

“DEL DERECHO AL HECHO. LEGITIMANDO LA PRÁCTICA DE COLOCACIÓN DE DIU DE RESIDENCIAS DE MEDICINA GENERAL Y FAMILIAR DE CABA. ESTUDIO MULTICÉNTRICO”

Autores:

CARRANZA, Hugo¹;

D'IPPOLITO, Fernando¹;

EGUREN, Cecilia¹;

ESCALANTE ALBERTALI, Laura¹;

GALEANO, Bárbara¹;

LUZI, Constanza A¹;

MAZUR, Viviana²;

PERDIGUÉS, María Soledad¹;

PIÑEYRO, Peláez Lucía¹;

QUIROGA, Lucía¹;

RIVELIS, Ana¹.

¹Médicos residentes de MGyF de CABA, miembros del Dispositivo de Investigación, Docencia y Asistenciales de Problemas de Salud Sexual y Reproductiva (DIDAPS SSyR)

Lugar de realización: Ciudad autónoma de Buenos Aires

Dirección: Pasaje Robertson 973 - Ciudad Autónoma de Buenos Aires - CP:1406

Teléfono: 11-31798853

Email: mazurviviana@yahoo.com

Fecha de realización: Mayo de 2014 - Agosto de 2015

Enfoque: Trabajo de investigación con abordaje cuantitativo.

Categoría temática: Clínica Ampliada/ Atención de problemas de salud-enfermedad-cuidado (S-E-C)

Trabajo inédito

Índice:

Resumen	3
Agradecimientos	5
Introducción	6
Hipótesis	8
Identificación, delimitación y justificación del problema	8
Objetivos	9
Propósitos	9
Marco teórico	9
Materiales y Métodos	15
Resultados	17
Discusión	19
Conclusiones	22
Propuestas	22
Bibliografía	24
Anexos	27

RESUMEN:

“DEL DERECHO AL HECHO. LEGITIMANDO LA PRÁCTICA DE COLOCACIÓN DE DIU DE RESIDENCIAS DE MEDICINA GENERAL Y FAMILIAR DE CABA. ESTUDIO MULTICÉNTRICO”

MAZUR, Viviana; CARRANZA, Hugo; D’IPPOLITO, Fernando; EGUREN, Cecilia; ESCALANTE ALBERTALI, Laura; LUZI, Constanza A; PERDIGUÉS, María Soledad; PIÑEYRO, Peláez Lucía; QUIROGA, Lucía; RIVELIS, Ana

Residencias de Medicina General y Familiar de CABA. Pasaje Robertson 973, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, CP: 1406. TE de contacto: 11 31798853. Mail de contacto: mazurviviana@yahoo.com.ar

Trabajo de investigación con abordaje cuantitativo.

Clínica ampliada/ Atención de problemas de salud-enfermedad-cuidado (S-E-C)

Resumen

Introducción: Las residencias de Medicina General/Familiar de CABA, definen sistematizar información de manera colaborativa para mejorar la práctica y adquisición de competencia en colocación de DIU, promoviendo el acceso de las mujeres al método.

Hipótesis: En la adquisición de competencias realizan la práctica de colocación de DIU cumpliendo los estándares de calidad .

Objetivo general: Evaluar y validar el procedimiento de la colocación de DIU a cargo de las RMGyF de CABA.

Objetivos específicos:

Mensurar la cantidad de DIU colocados.

Enumerar dificultades durante el proceso de colocación del DIU y establecer su frecuencia.

Cuantificar complicaciones posteriores a la colocación

Comparar los resultados de la práctica realizada por los residentes con la información disponible en la bibliografía.

Materiales y métodos. descriptivo cuantitativo retrospectivo. Período mayo 2014 / abril 2015 . Población: mujeres en edad fértil que concurren a colocarse un DIU con RMGyF.

Resultados. concurren 279 mujeres para colocación de DIU, en el 92,11% la realización

fue exitosa. El 82% realizó controles posteriores adecuados. Complicaciones posteriores: descensos (6,76%) y EPI (0,90%), no evidenciándose ninguna perforación o embarazo posterior.

Conclusiones. Se avanzó en la evidencia necesaria para avalar esta práctica, habiéndonos ajustado a estándares de calidad establecidos para la misma.

DIU, calidad, primer nivel de atención, evaluación en salud, residencias de medicina general

Soporte técnico: PC. Proyector y Pantalla

Agradecimientos:

Al Programa de SSyR de CABA, ginecólogos y generalistas, y a todos los residentes que día a día hacen su aporte para legitimar la práctica.

Al coordinador de las Residencias de Medicina General y Familiar de CABA, Horacio Boggiano, quien impulsó la creación de los DIDAPS y sostuvo la tarea del de Salud Sexual y Reproductiva.

Y en especial a aquellos que desde la creación del DIDAPS participaron directa o indirectamente para construir y sostener el espacio: Lorena Cal, Natalia Fernández Ciatti, Patricio Delfino, Carolina Fraga, Bárbara Galeano, Analía Hernández, Rocío López, Luciana Niz, Sofía Ortiz de Latierro, Anahí Sánchez, Karina Sanmauro, Lourdes Vignolo.

Colaboradores:

Residencias Medicina General y Familiar CABA Hospitales Álvarez, Argerich, Fernández, Penna, Piñero, Ramos Mejía, Santojanni, Tornú, Vélez Sarsfield.

Introducción:

La especialidad de Medicina General y Familiar (MGyF) fue definida en el año 2008 como una de las especialidades prioritarias por el Consejo Federal de Salud (COFESA) en el marco de la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS) que el Ministerio Nacional y los jurisdiccionales sostienen como forma privilegiada de provisión de servicios de salud. En el año 2010 el Ministerio de Salud de la Nación publica el Marco de Referencia para la formación en Residencias Médicas de MGyF elaborado por una comisión formada por representantes de las Provincias, de Universidades y de Sociedades Científicas, coordinada por el Ministerio de Salud de la Nación. El documento, que fue aprobado por el COFESA, define entre otras cosas el perfil y las competencias profesionales de los Especialistas en MGyF en nuestro país.

Los Marcos de Referencia para la formación en residencias médicas establecen los componentes mínimos que tienen que estar presentes en la formación. Dentro de los contenidos propios de la especialidad se encuentra el cuidado de salud de la mujer, que entre otros aspectos comprende la anticoncepción: Consejería, métodos y práctica, tratamientos hormonales, dispositivos intrauterinos (DIU), anticoncepción de emergencia, métodos de barrera, métodos anticonceptivos (MAC) en situaciones especiales y consejería en anticoncepción quirúrgica.

El primer nivel de atención (PNA) se ha convertido en un lugar de referencia para las mujeres a la hora de elegir un MAC, permite a las usuarias un asesoramiento personalizado y amplía el acceso a la salud. El médico generalista tiene un rol fundamental en el seguimiento integral y longitudinal de las pacientes, el conocimiento de sus antecedentes y de su contexto familiar y socio-cultural, permite brindar información adecuada y oportuna. Permite crear un espacio de confianza y respeto, abordar creencias y mitos respecto a los anticonceptivos, generar un vínculo adecuado, respetando sus opiniones y deseos a la hora de la elección.

La Residencia de Medicina General y Familiar (RMGyF) se inició en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) en el año 1992 con una sede ubicada en el Centro de Salud y Acción Comunitaria Nº 24 (CeSAC), del Área Programática del Hospital Piñero.

En el año 2015 las RMGyF se desarrollan en 10 sedes: CeSAC n° 24 y n°19 (Hospital Piñero); CeSAC n° 21 y n° 26 (Hospital Fernández); CeSAC n° 15, n° 9, n° 41 y Unidad MGyF del Hospital Argerich; CeSAC n° 35 (Hospital Penna); CeSAC n° 34 y Unidad MGyF del Hospital

Álvarez; CeSAC n° 12 y n° 27 (Hospital Pirovano); CeSAC n° 36 (Hospital Velez Sarfield); CeSAC n° 5 (Hospital Santojanni); CeSAC n° 45 (Hospital Ramos Mejía) y Área Programática del Hospital Tornú.

