

Dispositivo intrauterino de cobre

En este capítulo se describe fundamentalmente el dispositivo intrauterino TCu-380A (para el Dispositivo intrauterino con levonorgestrel, ver p. 157).

Puntos clave para proveedores y usuarias

- **Protección contra embarazo a largo plazo.** Ha demostrado ser muy eficaz durante 12 años y es inmediatamente reversible.
- **Debe ser colocado por un proveedor específicamente capacitado.**
- **Una vez colocado el DIU, la usuaria no tiene que hacer casi nada.**
- **Es frecuente ver cambios del sangrado.** En general se observa un sangrado más profuso y prolongado, más calambres o dolor durante la menstruación, en especial en los primeros 3 a 6 meses.

¿En qué consiste el dispositivo intrauterino?

- El dispositivo intrauterino (DIU) de cobre es un pequeño almacén de plástico flexible rodeado de mangas o alambres de cobre. Un proveedor con capacitación específica lo inserta en el útero de la mujer por vía vaginal, atravesando el cuello uterino o cérvix.
- Casi todos los tipos de DIU llevan atados uno o dos hilos, o hebras. Los hilos atraviesan el cérvix y quedan colgando en la vagina.
- Funcionan fundamentalmente provocando una modificación química que daña al espermatozoide y al óvulo antes de su unión.

¿Qué tan eficaz es?

Uno de los métodos más eficaces y perdurables:

- Menos de 1 embarazo por 100 mujeres que utilizan un DIU en el correr del primer año (6 a 8 por 1000 mujeres). Esto significa que 992 a 994 de cada 1000 mujeres que usan DIU no quedarán embarazadas.
- Se mantiene un pequeño riesgo de embarazo más allá del primer año de uso y mientras la mujer siga utilizando el DIU.
 - Más de 10 años de uso del DIU: Aproximadamente 2 embarazos por 100 mujeres



- Los estudios han encontrado que el TCU-380A funciona durante 12 años. Sin embargo, la etiqueta del TCU-380A establece un uso máximo de 10 años. (Los proveedores deberán seguir las orientaciones del programa hasta que corresponda extraer el DIU)

Retorno de la fertilidad tras la extracción del DIU: Sin Demora

Protección contra infecciones de transmisión sexual (ITS): Ninguna

Efectos secundarios, beneficios y riesgos para la salud y complicaciones

Efectos secundarios (ver Manejo de problemas, p. 149)

Algunas usuarias relatan:

- Cambios en los patrones de sangrado (en especial en los primeros 3 a 6 meses), por ejemplo:
 - Menstruación prolongada y abundante
 - Sangrado irregular
 - Más calambres y dolor durante la menstruación

Beneficios conocidos para la salud

Ayuda a proteger contra:

- Riesgo de embarazo

Puede ayudar a proteger contra:

- Cáncer del recubrimiento uterino (cáncer endometrial)

Riesgos conocidos para la salud

No comunes:

- Puede aumentar la anemia en la mujer que ya presenta una baja reserva de hierro antes de la inserción y en la que el DIU produce una menstruación más profusa

Raro:

- Puede aparecer enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) si la mujer tiene clamidia o gonorrea al momento de la inserción del DIU

Complicaciones

Raro:

- Punción (perforación) de la pared del útero por el DIU o un instrumento utilizado para su inserción. Normalmente cicatriza sin tratamiento.
- Pérdida de embarazo, parto prematuro o infección, en el raro caso de que la mujer quede embarazada mientras tiene el DIU colocado.

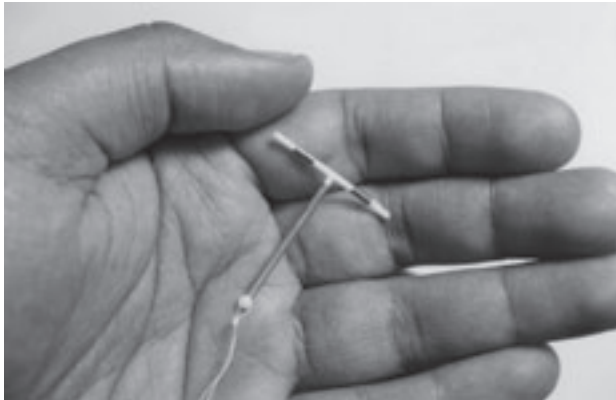
Corrección de malentendidos (ver también Preguntas y respuestas, p.154)

Los dispositivos intrauterinos:

- Rara vez provocan EPI.
- No aumentan el riesgo de contraer ITS, incluido el VIH.
- No aumentan el riesgo de pérdida de embarazo cuando una mujer queda embarazada después que se le retira el DIU.
- No producen infertilidad en la mujer.
- No provocan defectos de nacimiento.
- No causan cáncer.
- No se desplazan al corazón ni al cerebro.
- No causan molestias ni dolor a la mujer durante el sexo.
- Reducen sustancialmente el riesgo de embarazo ectópico.

