluso más raro. Los datos de 42 ensayos clínicos reportan una tasa de embarazo ectópico de 2 por 1.000 mujeres a lo largo de 10 años de uso de la TCu-380A (es decir, 0,2%) (*212*). Varios estudios han calculado que los DIU reducen las tasas de embarazo ectópico hasta 10% a 50% del nivel entre las mujeres que no están usando anticonceptivos (146, 221, 271, 277).

El DIU ayuda a prevenir el embarazo ectópico; pero no con tanta eficacia como previene el embarazo intrauterino. En el raro caso de que una usuaria del DIU quede embarazada, es mucho más probable que el embarazo sea ectópico que en un embarazo de una mujer que no está usando un DIU (*68,* 146, 277). Las mujeres de más edad enfrentan un riesgo más alto de tener un embarazo ectópico, como sucede en el caso de las mujeres que no están usando los DIU (*212*). Los proveedores de salud deben estar particularmente alertas ante la posibilidad de que un embarazo de una usuaria de DIU sea ectópico. En las usuarias de los DIU portadores de cobre, se estima que 1 de cada 13 a 16 embarazos es ectópico (6% a 8%) (*68,* 136). La probabilidad de embarazo ectópico en la población en general varía ampliamente de un país a otro. En los EEUU, según los datos disponibles más recientes, en 1992 aproximadamente 2% de todos los embarazos fueron ectópicos (27).

****

Si bien la mala información sobre la seguridad y los desafíos programáticos percibidos han limitado el uso del DIU en muchos países, algunos programas de planificación familiar están ahora tomando medidas para corregir estas percepciones erróneas y crear o revivir el interés en el método. El DIU puede ser una buena opción para las mujeres que desean un método altamente eficaz y conveniente, que sea a largo plazo pero también rápidamente reversible.

(La versión en español de este número se publicó en enero de 2007.)

¡Muy pronto! "El Juego de Herramientas del DIU" en Internet

El Subcomité del DIU de la Iniciativa para Maximizar el Acceso y la Calidad (MAC) de USAID lanzará por Internet, para mediados del 2006, un Juego de Herramientas del DIU que reúne las últimas evidencias y mejores prácticas relacionadas con el DIU. El Juego de Herramientas está dirigido primordialmente a diseñadores de políticas y gerentes de programas interesados en desarrollar o expandir los servicios de DIU en sus programas. Visite www.iudtoolkit.org para explorar la amplia variedad de temas que incluye. Asimismo, podrá acceder a diversas herramientas para ayudar a implementar las actividades relacionadas con el DIU y a estudios de casos de varios países. También se planea producir una versión del Juego en CD-ROM.

Para solicitar el CD-ROM puede dirigirse a:
Orders Department (IUD Toolkit CD-ROM)
The INFO Project
Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health
Center for Communication Programs
111 Market Place, Suite 310, Baltimore MD 21202, USA
Fax: 410-659-6266 c/o "Orders"
Correo electrónico: Orders@jhuccp.org
(Por favor incluya su nombre completo, dirección postal y correo electrónico.)

Bibliografía

Esta bibliografía incluye solamente las citas de los materiales que fueron más útiles en la preparación de este informe. En el texto, las referencias numéricas a dichas citas aparecen en cursiva. La bibliografía completa puede encontrarse en el sitio Web de INFO en http://www.population reports.org/b7/. Los vínculos incluidos en este informe fueron actualizados al momento de su publicación.