A partir del año 2013 se propone desde la coordinación de la RMGyF la creación de Dispositivo de Investigación, Docencia y Asistenciales por Problemas de Salud (DIDAPS): es un diseño innovador con requisitos de estructura y procesos que posibiliten la adquisición de competencias del Residente de MGyF en formación, en el cual Médicos Generales y de Familia de planta que se desempeñan en el Sistema Público de Salud de la CABA, asumen el rol de ser referentes en la capacitación de los residentes en el acceso a competencias relacionados con un problema de salud determinado. Así es que el 7 de diciembre de 2013 se convoca a la primera reunión del DIDAPS de Salud Sexual y Reproductiva (DIDAPS SSyR) En esa instancia se realiza un análisis de situación respecto a qué circunstancias atraviesa cada sede en lo relacionado con la Salud Sexual. Se identifica que en un gran número de sedes no se estaba cumpliendo con la competencia de colocación de DIU. Es por esta razón que se acuerda comenzar a trabajar sobre esta temática en principio, con el objetivo de superar barreras institucionales para favorecer el acceso al derecho a la salud sexual de la mujer y la adquisición de competencias específicas.

Considerando la gran cantidad de obstáculos que se interponen entre las mujeres y el DIU como método anticonceptivo , entendemos que la capacitación en la práctica y la oferta del mismo, resultan de fundamental importancia para contribuir en la mejora del acceso, por lo que es menester sistematizar el recorrido hecho y trabajar en la mejora de la adquisición de la competencia.

Hipótesis:

Los residentes de MGyF en su proceso de adquisición de competencias realizan la práctica de colocación de DIU cumpliendo los estándares establecidos.

Identificación, delimitación y justificación del problema:

Para 2014, más de la mitad del total de mujeres en edad reproductiva en las regiones en desarrollo del mundo desean evitar el embarazo. Sin embargo, la cuarta parte de esas mujeres—225 millones—no están usando un método efectivo de anticoncepción.

Los embarazos no planeados de estas mujeres, las cuales tienen necesidades no satisfechas de anticoncepción moderna, representan el 81% del total de embarazos no planeados que ocurren cada año en las regiones en desarrollo.

Algunos estudios como el estudio CHOICE que incluyó a 10000 mujeres con deseo de anticoncepción muestran que cuando se ofrece y se garantiza el acceso a métodos de larga duración un porcentaje muy importante de las mujeres elige el DIU como método anticonceptivo (56% de la mujeres lo eligieron en este estudio y un 11% ha optado por implantes subdérmicos)

El DIU es un método de gran uso y preferencia por las pacientes en el PNA, con una buena relación costo efectividad (la mayor según el NICE 2005), pero su colocación es aún una práctica esquiva para los médicos generalistas. Falta de formación, dificultades para mantener las habilidades, falta de tiempo y , tal vez, el hecho de relacionar sus raros fallos y efectos secundarios directamente con el acto de inserción y el profesional que la hizo han influido en ello. Como generalistas en formación, asumimos el compromiso de garantizar a las usuarias de los consultorios de Salud Sexual y Reproductiva todos los métodos anticonceptivos disponibles. Afianzar la destreza, y evidenciar nuestra práctica es parte de ese compromiso asumido.

No podemos desatender el hecho de que la elección y el uso del DIU como método anticonceptivo se ven habitualmente limitados por mitos y prejuicios, tanto de las mujeres como de los profesionales de la salud. Por tal motivo, consideramos este un momento oportuno para desterrar preconceptos acerca del método, fomentando la participación activa de las usuarias en la transmisión de la experiencia y buscando aumentar la aceptabilidad por parte de la población general.

Objetivo general:

Evaluar y validar el procedimiento de la colocación de DIU a cargo de las RMGyF de CABA.

Objetivos específicos:

Mensurar la cantidad de DIU colocados .

Enumerar dificultades durante el proceso de colocación del DIU y establecer su frecuencia.

Cuantificar complicaciones posteriores a la colocación

Comparar los resultados de la práctica realizada por los residentes con la información disponible en la bibliografía.

Propósitos

Mejorar la accesibilidad de las mujeres al método

Legitimar el rol del generalista en la práctica colocación de DIU

Generar evidencia que aporte a la capacitación de los médicos generalistas en la realización de la práctica

Aportar datos estadísticos con respecto a la práctica de los RMGyF en cuanto a la colocación de DIU.

Marco teórico:

Sociedades científicas y sanitarias a nivel mundial que trabajan en la producción de evidencia que contribuye a garantizar el cumplimiento de los derechos sexuales y reproductivos, plantean la importancia que los métodos anticonceptivos de larga duración (LARC'S) tienen para disminuir la cantidad de embarazos no planificados. Desde esa mirada se fomenta la promoción del acceso de las mujeres a dichos métodos. Estudios recientes que incluyen a más de 7000 mujeres muestran la mayor efectividad de los mismos en el logro de la anticoncepción.

No hallamos en la búsqueda bibliográfica realizada, ningún estudio diseñado específicamente para evaluar la competencia profesional en torno a la práctica de colocación, aunque sí existen series donde participan ginecólogos y médicos de familia. En el estudio de P. Fylling, realizado en Noruega, con un seguimiento de 36 meses, se evalúan los resultados clínicos de 3 tipos de DIU (T-200, ML 250, Nova-T) de un total de 692 inserciones realizadas por médicos generalistas y ginecólogos, en menor medida.

Los resultados de un trabajo realizado por médicos de familia indican que no hay diferencia en el desempeño clínico entre profesionales, salvo por lo que atañe a la tasa de expulsiones

del DIU, la cual es ligeramente más baja entre los profesionales de mayor experiencia, sin llegar a establecerse una diferencia estadísticamente significativa.

El DIU es un método práctico, de amplia aceptabilidad, cuya colocación puede realizarse en el consultorio del médico generalista con una mínima tecnología, tiene un mecanismo de acción científicamente probado y responde a los criterios de ser reversible, no abortivo, de larga duración y transitorio. Al optar por él, la mujer realiza un claro acto de autodeterminación al decidir libremente sobre su salud sexual y reproductiva y se compromete a asistir a los controles, asumiendo responsabilidades en torno a su salud.

Entendiendo la práctica de colocación de DIU desde una perspectiva de derechos, fundada en la atención integral, no puede ser ajeno a esta destreza médica el concepto de calidad asistencial en toda su complejidad. Concebir la salud como construcción longitudinal es parte de la identidad de la Medicina General. Ese seguimiento continuado e integral de la mujer al que apunta nuestro ejercicio profesional, cobra particular importancia en pos de garantizar el respeto por la autonomía de aquellas mujeres con quienes nos conocemos y a las que brindamos información adecuada para sus prácticas en salud ; para ello es imprescindible la adaptación y readaptación constante a los determinantes socioeconómicos de su salud, favoreciendo así la toma de decisiones conscientes , autónomas y el hábito de autocuidado. Así sentar las bases sobre las que garantizar una práctica de calidad.

¿Por qué hablamos de calidad?

Los estándares se fijan de acuerdo a los conocimientos científicos o los requisitos sociales del momento. Incluyen criterios que definen el “trabajo bien hecho” como proceso, más que como un momento. La colocación de DIU no escapa a una técnica con ciertos estándares de calidad establecidos.

En 1991 la Organización Mundial de la Salud (OMS) afirmaba que: "Una atención sanitaria de alta calidad es la que identifica las necesidades de salud (educativas, preventivas, curativas y de mantenimiento) de los individuos o de la población, de una forma total y precisa, y destina los recursos (humanos y otros), de forma oportuna y tan efectiva como el estado actual del conocimiento lo permite". La calidad sanitaria es uno de los componentes de los derechos en salud junto con la accesibilidad, disponibilidad y aceptabilidad. Ruelas-

Barajas (1992), luego de analizar diversas conceptualizaciones de calidad, dirá que en la definición de calidad se debe enfatizar en la necesidad de garantizar la atención que merecen como seres humanos, independientemente de las estrategias o herramientas adoptadas. Según Araujo y Matalama (1995:2) “(...) las necesidades a que responde la calidad de la atención en salud, están referidas al concepto de salud integral, esto es, incluye los aspectos biológicos, psicológicos, sociales, sexuales, ambientales, culturales y espirituales del bienestar”. Entonces, la competencia profesional que garantice una atención de calidad sanitaria, será aquella con capacidad de poner en acto en una situación concreta, los conocimientos, habilidades y actitudes necesarios para dar respuesta a los requerimientos de un puesto de trabajo profesional específico (Gallart; Novick, 1997). Es decir que la competencia profesional tiene que ver con una combinación integrada de conocimientos, habilidades y actitudes conducentes a un desempeño adecuado y oportuno en diversos contextos. (Irigoin; Vargas, 2002).