Por qué algunas mujeres dicen que les gusta el DIU

- Previene el embarazo con mucha eficacia
- Es de acción prolongada
- Una vez insertado, el DIU no supone más costos
- Una vez insertado, el DIU no requiere que la usuaria haga nada



Quién puede y quién no puede utilizar DIU de cobre

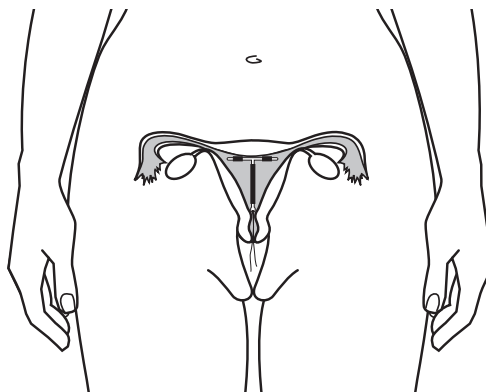
Seguro y adecuado para casi todas las mujeres

Casi todas las mujeres pueden utilizar el DIU de manera segura y eficaz, incluidas las mujeres que:

- Hayan tenido hijos o no
- No estén casadas
- Tengan cualquier edad, incluso las adolescentes y mujeres de más de 40 años
- Hayan tenido recientemente un aborto o una pérdida de embarazo (si no hay evidencia de infección)
- Estén amamantando
- Realicen trabajo físico intenso
- Hayan tenido un embarazo ectópico
- Hayan tenido enfermedad pélvica inflamatoria (EPI)
- Presenten infecciones vaginales
- Tengan anemia
- Estén infectadas con VIH o estén en terapia antirretroviral y evolucionando bien (ver DIU para mujeres con VIH, p. 138)

La mujer puede comenzar a utilizar el DIU:

- Sin realizarse exámenes de ITS
- Sin realizarse un examen de VIH
- Sin ningún análisis de sangre, ni ninguna otra rutina de laboratorio
- Sin realizarse una pesquisa de cáncer cervical
- Sin realizarse un examen de mamas



Criterios médicos de elegibilidad para

DIU de cobre

Pregunte a la usuaria las preguntas a continuación sobre afecciones conocidas. Si responde “no” a todas las preguntas, entonces puede insertarse el DIU si lo desea. Si responde “sí” a alguna pregunta, siga las instrucciones. En algunos casos, aún puede utilizar el DIU. Estas preguntas se aplican también al DIU con levonorgestrel (ver p. 160).

1. ¿Tuvo el parto hace más de 48 horas y menos de 4 semanas?

- NO **SI** Postergue la inserción del DIU hasta 4 semanas o más después del parto (ver Poco después del parto, p. 140).

2. ¿Tiene una infección luego del parto o aborto?

- NO **SI** Si presenta actualmente una infección del aparato reproductor durante las primeras 6 semanas posteriores al parto (sepsis puerperal) o si una infección uterina relacionada con un aborto (aborto séptico), no le coloque el DIU. Si aún no recibe atención, remítala para su diagnóstico y atención. Ayúdela a elegir otro método u ofrézcale un método de respaldo.* Luego del tratamiento, reevalúela para el uso del DIU.

3. ¿Tiene un sangrado vaginal que sea inusual?

- NO **SI** Si presenta un sangrado vaginal inexplicado que sugiera embarazo o una patología subyacente, el uso del DIU podría dificultar el diagnóstico o el monitoreo de cualquier tratamiento. Ayúdela a elegir un método para que lo utilice mientras es evaluada y tratada (pero que no sea un DIU con hormonas, inyectables de progestágeno solo, o implantes). Luego del tratamiento, reevalúela para el uso del DIU.

4. ¿Tiene algún tipo de patología o problema femenino (patología o problema ginecológico u obstétrico), como cáncer genital o tuberculosis pélvica? Si es así, ¿cuáles son los problemas?

- NO **SI** Si actualmente presenta cáncer cervical, endometrial u ovárico, enfermedad trofoblástica gestacional o tuberculosis pélvica: no coloque un DIU. Si no se encuentra todavía bajo atención, remítala para su diagnóstico y atención. Ayúdela a elegir otro método. En caso de tuberculosis pélvica, luego del tratamiento, reevalúela para el uso del DIU.

(Continúa en la página siguiente)

* Los métodos de respaldo incluyen la abstinencia, condones masculino y femenino, espermicidas y retiro. Dígale que los espermicidas y el retiro son los métodos anticonceptivos menos eficaces. De ser posible, suminístrele condones.