17. BEST, K. "Rehabilitating" the IUD. Network 23(1). Research Triangle Park, North Carolina, Family Health International. 2003. (Available: http://www.fhi.org/en/RH/Pubs/Network/v23_1/nt2315.htm>)
30. CHIOU, C.F., TRUSSELL, J., REYES, E., KNIGHT, K., and WALLACE, J. Economic analysis of contraceptives for women. Contraception 68(1): 3-10. Jul. 2003.
46. FAMILY HEALTH INTERNATIONAL (FHI). IUD re-introduction in Kenya. Research Triangle Park, North Carolina, FHI, 2003. (FHI Briefs) 2 p. (Available: <http://www.fhi.org/en/RH/Pubs/Briefs/iudreintrokenya.htm>)
50. FARLEY, T.M., ROSENBERG, M.J., ROWE, P.J., CHEN, J.H., and MEIRIK, O. Intrauterine devices and pelvic inflammatory disease: An international perspective. Lancet 339(8796): 785-788. Mar. 28, 1992.
55. FARR, G., RIVERA, R., and AMATYA, R. Non-physician insertion of IUDs: Clinical outcomes among TCu380A insertions in three developing-country clinics. Advances in Contraception 14(1): 45-57. Mar. 1998.
60. FISHER, A.A. and DE SILVA, V. Satisfied IUD acceptors as family planning motivators in Sri Lanka. Studies in Family Planning 17(5): 235-242. Sep.-Oct. 1986.
64. FRONTIERS IN REPRODUCTIVE HEALTH. Marketing new reproductive health services is cost-effective. OR Summaries, No. 26. Washington, D.C., Population Council, Dec. 2001. 2 p. (Available:<http://www.popcouncil.org/pdfs/frontiers/orsummaries/orsum26.pdf>)
68. FURLONG, L.A. Ectopic pregnancy risk when contraception fails: A review. Journal of Reproductive Medicine 47(11): 881-885. Nov. 2002.
77. GRIMES, D.A. Intrauterine device and upper-genital-tract infection. Lancet 356(9234): 1013-1019. Sep. 16, 2000.
92. HUBACHER, D., CÁRDENAS, C., HERNÁNDEZ, D., CORTÉS, M., and JANOWITZ, B. The costs and benefits of IUD follow-up visits in the Mexican Social Security Institute. International Family Planning Perspectives 25(1): 21-26. Mar. 1999. (Available: <http://www.agiusa.org/pubs/journals/2502199.pdf>)
94. HUBACHER, D., LARA-RICALDE, R., TAYLOR, D.J., GUERRA-INFANTE, F., and GUZMAN-RODRIGUEZ, R. Use of copper intrauterine devices and the risk of tubal infertility among nulligravad women. New England Journal of Medicine 345(8): 561-567. Aug. 23, 2001.
97. INTERNATIONAL PLANNED PARENTHOOD FEDERATION (IPPF) and WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). The intrauterine device (IUD). [Draft]. IPPF and WHO, Fall 2001. (IPPF/WHO Myth Monograph) 20 p.
100. JANOWITZ, B., HUBACHER, D., PETRICK, T., and DIGHE, T. Should the recommended number of IUD revisits be reduced? Studies in Family Planning 25(6): 362-367. Nov.-Dec. 1994.
110. KENYA MINISTRY OF HEALTH. An extremely low-cost option. IUCD Method Briefs: A New Look at IUDs, No. 3. Nairobi, Kenya, 2003. 2 p. (Available: <http://www.fhi.org/NR/rdonlyres/etmb2dascxawqvx6fwzzt52zx2iu2jgyzbp3zmple6j3ovssh5rfhvwys4pt4rxkd7txeoodkingah/kenyabriefs3.pdf>)
116. LARSSON, P.G., BERGSTROM, M., FORSUM, U., JACOBSSON, B., STRAND, A., and WOLNER-HANSSEN, P. Bacterial vaginosis. Transmission, role in genital tract infection and pregnancy outcome: An enigma. Acta Pathologica, Microbiologica, et Immunologica Scandinavica 113(4): 233-245. Apr. 2005.
118. LAZCANO PONCE, E.C., SLOAN, N.L., WINIKOFF, B., LANGER, A., and COGGINS, C. The power of information and contraceptive choice in a family planning setting in Mexico. Sexually Transmitted Infections 76(4): 277-281. 2000.
122. LIMPAPHAYOM, K., AJELLO, C., REINPRAYOON, D., LUMBIGANON, P., and GAFFIKIN, L. The effectiveness of model-based training in accelerating IUD skill acquisition. A study of midwives in Thailand. British Journal of Family Planning 23(2): 58-61. Jul. 1997.
133. MCBRIDE, J. and AHMED, R. Social franchising as a strategy for expanding access to reproductive health services: A case study of the Green Star service delivery network in Pakistan. Washington, D.C., Commercial Market Strategies, Sep. 2001. (Commercial Market Strategies Technical Paper Series) 90 p. (Available: <http://pdf.dec.org/pdf_docs/PNACN867.pdf >)