Muchos autores, con variaciones en la nomenclatura utilizada, han hecho un desglose en ejes del término calidad, en sus componentes técnico, gestivo/administrativo, creativo, adaptativo, interpersonal y de confort (perspectiva de derechos, perspectiva y satisfacción de las usuarias). Esto último incluye desde una adecuada, comprendida y consentida consejería pre-inserción, hasta las condiciones edilicias que garanticen un espacio propicio para esta técnica. En concreto, se verá reflejada la calidad en la práctica de inserción de DIU siempre que bajo adecuada idoneidad, se respete la autonomía, la privacidad y el bienestar de las mujeres ; apelando siempre a adecuadas normativas, sin incurrir en negligencia o impericia, aplicando al máximo la ciencia y tecnología aprendidas.

Por su parte, “(...) los derechos sexuales y reproductivos no siempre son considerados como temas significativos por muchas de las personas que trabajan en el campo de la salud. Por consiguiente, (...) no siempre se traducen en prácticas diarias que permitan garantizar la privacidad, la capacidad de elegir, el consentimiento informado, la confidencialidad y el acceso a los beneficios derivados de los avances científicos” (The Lancet, 2007: 3).

El DIU es un método de probada eficacia anticonceptiva y bajo número de efectos adversos capaces de justificar su discontinuación (Cochrane). Tanto la “T de Cobre” –Tcu380A- como el “Multiload” tienen excelentes resultados antirreproductivos y de satisfacción en las

pacientes (mejores que otros tipos de DIU). El DIU T Cu 380 A es avalado por el Ministerio de Salud de la Nación del Programa Nacional de Procreación Responsable (Ver Anexo 1)

Si bien la OMS recomienda que antes de insertar un DIU se reciba una formación mínima y que se realicen al menos 10 inserciones de distintos modelos bajo la supervisión directa de un experto; hay sedes de formación con médicos generalistas que poseen experiencia en la inserción y forman a sus colegas. Donde estas circunstancias no se dan, muchos ginecólogos han sido excelentes maestros de los generalistas. El procedimiento no es de una elevada complejidad, pero requiere cierta experiencia y habilidades en el área ginecológica, que muchos médicos generalistas ya tienen debido a la formación sostenida en su práctica diaria. La revisión de conductas tomadas y por tomar en pasés entre compañeros, la apropiada supervisión, y la elaboración de guías y planillas útiles para cada entidad formadora hacen a la calidad con que se llevan adelante las prácticas de los residentes de MGyF.

El Ministerio de Salud de la Nación en su *Guía práctica para profesionales de la salud* (2012) afirma que no es necesario solicitar ningún tipo de examen complementario previo a la colocación de un DIU. Sí recomienda un examen ginecológico bimanual y la especuloscopia para arribar al diagnóstico clínico de “vagina sana”. Si bien hay versiones encontradas respecto a cuándo debe hacerse el primer control ecográfico post inserción, en las RMGyF de CABA seguimos la línea propuesta por esta guía, que especifica que el mismo debería realizarse al mes de la inserción y así interpretar los cambios en la posición de la T de cobre según el ciclo menstrual y las pérdidas sanguíneas.

La colocación de DIU presenta eventos adversos reconocibles en dos tiempos; intra o peri colocación y post colocación (dentro del primer mes). Dentro de los primeros se encuentran: dificultades anatómicas para la adecuada medición y colocación del dispositivo, dolor o sangrados, perforación uterina (rara; 1 cada 1000 colocaciones) y efectos vagales. En cuanto a los producidos de manera posterior a la colocación se enumeran: Enfermedad Pelviana Inflamatoria -EPI- (1,5 cada 1000), descenso o expulsión del DIU (esperable del 11% a los 5 años), dolor pelviano. Consideramos que el DIU ha sido adecuadamente colocado cuando su rama longitudinal se encuentra completamente dentro de la cavidad endometrial, tomando como límite proximal el fondo del endometrio y como límite distal, el endocervix. DIU descendido es aquel cuya rama longitudinal ocupa el endocervix en una longitud mayor a la

distancia del extremo proximal al fondo del endometrio; DIU incrustado es cualquiera que tiene una parte atravesando endometrio. La expulsión parcial o total, ocurre en 1 de cada 20 mujeres en 5 años. Se produce fundamentalmente en el primer año tras la inserción, y sobre todo en los 3 primeros meses y a menudo con la menstruación. En general las tasas de estos eventos adversos se relacionan con la poca experiencia en el método.

Desde una perspectiva de derechos...

Los derechos sexuales y reproductivos son el marco jurídico desde el cual se enmarca la acción de las y los profesionales de la salud. Son reconocidos como derechos humanos y como tales son inherentes a todas las mujeres y varones sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social.

Derechos sexuales: involucran la capacidad de disfrutar de una vida sexual libremente elegida, satisfactoria, sin violencia ni riesgos.

Derechos reproductivos: involucran la capacidad de decidir en forma autónoma, responsable y sin discriminación si tener o no tener hijos, el número de hijos y el espaciamiento entre sus nacimientos, para lo que se debe disponer de información suficiente y los medios adecuados.

La responsabilidad de respetarlos, garantizarlos y prevenir su vulneración le corresponde a las instituciones del Estado, entre éstas los servicios de salud y los/as funcionarios y profesionales que allí se desempeñen.

En el año 2002 se sanciona la ley 25673 que crea el *Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable* en el ámbito del Ministerio de Salud. Los objetivos son: alcanzar para la población el nivel más elevado de salud sexual y procreación responsable, con el fin de que pueda adoptar decisiones libres de discriminación, coacciones o violencia; disminuir la morbimortalidad materno-infantil; prevenir embarazos no deseados; promover la salud sexual de los adolescentes; contribuir a la prevención y detección precoz de enfermedades de transmisión sexual, de VIH/sida y patologías genital y mamarias; garantizar a toda la población el acceso a la información, orientación, métodos y prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y procreación responsable; y potenciar la participación femenina en la toma de decisiones relativas a su salud sexual y procreación responsable.

La Nación, por medio del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, cumple un rol no sólo normativo, sino también de provisión de insumos (métodos anticonceptivos y material para su colocación, material de capacitación, consejería y difusión). La capacitación específica de educadores, trabajadores sociales y demás operadores comunitarios es otra de las responsabilidades de la Nación.

En lo que respecta a CABA, en el año 2000 se crea la Ley de Salud Reproductiva y Procreación Responsable (Ley N°418) la cual entre sus objetivos establece garantizar el acceso de varones y mujeres a la información y a las prestaciones, métodos y servicios necesarios para el ejercicio responsable de sus derechos sexuales y reproductivos.

Sin acceso no hay DIU

La accesibilidad ha sido conceptualizada de distintas maneras y presenta límites borrosos con otros términos como uso, acceso o calidad de los servicios de salud.

Una de las líneas conceptuales que la mayoría de los autores conciben de la accesibilidad es la posibilidad o capacidad de los usuarios de recibir cuidados de manera ágil cuando sea necesario. Es un concepto relacional, se refiere a un vínculo entre sujetos y servicios de salud, sin poder plantear acceso sin considerar la articulación entre ambos.

Se define a la accesibilidad como un vínculo que se construye entre los sujetos y los servicios. Este vínculo surge de una combinatoria entre las condiciones y discursos de los servicios y las condiciones y representaciones de los sujetos y se manifiesta en la modalidad particular que adquiere la utilización de los servicios.

Esta conceptualización permite incluir las prácticas de vida y salud de la población en cada estrategia para mejorar la accesibilidad y considerar a los sujetos como constructores de esta. Nos invita también a reflexionar sobre nuestra práctica como profesionales de la salud, donde nuestra tarea debe estar centrada en mejorar la accesibilidad de las mujeres.

Materiales y métodos

Tipo de estudio: Descriptivo cuantitativo retrospectivo

Período evaluado: Desde el 1° de mayo de 2014 hasta el 30 de abril de 2015

Responsables: Residencias de Medicina General y Familiar de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires - DIDAPS de SSyR

Recursos Humanos: Residentes de MGyF de CABA

Materiales: Ficha de colocación y seguimiento de DIU

Población objetivo: Mujeres en edad fértil que concurren a consultas con residentes de MGyF, en cualquiera de sus ámbitos formativos, a las cuales se les abrió una ficha para la colocación de DIU durante el período del 1° de mayo de 2014 al 30 de abril de 2015.

Criterios de inclusión: Mujeres en edad fértil a las que se les abrió una ficha de colocación de DIU

Criterios de exclusión: no aplica en este trabajo.