5. ¿Tiene SIDA?

- NO **SI** Si tiene SIDA no le coloque un DIU, a menos que se encuentre bien clínicamente, recibiendo antirretrovirales. Si está infectada con VIH pero no tiene SIDA, puede utilizar un DIU. Si una mujer que tiene colocado un DIU desarrolla SIDA, puede mantenerlo (ver DIU en mujeres con VIH, p. 138).

6. Evalúe si está en muy alto riesgo individual de contraer gonorrea o clamidia.

Las mujeres que están muy expuestas a contraer gonorrea o clamidia no deberían colocarse un DIU (ver Evaluación del riesgo de la mujer a infecciones de transmisión sexual, p. 138).

7. Evalúe si la paciente puede estar embarazada.

Realice a la paciente las preguntas de la Lista de verificación de embarazo (ver p. 372). Si contesta “sí” a alguna de las preguntas, puede colocársele un DIU (ver también Cuándo comenzar, p. 140).

Para una clasificación completa, ver Criterios médicos de elegibilidad para uso de anticonceptivos, p. 323. Asegúrese de explicar los beneficios y riesgos para la salud y los efectos secundarios del método que la paciente vaya a utilizar. Cuando sea pertinente para la usuaria, aclare también qué afección puede hacer desaconsejable el método.

En casos especiales usar el juicio clínico

En general, una mujer con cualquiera de las afecciones arriba enumeradas no debería utilizar un DIU. Sin embargo, en circunstancias especiales, cuando no se disponga de otro método más apropiado o aceptable para ella, un proveedor calificado podrá evaluar cuidadosamente la condición y situación específica de la mujer y decidir si puede utilizar el DIU. El proveedor debe considerar la gravedad de la condición y, para la mayoría de las afecciones, si esa mujer tendrá acceso a seguimiento.

- Entre 48 horas y 4 semanas después del parto
- Enfermedad trofoblástica gestacional no cancerosa (benigna)
- Cáncer ovárico en curso
- Está en muy alto riesgo individual de contraer gonorrea o clamidia al momento de colocársele
- Tiene SIDA y no está en terapia antirretroviral o no está bien clínicamente
- Tiene lupus eritematoso sistémico con trombocitopenia grave

Preguntas de pesquisa para el examen pélvico antes de colocar el DIU

Deben hacerse las preguntas a continuación mientras se realiza el examen pélvico, para detectar signos de patologías que podrían contraindicar la colocación del DIU. Si la respuesta a todas las preguntas es “no,” entonces se puede colocar el DIU. Si la respuesta a cualquiera de las preguntas es “sí,” no coloque un DIU.

Para las preguntas 1 hasta la 5, si la respuesta es “sí,” remítala para diagnóstico y tratamiento, si corresponde. Ayúdela a elegir otro método y si presenta algún riesgo de infecciones de transmisión sexual (ITS), aconséjela sobre el uso del condón. Si es posible, suminístrele condones. Si se confirma una ITS o una enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) y aún desea un DIU, puede hacérselo colocar tan pronto termine su tratamiento, si es que no existe riesgo de reinfección antes de la inserción.

1. ¿Tiene algún tipo de úlcera en la vulva, vagina o cérvix?

NO SI Posible ITS.

2. ¿La paciente siente dolor en el abdomen inferior al mover el cérvix?

NO SI Posible EPI.

3. ¿Hay dolor en el útero, ovarios o trompas de Falopio (dolor de los anexos)?

NO SI Posible EPI.

4. ¿Presenta flujo cervical purulento?

NO SI Posible ITS o EPI.

5. ¿El cérvix sangra con facilidad cuando se lo toca?

NO SI Posible ITS o cáncer cervical.

6. ¿Existe alguna anomalía anatómica en la cavidad uterina que impida la correcta inserción del DIU?

NO SI Si la cavidad uterina presenta una anomalía anatómica distorsionante, tal vez no sea posible colocar el DIU correctamente. Ayúdela a elegir otro método.

7. ¿No se pudo determinar el tamaño y/o la posición del útero?

NO SI Es esencial determinar el tamaño y la posición del útero antes de colocar el DIU, para asegurar una colocación alta del mismo y minimizar el riesgo de una perforación. Si no es posible determinar el tamaño y la posición, no coloque el DIU. Ayúdela a elegir otro método.