145. MOHLLAJEE, A.P., CURTIS, K.M., and PETERSON, H.B. Does insertion and use of an intrauterine device increase the risk of pelvic inflammatory disease among women with sexually transmitted infection? A systematic review. Contraception 73(2): 145-153. Feb. 2006.
147. MORRISON, C.S., SEKADDE-KIGONDU, C., MILLER, W.C., WEINER, D.H., and SINEI, S.K. Use of sexually transmitted disease risk assessment algorithms for selection of intrauterine device candidates. Contraception 59(2): 97-106. Feb. 1999.
148. MORRISON, C.S., SEKADDE-KIGONDU, C., SINEI, S.K., WEINER, D.H., and KWOK, C. Is the intrauterine device appropriate contraception for HIV-1-infected women? British Journal of Obstetrics and Gynaecology 108(8): 784-790. Aug. 2001.
152. NESS, R.B., HILLIER, S.L., KIP, K.E., SOPER, D.E., STAMM, C.A., MCGREGOR, J.A., BASS, D.C., SWEET, R.L., RICE, P., and RICHTER, H.E. Bacterial vaginosis and risk of pelvic inflammatory disease. Obstetrics and Gynecology 104(4): 761-769. Oct. 2004.
180. RICHARDSON, B.A., MORRISON, C.S., SEKADDE-KIGONDU, C., SINEI, S.K., OVERBAUGH, J., PANTELEEFF, D.D., WEINER, D.H., and KREISS, J.K. Effect of intrauterine device use on cervical shedding of HIV-1 DNA. AIDS 13(15): 2091-2097. Oct. 22, 1999.
181. RINEHART, W. WHO updates medical eligibility criteria for contraceptives. INFO Reports, No. 1. Baltimore, The Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, The INFO Project, Aug. 2004. 8 p. (Available: <http://www.infoforhealth.org/inforeports/mec/index.shtml>)
200. SHELTON, J. The provider perspective: Human after all. International Family Planning Perspectives 27(3):152-153, 161. Sep. 2001. (Available: <http://www.guttmacher.org/pubs/journals/2715201.pdf>)
203. SHELTON, J., ANGLE, M.A., and JACOBSTEIN, R.A. Medical barriers to access to family planning. Lancet 340(8831): 1334-1335. Nov. 28, 1992.
204. SHELTON, J. and RIVERA, R. IUDs: A resurging method. Baltimore, INFO Project, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Center for Communication Programs, Mar. 2004. (Global Health Technical Briefs) 2 p. (Available: <http://www.maqweb.org/techbriefs/tb1iuds.pdf>)
205. SHELTON, J.D. Risk of clinical pelvic inflammatory disease attributable to an intrauterine device. Lancet 357(9254): 443. Feb. 10, 2001.
209. SINEI, S.K., MORRISON, C.S., SEKADDE-KIGONDU, C., ALLEN, M., and KOKONYA, D. Complications of use of intrauterine devices among HIV-1-infected women. Lancet 351(9111): 1238-1241. Apr. 25, 1998.
212. SIVIN, I. Dose- and age-dependent ectopic pregnancy risks with intrauterine contraception. Obstetrics and Gynecology 78(2): 291-298. Aug. 1991.
213. SIVIN, I. Another look at the *Dalkon Shield*: Meta-analysis underscores its problems. Contraception 48(1): 1-12. Jul. 1993.
214. SIVIN, I., ALVAREZ, F., DIAZ, J., DIAZ, S., EL MAHGOUB, S., COUTINHO, E., BRACHE, V., DIAZ, M.M., FAUNDES, A., PAVEZ, M., MATTOS, C.E.R., and STERN, J. Intrauterine contraception with copper and with levonorgestrel: A randomized study of the TCu 380Ag and levonorgestrel 20 mcg/day devices. Contraception 30(5): 443-456. Nov. 1984.
215. SIVIN, I., MAHGOUB, S.E., and MCCARTHY, T. Long-term contraception with the levonorgestrel 20 mcg/day (LNG-20) and the copper T 380Ag intrauterine devices: A five-year randomized study. Contraception 42(4): 361-378. 1990.
216. SIVIN, I. and STERN, J. Long-acting, more effective Copper T IUDs: A summary of U.S. experience, 1970-75. Studies in Family Planning 10(10): 263-281. Oct. 1979.
217. SIVIN, I. and STERN, J. Health during prolonged use of levonorgestrel 20 µg/d and the copper TCu 380Ag intrauterine contraceptive devices: A multicenter study. Fertility and Sterility 61(1): 70-77. Jan. 1994.
224. SONNENBERG, F.A., BURKMAN, R.T., HAGERTY, C.G., SPEROFF, L., and SPEROFF, T. Costs and net health effects of contraceptive methods. Contraception 69(6): 447-459. Jun. 2004.
229. STANBACK, J., BRECHIN, S.J., LYNAM, P., TOROITICH-RUTO, C., and SMITH, T. The effectiveness of national dissemination of updated reproductive health / family planning guidelines in Kenya. Final report. Research Triangle Park, North Carolina, Family Health International, Aug. 2001. 19 p.