Metodología:

Se utilizaron, como fuente para este trabajo, los datos recabados -siguiendo sistemática acordada- en las *fichas de colocación y seguimiento de DIU* (FDIU - ver anexo 2 y anexo 3-) generadas por las RMGyF en el período 1 de mayo de 2014 al 30 abril de 2015 en los ámbitos donde las residencias realizan la práctica de colocación de DIU.

Variables /indicadores

Variable	Definición	Valores	Indicadores utilizados
DIU colocados	Cantidad de mujeres en las que se logró la colocación de DIU	valor absoluto	DIU colocados/Número de fichas abiertas
Circunstancias que impidieron la colocación de DIU	Imposibilidad de descartar embarazo, cervicitis/vulvovaginitis, dificultades anatómicas para la	valor absoluto	Circunstancias que impidieron la colocación/DIU no colocados

	colocación, falta de insumos para la colocación, falta de progresión de histerómetro		
Controles posteriores	control a la semana y al mes de efectuada la colocación	sí/no/ sí con otro profesional /sin datos	Mujeres que concurren a control/DIU colocados
Complicaciones totales post colocación	eventos no deseados posteriores a la colocación como perforación / EPI /descenso y embarazo	valor absoluto	Número total de complicaciones post colocación/ DIU controlados
EPI	presencia de Signos y síntomas de enfermedad Pelviana Inflamatoria	variable dicotómica sí/no	EPI/ DIU controlados + usuarias contactadas
Perforación	atravesamiento traumático de la pared uterina durante la inserción.	variable dicotómica sí/no	Perforación/ DIU controlados
Descenso	DIU con extremo inferior atravesando el OCI	variable dicotómica sí/no	Descenso/ DIU controlados
Embarazo	embarazo detectado	variable dicotómica sí/no	Embarazo/ DIU controlados + usuarias contactadas

Se realiza la apertura de la FDIU durante la consulta planificada para la colocación de DIU. La misma fue diseñada por el DIDAPS SSyR, basada en una ficha preexistente, confeccionada por la RMGyF en el CeSAC N° 7 durante el año 2005. Comenzó a implementarse por todas las RMGyF de CABA a principios del año 2014 y continúa vigente con el objetivo de sistematizar

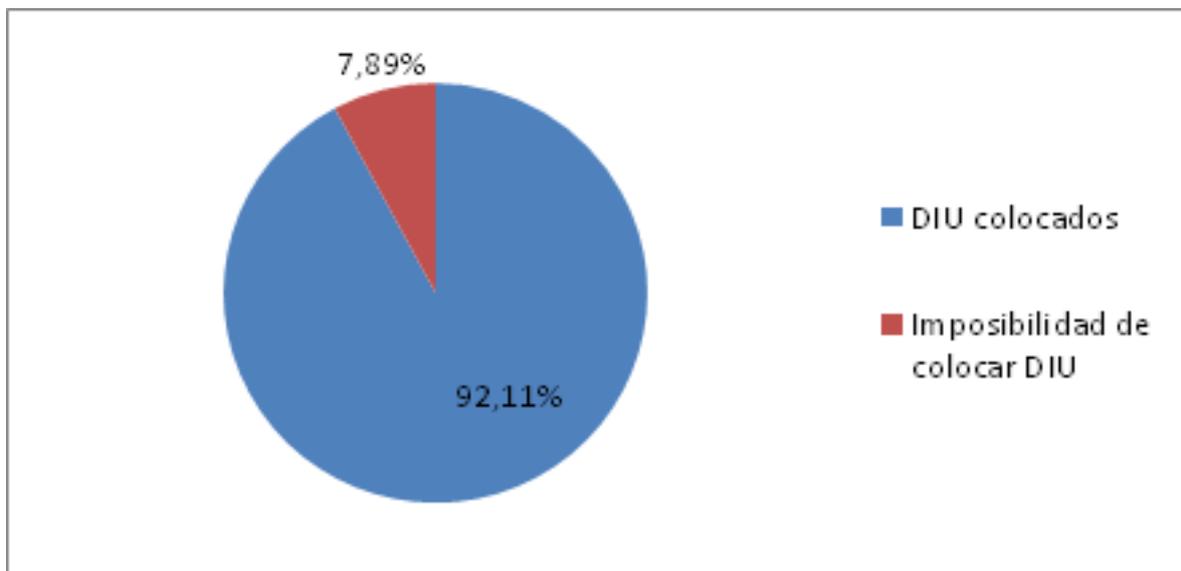
las prácticas y convertirse en una herramienta que permita evidenciar y mejorar nuestras competencias en este área. En las consultas de seguimiento, se completan los datos que figuran en el dorso de la FDIU (ver anexo 3).

Para el análisis de resultados, en aquellas fichas en las que el seguimiento no estaba completo, se recurrió a la revisión de las historias clínicas con el objetivo de encontrar allí datos que sirvieran para completar la información necesaria. Si dicha información no constaba, se procedía a contactar telefónicamente a la usuaria para indagar acerca de la ocurrencia de complicaciones (específicamente, infección o embarazo) o si había realizado controles con otro profesional.

Resultados:

Se abrieron un total de 279 fichas de colocación de DIU. En éstas se constataron 257 casos de colocación exitosa (92,11%), mientras que en 22 usuarias no se logró la inserción de DIU (7,89%) por diferentes razones (Ver Gráfico N°1).

Gráfico N°1: DIU colocados / número de fichas abiertas.

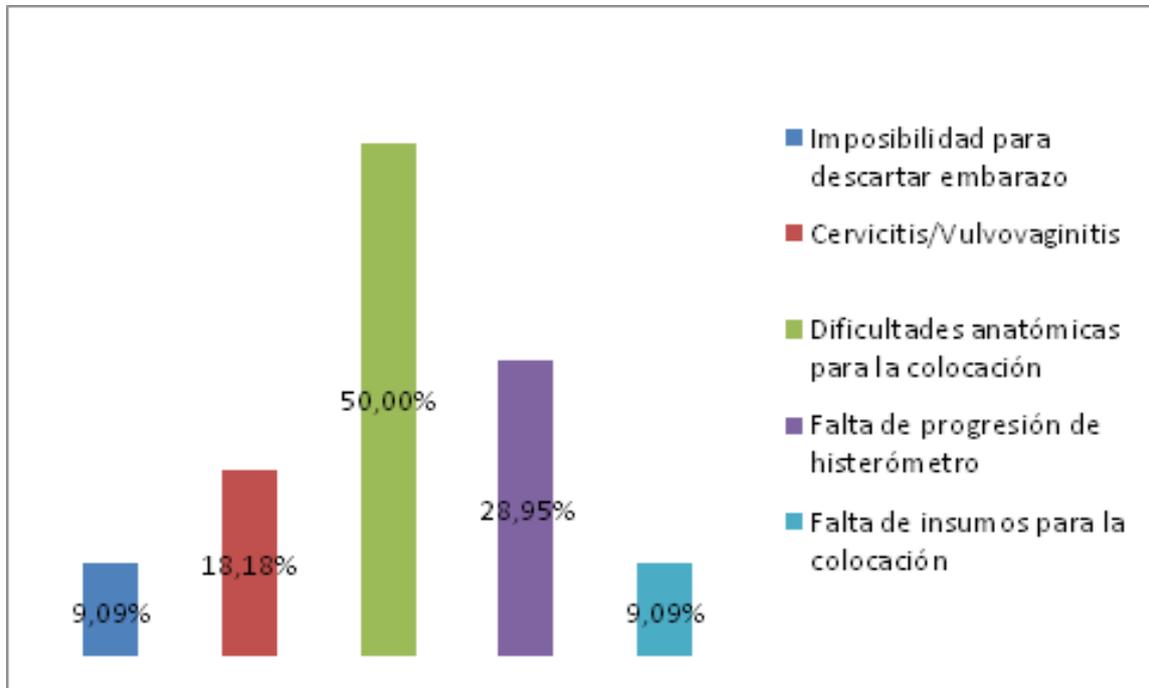


Fuente: Elaboración propia

En las 22 situaciones en las que no se logró la colocación se consignaron como dificultades: falta de insumos para la colocación en 2 casos (9,09%). Dentro de los que no reunieron las condiciones de colocación se detectaron: imposibilidad de descartar embarazo en 2 ocasiones (9,09%) y cervicitis/vulvovaginitis en 4 oportunidades (18,18%). Se observaron además dificultades anatómicas para la colocación (lateralización de cuello de difícil corrección, lesión macroscópica, imposibilidad de localización del cuello) en 3 usuarias

(13,64%) y, por último, falta de progresión de histerómetro en 11 ocasiones (50%). (Ver gráfico N°2).

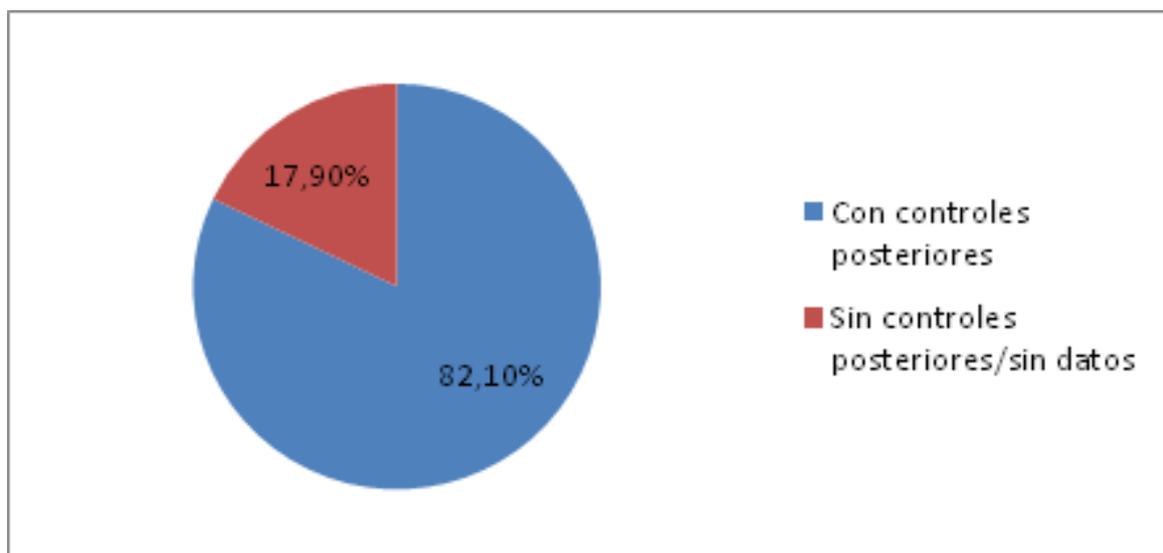
Gráfico N°2: Detalle de circunstancias que impidieron la colocación/DIU no colocados



Fuente: Elaboración propia

De las 257 usuarias a las que se le colocó el DIU, se evidenció que un total de 211 (82,10%) realizaron los controles posteriores (ya sea por la misma Residencia -209 usuarias-; como por otros profesionales del CeSAC -2 usuarias-). Un total de 46 usuarias a quienes se les había colocado el DIU, no volvieron a controles posteriores (17,90%). (Ver Gráfico N°3)

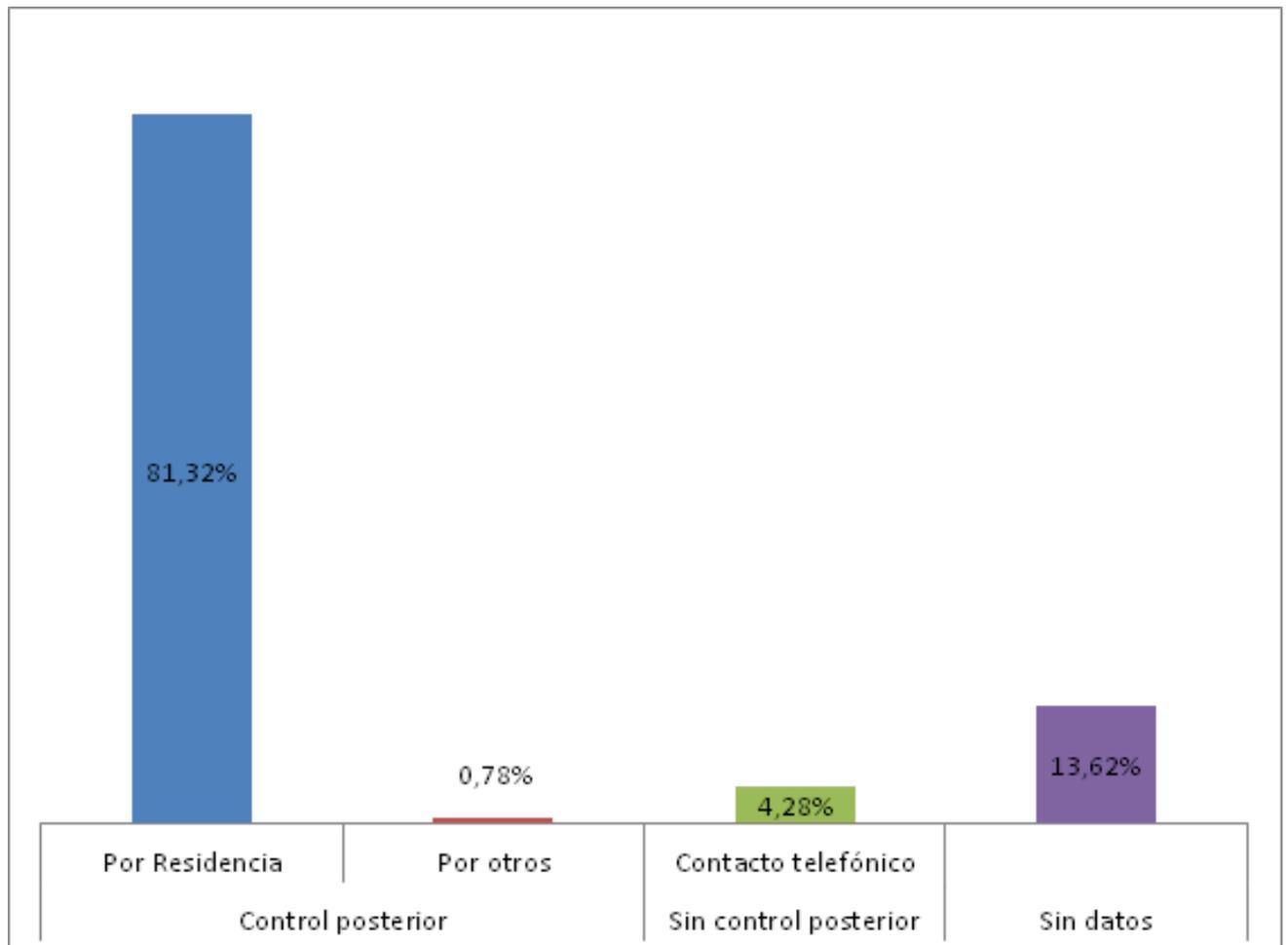
Gráfico N°3: Mujeres que concurrieron a control posterior /DIU colocados



Fuente: Elaboración propia

De éstas pacientes no controladas, se buscó, con el fin de contabilizar para este trabajo las complicaciones post colocación lo más fidedignamente posible, el contacto por vía telefónica, lo cual se logró en 11 casos; las 35 usuarias restantes se consignaron como sin datos.(Ver Gráfico N°4)

Gráfico N°4: Descripción de controles posteriores/DIU colocados



Fuente: Elaboración propia

Del total de 222 usuarias que concurrieron a controles posteriores o fueron contactadas telefónicamente las complicaciones surgidas posteriormente a la colocación, se registraron 15 descensos (6,76%) y 2 EPI (0,90%), no evidenciándose ninguna perforación o embarazo posterior.

Discusión

Se puede objetivar que 279 usuarias manifestaron el deseo de utilizar el DIU como método anticonceptivo y concurrieron a su colocación, a ellas se les abrió la ficha correspondiente.

Sabemos que podemos encontrarnos ante un subregistro de los datos ya que por ejemplo en una de las sedes de residencia, se implementó tardíamente la ficha de DIU, siendo el primer registro a partir de Octubre del año 2014, por lo que quedó subestimado el registro. En otra de las sedes surgieron limitaciones para la evaluación de las dificultades al momento del procedimiento, ya que al estar supervisado siempre por una ginecóloga, si bien consta en la ficha la dificultad de la colocación no se especifica si fue el residente o la ginecóloga la que realizó finalmente el procedimiento.

El número total de DIU colocados podría contrastarse con la cantidad de DIU colocados en toda la CABA durante ese período. Dato que no pudimos obtener con precisión, aunque sí podemos comparar con la cantidad de DIU distribuidos por el Programa de Salud sexual y Reproductiva de la Ciudad , que es de 4979 dispositivos durante el año 2014. Las residencias habrían insertado en el período de un año por lo menos el 5% de todos los DIU distribuidos en la CABA.