235. SUVISAARI, J. and LÄHTEENMÄKI, P. Detailed analysis of menstrual bleeding patterns after postmenstrual and postabortal insertion of a copper IUD or a levonorgestrel-releasing intrauterine system. Contraception 54(4): 201-208. Oct. 1996.
238. TASK FORCE FOR EPIDEMIOLOGICAL RESEARCH ON REPRODUCTIVE HEALTH. Effects of contraceptives on hemoglobin and ferritin. Geneva, Switzerland. Contraception 58(5): 262-273. Nov. 1998.
244. TREIMAN, K., LISKIN, L., KOLS, A., and RINEHART, W. IUDs–An update. Population Reports. Series B, No. 6. Baltimore, Johns Hopkins School of Public Health, Population Information Program, Dec. 1995. 35 p. (Available: http://www.infoforhealth.org/pr/b6edsum.shtml>)
246. TRUSSELL, J., LEVEQUE, J.A., KOENIG, J.D., LONDON, R., BORDEN, S., HENNEBERRY, J., LAGUARDIA, K.D., STEWART, F., WILSON, G., WYSOCKI, S., and STRAUSS, M. The economic value of contraception: A comparison of 15 methods. American Journal of Public Health 85(4): 494-503. Apr. 1995.
249. UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAMME, UNITED NATIONS POPULATION FUND, WORLD HEALTH ORGANIZATION, and WORLD BANK. SPECIAL PROGRAMME OF RESEARCH, DEVELOPMENT AND RESEARCH TRAINING IN HUMAN REPRODUCTION. Long-term reversible contraception: Twelve years of experience with the TCu380A and TCu220C. Contraception 56(6): 341-352. 1997.
254. UPADHYAY, U.D. Informed choice in family planning: Helping people decide. Population Reports. Series J, No. 50. Baltimore, The Johns Hopkins University School of Public Health, Population Information Program, Spring 2001. (Available: <http://www.infoforhealth.org/pr/j50edsum.shtml>)
265. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Guidelines for the management of sexually transmitted infections. Geneva, WHO, 2003. 98 p. (Available: <http://www.who.int/reproductive-health/publications/rhr_01_10_mngt_stis/guidelines_mngt_stis.pdf>)
266. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) and THE JOHNS HOPKINS BLOOMBERG SCHOOL OF PUBLIC HEALTH, CENTER FOR COMMUNICATION PROGRAMS, INFORMATION AND KNOWLEDGE FOR OPTIMAL HEALTH (INFO). Decision-making tool for family planning clients and providers. Baltimore, INFO and Geneva, WHO, 2005. (Available: <http://www.who.int/reproductive-health/family_planning/tool.html>)
267. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), DEPARTMENT OF REPRODUCTIVE HEALTH AND RESEARCH and UNDP/UNFPA/WHO/WORLD BANK SPECIAL PROGRAMME OF RESEARCH, DEVELOPMENT AND RESEARCH TRAINING IN HUMAN REPRODUCTION. Annual technical report 2003. Geneva, WHO, 2003. (Available: <http://www.who.int/reproductive-health/management/atr_2003.pdf>)
268. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), DEPARTMENT OF REPRODUCTIVE HEALTH AND RESEARCH. Medical eligibility criteria for contraceptive use. 3rd ed. Geneva, WHO, 2004. 168 p. (Available: <http://www.who.int/reproductive-health/publications/mec/mec.pdf>)
269. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), DEPARTMENT OF REPRODUCTIVE HEALTH AND RESEARCH. Selected practice recommendations for contraceptive use. 2nd ed. Geneva, WHO, 2004. 170 p. (Available: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241562846.pdf>)
270. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), DEPARTMENT OF REPRODUCTIVE HEALTH AND RESEARCH, FAMILY HEALTH INTERNATIONAL, and POPULATION COUNCIL, FRONTIERS IN REPRODUCTIVE HEALTH PROJECT. Sexually transmitted and other reproductive tract infections: A guide to essential practice. Geneva, WHO, 2005. (Integrating STI/RTI Care for Reproductive Health) 186 p. (Available: <http://www.who.int/reproductive-health/publications/rtis_gep/rtis_gep.pdf>)
272. WORLD HEALTH ORGANIZATION TASK FORCE ON THE PREVENTION AND MANAGEMENT OF INFERTILITY. Tubal infertility: Serologic relationship to past chlamydial and gonococcal infection. Sexually Transmitted Diseases 22(2): 71-77. Mar.-Apr. 1995.