Del total de las mujeres que lo solicitaron el 92,11% (257) obtuvo una colocación exitosa del dispositivo, alcanzando los valores que se pretenden para el método.

En el caso de los intentos fallidos, se observa que esto ocurrió solo en el 7,89% del total de las usuarias. De este total la mitad se debió a la falta de progresión del histerómetro, siendo esta circunstancia influida por la destreza del operador. En las otras situaciones se pone de manifiesto que las dificultades son ajenas al entrenamiento y destreza del profesional, a saber: un 9,9% (2) de los DIU no colocados debido a imposibilidad de descartar embarazo, el 9,9% (2) debido a la falta de insumos, y un total de 13,54% debido a dificultades anatómicas para la colocación (lateralización de cuello de difícil corrección, lesión macroscópica, imposibilidad de localización del cuello). No tenemos la posibilidad de comparar estos resultados con fuentes secundarias ya que no encontramos bibliografía al respecto que cuantifique dicha problemática. También se conoce que este tipo de situaciones en general no se hallan descritas en las historias clínicas, siendo de esta manera imposible recabar los datos en forma retrospectiva.

La adherencia de las usuarias en el seguimiento puede destacarse, ya que el 86% de las usuarias volvieron a controlarse, y casi la totalidad de las mismas lo hicieron con los médicos y médicas que realizaron la práctica. Quedaría pendiente evaluar si estos resultados son similares en otras disciplinas relacionadas con la práctica. No se indagó el motivo por el cual 2 de las usuarias se controlaron el DIU con otro profesional del CeSAC y se desconoce a la

vez la modalidad que se ofreció para dicho control, teniendo en cuenta que en muchas oportunidades la obtención de turnos es una limitante concreta para el seguimiento.

Mucho se dice respecto de la relación directa entre experiencia en la técnica de colocación de DIU y la tasa de efectos adversos esperables. Esta vinculación es innegable, así como la improbabilidad de que las complicaciones “operador dependiente” que no surgen al inicio de la práctica surjan más adelante. Es en muchos casos, ésta, la fundamentación para no avalar a médicos/as generalistas en formación a realizar esta práctica. El relevamiento de los 222 DIU colocados y controlados por residentes de MGyF en el lapso de un año, arroja resultados muy alentadores respecto de la baja tasa de complicaciones. Nuestros datos indican 6,76% de descensos (siempre en un período menor a un año) versus el 11% a 5 años esperable según la bibliografía. En el estudio multinacional de FHI, 1996 que comparó T 380 de Cu con otros DIU, éstos presentaron la tasa más baja de expulsión siendo la misma de 3,1 por 100 mujeres en un año. La expulsión parcial o completa, generalmente ocurre durante los primeros meses después de la inserción, cuando el útero está reaccionando ante la presencia de un nuevo objeto. Después de los primeros tres meses, el riesgo disminuye considerablemente. La destreza del proveedor en la inserción es el único factor más importante para evitar la expulsión. Las expulsiones también son más frecuentes entre las mujeres jóvenes que no han estado embarazadas.

Respecto de la tasa de infección posterior a la colocación, tuvimos un 0,9% (2 casos) de eventos de EPI, versus 0,15% de eventos vinculados al momento de la inserción según la bibliografía. La misma refiere un aumento del 1.5% al 2% dentro de los 20 días post inserción cuando la mujer se encuentra cursando infección del tracto genital inferior (TGI). En nuestro trabajo si bien se registran más casos que los esperados, esta pequeña diferencia se puede relacionar y es rápidamente extrapolable al bajo número de casos con que contamos en este trabajo. A la vez, nos hace reflexionar sobre la rigurosidad de los requisitos previos para la colocación (detección de infecciones del TGI). Cabe destacar que ambos casos de EPI se categorizaron como EPI leve y fueron adecuadamente seguidos y tratados en forma ambulatoria en el PNA.

Con respecto al riesgo de perforación uterina y embarazo, no se han producido dichas complicaciones en ninguna de las mujeres a quienes le realizamos la práctica de colocación de DIU. Mientras tanto, la bibliografía arroja datos de un riesgo de perforación del 1%° y de 3 embarazos cada 100 mujeres en el primer mes de colocado el dispositivo. Tal vez, a

futuro, sea más conveniente agrupar los datos estadísticos temporalmente (por mes, trimestre, etc) para hacer una comparación más fidedigna con los datos bibliográficos. A la vez, no podemos obviar el número de usuarias que no tuvieron sus respectivos controles ni pudieron ser contactadas posteriormente, lo cual introduce un sesgo a la hora del análisis de las complicaciones.

Conclusiones

Reconocer y cuanto menos pretender vencer las trabas institucionales –tanto al médico generalista en formación, como a la usuaria autónoma con deseo de este MAC- respecto de la colocación de DIU no es tarea fácil. Creemos haber logrado un avance en la evidencia necesaria para avalar esta práctica, habiéndonos ajustado a los estándares de calidad establecidos para la misma.

Del análisis se desprende la confirmación de nuestra hipótesis inicial: los residentes de MGyF podemos realizar la práctica de colocación de DIU siguiendo las recomendaciones establecidas y alcanzando los parámetros de seguridad difundidos. En los diversos indicadores respecto a las complicaciones del uso del DIU publicados en la bibliografía disponible y los resultados obtenidos en nuestro trabajo, se demuestra y explicita la importancia de efectuar registros confiables y seguimientos adecuados, trabajando a la vez en la sistematización de los mismos.

A la vez que se aprende y se enseña esta práctica, contribuimos a garantizar el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres que acceden al método. Esta contribución no es fruto de la casualidad, sino de un posicionamiento profesional vinculado al rol de quienes se desempeñan en el ámbito de la MGyF.

Propuestas:

No caemos en la ingenuidad de pensar que el trabajo está concluido. Proponemos:

- Mejorar los registros de nuestras prácticas en general, y en colocación de DIU en particular, para sostenerlas de manera clara, concreta e irrefutable.
- Mejorar las destrezas en la práctica de colocación de DIU, disminuyendo cada vez más el número de complicaciones.

- Lograr se emule este formato de estudio multicéntrico testigo, con otras residencias de la especialidad a nivel nacional, generando siempre más evidencia para legitimar nuestra práctica como especialistas en MGyF.
- Generar herramientas que colaboren en la construcción de un proceso de certificación de la práctica en CABA con posibilidad de aplicarla al resto del país.
- Constituir ésta práctica como una más dentro del abordaje integral y longitudinal de los individuos y la comunidad, acorde al perfil profesional del médico general y de familia- enfocándonos en la decisión autónoma de las personas para acceder a un método anticonceptivo muy costo-efectivo, con el compromiso de seguir trabajando desde una perspectiva de género.

Relevancia para la medicina general, equipos de salud y salud colectiva

El título de nuestro trabajo “del derecho al hecho” intenta poner en evidencia algo que muchas veces sucede en la construcción de los saberes y haceres de la medicina general y familiar, que es la dificultad para articular los principios rectores de nuestra especialidad explicitados en los documentos que aluden a nuestro perfil , con las prácticas concretas que colaboran en garantizar el acceso a una atención de calidad. Y cuando hablamos de atención de calidad nos referimos al abordaje integral, al trabajo interdisciplinario, a la participación de la comunidad en la definición y construcción de los haceres en salud, pero también a procesos concretos de adquisición de competencias que incluyen habilidades técnicas que requieren la mayor de las destrezas .

Porque en la medida que no generamos evidencia sobre la validación y la calidad de nuestras prácticas, en este caso la colocación de DIU, nos perdemos la posibilidad de legitimar las mismas como un componente importante en la lucha por el derecho de las personas , en particular de las mujeres, al cumplimiento del derecho a decidir libremente y en forma autónoma en lo que a su salud sexual y reproductiva se refiere.

El acceso al cumplimiento efectivo de los derechos sexuales y reproductivos es una deuda que la sociedad tiene aún, y la defensa de ese derecho por parte de los médicos/as generalistas , en el marco del trabajo en el equipo de salud es un factor clave para avanzar en la concreción del mismo

Nuestro trabajo intenta ser un paso en la lucha por hacer realidad el deseo de que las personas puedan disfrutar de una sexualidad libre de riesgos, coerción y violencias .

Bibliografía

1. Programa docente de la Residencia de Medicina general y/o Medicina de Familia. Ministerio de Salud. Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. 2014
2. Dra. Belén Provenzano, Dra. Silvia Chera. Métodos anticonceptivos: Guía práctica para profesionales de la salud. Ministerio de salud de la nación. Buenos Aires, Mar 2012.
3. L. Arribas-Mir, A. Ortega del Moral, M. Jódar-Reyes. El médico de familia ante la inserción de un DIU. Medicina de familia y atención a la mujer, E. Bailón Muñoz. [Serie Online] 2005; 36(10): [9 páginas].
4. Mazur Viviana, García Verónica, Salceek Lara. Implantes hormonales. Tecnología anticonceptiva apropiada en el primer nivel de atención. Ciudad de Buenos Aires, 2013.
5. Políticas de salud sexual y reproductiva. Avances y desafíos. Balance 2003-2011. Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Ministerio de Salud. Buenos Aires, Sep 2011.
6. Landini Fernando, Cowes Valeria Gonzalez, DAmore Eliana. Hacia un marco conceptual para repensar la accesibilidad cultural [serie online]. Rio de Janeiro, 2014. 30(2), 231-244. Disponible en URL: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v30n2/0102-311X-csp-30-2-0231.pdf>
7. Stolkner, A. y Otros. La Salud en Crisis. Un análisis desde la perspectiva de las Ciencias Sociales. Buenos Aires: Ed. Dunken; 2000.
8. Dra. Isabel Duré, Dra. Daniela Daverio, Lic. Isabel Malamud, Lic. Gabriela Rodríguez, Lic. María del Carmen Cadile, Sra. Paula Kornblihtt, y otros. Sistema nacional de acreditación de residencias del equipo de salud. Normativa, guías y estándares a 7 años de su creación [Online]. 1a ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires; 2014. Disponible en URL: http://www.msal.gov.ar/residencias/images/stories/descargas/recursos/publicacion_snares.pdf

9. Marina Mattioli, Mattioli Marina. Calidad de atención en salud sexual y reproductiva desde una perspectiva de género y derechos: evaluación de usuarias del área programática del hospital Argerich. Buenos Aires, 2011.
10. Cáceres Analía, Chwe Marcela, Cortes Bárbara, Ponce Laura, Salazar Ignacio, Sanchez Norberta, y otros. Evaluación en la práctica de la colocación de DIU por la residencia de medicina general de la unidad sanitaria Molina Campos. Buenos Aires; 2011.
11. Gasparini María, Luchetti María. DIU de cobre como método anticonceptivo a largo plazo, Guía de práctica clínica. Neuquén; 2011.
12. Patricia Rodríguez .La evaluación en la residencia y en la concurrencia: hacia la construcción de criterios comunes. Dirección de capacitación profesional y técnica. Ministerio de salud. Ciudad de Buenos Aires; 2006.
13. Daniel Veloso M., Germán Lobos A., Norma Aliste S., Carla Rojas G., Pilar García M., Pascal Patrick Matzler. Control ecográfico post inserción de dispositivo intrauterino. Revista chilena de obstetricia y ginecologia, 2011; 76(1): 15-20.
14. Roberto Lede, Haroldo Capurro, María T. Rosanova, Margarita Grandes, Virgilio Petrungraro. Riesgo sobre la salud reproductiva en nulíparas a consecuencia de la inserción de un dispositivo intrauterino (DIU). Rev Arg Salud Publica [Serie Online] 2010 Junio; 1(3): 36-37.
15. Carlos A. Medina R, Nelly S. Meza, Alexa S. Romero. Uso del dispositivo intrauterino reversible y de larga duración en mujeres asistidas en la sala de puerperio normal en el hospital materno infantil. Rev. Fac. Cienc. Méd. [Serie Online] 2011 Enero - Junio; 21-28.
16. Black et al, Intrauterine contraception for nulliparous women. The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care, October 2012; 17: 340–350.
17. Kirsten Black, Pamela Lotke, Kai J. Buhling, Nikki B. Zite. A review of barriers and myths preventing the more widespread use of intrauterine contraception in nulliparous women. The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care 2012 Octubre; 17: 340–350.
18. Kulier R, O'Brien PA, Helmerhorst FM, Usher Patel M, D'Arcangues C. Dispositivos intrauterinos con estructura de cobre para la anticoncepción. La Colaboración Cochrane. John Wiley & Sons, Ltd [Serie Online] 2007; 4:[124 páginas].

19. Brooke Winner, M.D., Jeffrey F. Peipert, M.D., Ph.D., Qihong Zhao, M.S., Christina Buckel, M.S.W., Tessa Madden, M.D., M.P.H., Jenifer E. Allsworth, Ph.D., et al. Effectiveness of long-acting reversible contraception. N Engl J Med [Serie Online] 2012; 366: 1998-2007.
20. Amanda Britton, Anne Connolly. Long-acting reversible methods of contraception: unified training. Britton A, et al. J Fam Plann Reprod Health Care 2014; 40: 80–81.
21. Megan L. Kavanaugh, Jenna Jerman, Kathleen Ethier, Susan Moskosky. Meeting the Contraceptive Needs of Teens and Young Adults: Youth-Friendly and Long-Acting Reversible Contraceptive Services in U.S. Family Planning Facilities. Journal of Adolescent Health, 2013; 52: 284-292.
22. Ley 25.673/2003. Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable [Online], May 2003. Disponible en URL: <http://www.msal.gov.ar/saludsexual/ley.php>
23. Eduardo Jozami, Rubén Gé. Ley n° 418, salud reproductiva y procreación responsable [Online]; 21 Jul 2000. Disponible en URL: <http://www.cedom.gov.ar/es/legislacion/normas/leyes/ley418.html>
24. C Menéndez Villalva , MJ Fernández Domínguez , XL Doval Conde , S Blanco Pérez , A García Machi , R Gulín González. Comparación en el uso del dispositivo intrauterino (DIU) entre médicos de familia y ginecólogos . Revista Atención Primaria.SEMFyC,Dic 1998; 22(10): 0212-6567.
25. Brooke Winner, Jeffrey F. Peipert, Qihong Zhao, Christina Buckel, Tessa Madden, Jenifer E. Allsworth y otros. Effectiveness of Long-Acting Reversible Contraception . N Engl J Med 2012;366:1998-2007.
26. Royal College of Obstetricians & Gynaecologist. Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare Clinical Guidance: Intrauterine Contraception. Clinical Effectiveness Unit. RCOG; 2007.

Anexos

Anexo 1: afiche técnica de inserción avalada por Ministerio de Salud de la Nación

Dispositivo Intrauterino (DIU) T Cu 380 A

TÉCNICA DE INSERCIÓN

Precauciones

- No recoja ningún componente del envase que haya caído al suelo o sobre la mesa.
- No vaciar el contenido del envase en la bandeja de instrumental.
- No utilizar el embolo para medir el largo de la cavidad uterina.
- La T de cobre esteril es para uso único y no debe ser reutilizada.

Generalidades

- Mantiene una alta eficacia durante, al menos, 10 años.
- Debe ser insertado y retirado por un profesional entrenado, asegurando fácil acceso a servicios de extracción si se desea interrumpir el método.
- Puede ser insertado post-parto y post-aborto inmediato.
- Requiere consejería adecuada, técnica aséptica y examen pélvico.
- Las menstruaciones pueden ser más abundantes y prolongadas, sobre todo al comienzo de su uso.
- No es un buen método para la mujer expuesta a un alto riesgo de contraer ITS.

Procedimiento

1 Explique a la usuaria el procedimiento a realizar.

2 Pasos previos:

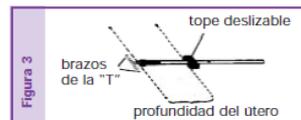
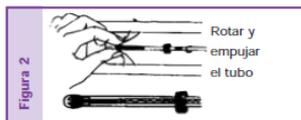
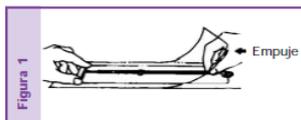
- Antes del procedimiento, la usuaria debe evacuar la vejiga.
- Coloque un **especulo vaginal** y visualice el cuello uterino.
- Limpie el cuello y la vagina con una solución antiséptica como el yodo.
- Tome el labio anterior del cuello uterino con una pinza Pozzi (labio posterior si el útero está en retroflexión) y mantenga una tracción suave durante todo el procedimiento. (Esta maniobra reduce la angulación entre el canal cervical y la cavidad endometrial, facilitando la inserción.)