ISSN 0887-0268

POPULATION REPORTS

Population Reports are free in any quantity to developing countries. In USA and other developed countries, multiple copies are US$2.00 each; full set of reports in print, $35.00; with binder, $40.00. Send payment in US$ with order. **Population Reports** in print in English are listed below. Many are also available in French, Portuguese, and Spanish, as indicated by abbreviations after each title on the order form below.

TO ORDER, please complete the form below. (PRINT or TYPE clearly.)

Mail to: INFO, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health
111 Market Place, Suite 310, Baltimore, MD 21202, USA
Fax: (410) 659-2645 E-mail: Orders@jhuccp.org Web site: http://www.infoforhealth.org

Family name _____ **Given name** _____

Organization _____

Address _____

_____

Population Reports in Print

1. ❑ Send ____ copies of each future issue of **Population Reports.**
   ❑ I am already on the **Population Reports** mailing list.
   ❑ Send me a binder (in developed countries, US$7.00).
2. Language: ❑English ❑French ❑Portuguese ❑Spanish.

ORAL CONTRACEPTIVES—Series A

____ A-9 Oral Contraceptives—An Update [2000] *(F,S)*
____ A-10 Helping Women Use the Pill [2000] *(F,S)*

INTRAUTERINE DEVICES—Series B

____ B-6 IUDs—An Update [1995] *(F,P,S)*
____ B-7 New Attention to the IUD [2006]

BARRIER METHODS—Series H

____ H-9 Closing the Condom Gap [1999] *(F,P,S)*

FAMILY PLANNING PROGRAMS—Series J

____ J-39 Paying for Family Planning [1991] *(F,S)*
____ J-41 *Supplement:* Female Genital Mutilation: A Reproductive Health Concern [1995] *(F)*
____ J-42 Helping the News Media Cover Family Planning [1995] *(F,S)*
____ J-43 Meeting Unmet Need: New Strategies [1996] *(F,S)*
____ J-45 People Who Move: New Reproductive Health Focus [1997] *(F,S)*
____ J-46 Reproductive Health: New Perspectives on Men's Participation [1998] *(F, S)*
____ J-49 Why Family Planning Matters [1999] *(F,S)*
____ J-50 Informed Choice in Family Planning: Helping People Decide [2001] *(F,P,S)*
____ J-51 Family Planning Logistics: Strengthening the Supply Chain [2002] *(F,S)*
____ J-52 Performance Improvement [2002] *(F,S)*
____ J-53 Coping with Crises: How Providers Can Meet Reproductive Health Needs in Crisis Situations [2005]

INJECTABLES AND IMPLANTS—Series K

____ K-4 *Guide:* Guide to Norplant Counseling [1992] *(F,S)*
____ K-5 New Era for Injectables [1995] *(F,P,S)*
____ K-5 *Guide:* Guide to Counseling on Injectables [1995] *(F,P,S)*
____ K-5 *Fact Sheet:* DMPA at a Glance [1995] *(F,P,S)*

ISSUES IN WORLD HEALTH—Series L

____ L-10 *Wall chart:* Family Planning After Postabortion Treatment [1997] *(F,P,S)*
____ L-11 Ending Violence Against Women [1999] *(F,P,S)*
____ L-12 Youth and HIV/AIDS: Can We Avoid Catastrophe? [2001] *(F,P,S)*
____ L-13 Birth Spacing: Three to Five Saves Lives [2002] *(F,S)*

SPECIAL TOPICS—Series M

____ M-13 Winning the Food Race [1997] *(F,S)*
____ M-14 Solutions for a Water-Short World [1998] *(F,S)*
____ M-15 Population and the Environment: The Global Challenge [2000] *(F,S)*
____ M-16 Meeting the Urban Challenge [2002] *(F,S)*
____ M-17 New Survey Findings: The Reproductive Revolution Continues [2003] *(F,S)*
____ M-18 Men's Surveys: New Findings [2004] *(F,S)*
____ M-19 New Contraceptive Choices [2005] *(F,S)*

MAXIMIZING ACCESS AND QUALITY—Series Q

____ Q-1 Improving Client-Provider Interaction [2003] *(F,S)*
____ Q-2 Organizing Work Better [2004] *(F,S)*

POPLINE Digital Services

Please send details on the following products/services:

❑ **POPLINE:** the world's largest bibliographic database on population, family planning, and related health issues, is available in CD-ROM (free of charge to developing countries) and on the Internet, at no charge, at: http://www.popline.org

❑ **Document Delivery:** Receive full-text copies of POPLINE documents by mail or by e-mail.

Special topic CD-ROMS:

❑ International Family Planning Perspectives CD-ROM
❑ New Survey Findings CD-ROM

Searches: POPLINE searches can be requested by sending an e-mail to: popline@jhuccp.org or by mail or fax to address above.