3 Mida la cavidad endometrial con **histerómetro** hasta tocar el fondo uterino.

4 Preparación del DIU

- Es preferible usar la técnica de inserción "sin tocar" que consiste en colocar el DIU en el tubo de inserción mientras ambas partes aún están en la envoltura esteril.
- Asegúrese de que el brazo vertical de la T este completamente dentro del tubo de inserción.
- Coloque el envase sobre una superficie dura, plana y limpia, con la parte del plástico transparente hacia arriba. Abra parcialmente el envase desde el extremo marcado "ABRIR" ("open"), aproximadamente hasta la mitad del tope azul indicador de longitud uterina.
- Coloque el embolo dentro del tubo de inserción, casi tocando el extremo de la "T".
- A través de la cubierta de plástico transparente, tome con los dedos pulgar e índice los extremos de los brazos horizontales de la "T", y doblelos hacia el cuerpo de la "T" hasta que queden retenidos dentro del tubo de inserción, mientras con la otra mano manobra el tubo para facilitar la introducción. (Figuras 1 y 2)

ADVERTENCIA: El DIU no debe permanecer más de 5 minutos dentro del tubo de inserción para que, al liberarlo, la apertura de los brazos se recupere rápida y correctamente.

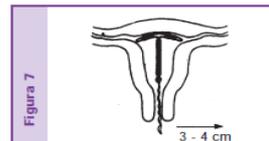
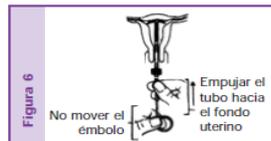
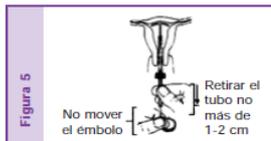
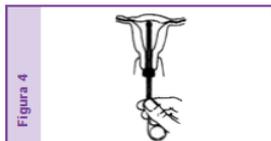


No intente empujar las bandas de hilo de cobre de los brazos horizontales dentro del tubo de inserción porque no entrarán.

- Ajuste el tope azul (marcador de longitud uterina), con ayuda de la escala impresa en la etiqueta colocada en el envase, de acuerdo a lo medido previamente con el histerómetro. El tope debe ubicarse en el mismo plano que los brazos de la "T". (Figura 3)
- La T Cu 380 A ya esta lista para su inserción.

5 Inserción del DIU

- Introduzca lentamente a través del canal cervical el montaje de inserción cargado. Avance hasta que la "T" haga contacto con el fondo uterino y el tope azul quede en contacto con el cuello. Asegúrese de que el tope esté en un plano horizontal. (Figura 4)



- Con una mano, mantenga el embolo fijo mientras, con la otra mano, retira el tubo de inserción no más de 1-2 centímetros. De este modo se abrirán los brazos de la "T". (Figura 5)
- Una vez que los brazos han sido liberados, empuje cuidadosamente el tubo de inserción hacia el fondo uterino, hasta que sienta una suave resistencia. Este paso asegura que los brazos de la "T" queden lo más arriba posible en el útero. Una fuerza excesiva podría provocar una perforación del fondo. (Figura 6)
- Retire lentamente del canal cervical: saque primero el embolo (manteniendo el tubo de inserción fijo) y retire luego el tubo de inserción. Corte los hilos del dispositivo a 3 o 4 cm del orificio cervical. (Figura 7)
- Ayude a la mujer a bajar de la camilla lentamente (esté alerta a un posible mareo) y bríndele la **consejería apropiada**.

Consejería

- Planifique junto con la mujer su visita de seguimiento dentro de 3 a 6 semanas (preferentemente luego de su menstruación) para realizar un examen pélvico y controlar los hilos del DIU. Después de esta visita no se necesitan otras visitas de rutina. Por lo tanto, se continuará con los controles ginecológicos correspondientes.
- Asegúrese de que ella sepa que tipo de DIU se le ha colocado y su duración. Proporcione un registro escrito de la fecha de colocación y de la fecha en que deberá ser retirado.
- Dígale que, en cualquier consulta ginecológica, informe al profesional que tiene un DIU colocado.
- Explíquelo:
 - que puede experimentar dolor tipo cólico durante los dos primeros días posteriores a la inserción. Puede tomar un analgésico.
 - que puede tener una secreción vaginal un poco más abundante durante algunas semanas.
 - que puede tener menstruaciones más abundantes y prolongadas, así como sangrados intermenstruales, especialmente durante los primeros meses.

Técnica de extracción

Puede ser realizada con facilidad y seguridad en un Hospital o un Centro de Salud. Requiere unos pocos minutos. Para removerlo traccione suavemente, con una pinza, de los hilos del dispositivo. No los tome de las puntas sino de un punto lo más alto posible. Una excesiva fuerza en la tracción puede cortarlos.

Durante la extracción:

- Se deberá cumplir con la misma antisepsia rigurosa que para la colocación.
- Se tendrá en cuenta que la mujer también puede experimentar alguna molestia, como dolor tipo cólico, sangrado o mareo, por lo que deberá contemplarse su recuperación.



DIRECCIÓN NACIONAL DE SALUD MATERNO INFANTIL
PROGRAMA NACIONAL DE SALUD SEXUAL Y PROCREACIÓN RESPONSABLE



Anexo 2: Instructivo/sistemática: ficha de colocación DIU (FDIU)

1. Abrir ficha a toda paciente que CONCURRE A COLOCACIÓN de DIU (independientemente si está contraindicado en ese momento o si se intenta colocar y no se pudo). Anotar en observaciones si no se colocó.

Aclaración: si una paciente se le da turno de colocación y no concurre NO SE ABRIRÁ FICHA, pero es deseable llevar un registro de estas paciente también.

2. Completar toda la ficha

Verso

- Donde dice DIU (arriba a la derecha) colocar tipo de DIU. (Tcu – multiload)
- Médico: quien coloca. Supervisión: quien supervisa, asiste o acompaña
- FUM: completar con las opciones fecha / incierta / amenorrea post parto
- Ritmo: ejemplo “7/28”
- MAC: completar con que método / no - y uso correcto/ uso habitual

Ejemplo “preservativo, uso correcto” – “no”

- No evidencia de embarazo: marcar la/s opción/es correspondientes:

Anamnesis - menstruando actualmente - test negativo - ecografía

- Antecedentes: no son criterios de elegibilidad, se completa para conocer antecedentes.

Consignar, siempre, la fecha.

- PAP: fecha (previa o la de hoy) no es necesario.

Anteversos

- Anamnesis
- Dolor pelviano: al momento de la consulta, no/leve/moderado/severo
- Dismenorrea: nc/no/leve/moderada/severo
- Dispareunia: nc/sí/no
- Flujo: sí/no
- Preocupación: poner “palabra clave”
- Satisfacción 1 al 10
- [Sangrado post colocación leve/moderado/severo + cant de días] celda unificada

Ritmo menstrual: x/x

Hipermenorrea: sí/no

Spotting si/no

Examen físico

- Hilos: ausentes/presentes
- Flujo: fisiológico / NO proviene de OCE / proviene de OCE
- Examen pelviano: s/p / frenkel + / dolor abdominal

Primer semana post colocación preferentemente no tener relaciones sexuales

3. Si hay recambio constatarlo en la ficha actual y abrir ficha nueva para nuevo DIU.
4. Extracción DIU: constatar motivo (cambio de MAC, desea embarazo, etc.) en ficha y en observaciones colocar extraído.

Anexo 3: Ficha Colocación y Seguimiento de DIU (FDIU)

			H Clínica	DIU	
Nombre y Apellido					
Fecha de Nacimiento		Edad	DNI		
Dirección			Telefono		
G P C A		FUP			
FUM		RM		MAC	
		regular SI NO			
	FECHA	RESULTADO	Antecedentes Personales		
PAP					Fecha
Ecografía			EPI	SI/NO	
Fecha de colocación:			ETS	SI/NO	
Observaciones: Observación: (Frenkel.especuloscopia,histerometria,hiloscm)			HEMORRAGIA	SI/NO	
			ANEMIA	SI/NO	
			SANG ANORMAL	SI/NO	
			CA CUELLO	SI/NO	

Controles	1ª semana	1º mes	6º mes	1º año
Fecha				
Dolor pelviano				
Dismenorrea				
Dispareunia				
Flujo (referido)				
Preocupación				
Satisfacción (1 al 10)				
Sangrado (intenso, abundante, escaso)				
Examen físico				
Hilos				
Frenkel				
Flujo (objetivo)				
Ecografía				
OBSERVACIONES				