Dispositivos intrauterinos para mujeres con VIH

- Las mujeres en riesgo de VIH o ya infectadas con VIH pueden colocarse el DIU con seguridad.
- Las mujeres con SIDA, en terapia antirretroviral (ARV), que estén clínicamente bien, pueden colocarse el DIU con seguridad.
- Las mujeres con SIDA pero que no estén en terapia ARV, o que no estén clínicamente bien no deberían colocarse el DIU.
- Si una mujer desarrolla SIDA mientras tiene un DIU colocado, no necesita quitárselo.
- Las usuarias de DIU con SIDA deberán ser monitoreadas para detectar enfermedad pélvica inflamatoria.
- Recomiende a la mujer utilizar condones junto con el DIU. La utilización correcta y sistemática del condón ayuda a prevenir la transmisión de VIH y de otras ITS.

Evaluación de la mujer frente al riesgo de infecciones de transmisión sexual

Una mujer con gonorrea o clamidia en curso no debe colocarse un DIU. El tener estas infecciones de transmisión sexual (ITS) al momento de la colocación puede aumentar el riesgo de una enfermedad pélvica inflamatoria. Sin embargo, estas ITS pueden ser difíciles de diagnosticar clínicamente y las pruebas confiables de laboratorio llevan tiempo, son costosas y a veces no se encuentran disponibles. Sin síntomas o signos clínicos y sin análisis de laboratorio, el único indicador de que una mujer pueda ya tener una ITS es si su comportamiento o su situación la colocan en *muy alto riesgo de infección*. Si este riesgo resulta muy alto para la paciente, en general, no debería colocarse un DIU.[‡] (Las tasas locales de prevalencia de ITS no sirven de base para juzgar el riesgo individual.)

No existe una serie de preguntas universales que determinen si una mujer está en muy alto riesgo ante la gonorrea y la clamidia. En lugar de realizar preguntas, el proveedor puede analizar con la paciente los comportamientos personales y las situaciones en la comunidad que sean más proclives a exponerla a ITS.

Pasos a seguir:

- 1.** Dígale a la paciente que, en general, una mujer que enfrenta muy alto riesgo de una ITS, no debería colocarse un DIU.

[‡] Por el contrario, si hay un cambio en la situación de una usuaria actual de DIU y se encuentra en muy alto riesgo de gonorrea o clamidia, puede seguir usando el DIU.

- 2.** Pídale a la mujer que considere su propio riesgo y que piense si podría tener una ITS. Frecuentemente la mujer quien mejor juzga su propio riesgo.[§] No tiene que contarle al proveedor acerca de su comportamiento sexual ni del de su pareja. El proveedor podrá explicar situaciones posiblemente riesgosas que pueden poner a la mujer en muy alto riesgo. La paciente podrá pensar si últimamente se expuso a tales situaciones (aproximadamente en los últimos 3 meses). Si es así, tal vez esté cursando una ITS y puede que prefiera elegir otro método.

Las situaciones posiblemente riesgosas son:

- Una pareja sexual que presente síntomas de ITS tales como pus saliendo del pene, dolor o ardor al orinar, o llaga abierta en el área genital
- Se diagnosticó una ITS recientemente, en ella o en su pareja sexual
- Ha tenido más de una pareja sexual recientemente
- La mujer tiene una pareja sexual que ha tenido otras parejas recientemente

Todas estas situaciones presentan menos riesgo si la mujer o su pareja utilizan condones de manera sistemática y correcta.

Además, el proveedor podrá mencionar otras situaciones de alto riesgo a nivel local.

- 3.** Pregúntele si cree ser una buena candidata para un DIU o si prefiere considerar otros métodos anticonceptivos. Si luego de considerar su riesgo cree ser una buena candidata y es elegible, suminístrele un DIU. Si la mujer prefiere considerar otros métodos, o si Ud. tiene razones de peso para creer que la paciente está en muy alto riesgo de infección, ayúdela a elegir otro método.

Nota: Si, aún presentando muy alto riesgo de gonorrea o clamidia, ella quiere el DIU y existe un análisis confiable disponible, la mujer cuyo análisis resulte negativo puede colocarse el DIU. La mujer cuyo análisis resulte positivo puede colocarse el DIU en cuanto finalice su tratamiento, si al momento de colocárselo no presenta riesgo de reinfección.

En circunstancias especiales, cuando no se disponga de otro método más apropiado o aceptable para ella, un proveedor calificado que pueda evaluar cuidadosamente la condición y situación específica de la mujer podrá decidir la colocación de un DIU a una mujer en muy alto riesgo, incluso sin tener disponible un análisis de ITS (Según las circunstancias, el proveedor podrá considerar tratarla de manera presuntiva con una dosis curativa completa de antibióticos eficaces tanto para gonorrea como para clamidia y colocarle el DIU después de finalizado el tratamiento.) Ya sea que recibe o no el tratamiento presuntivo, el proveedor deberá asegurarse de que la paciente regrese para la consulta de seguimiento, que se la revisa cuidadosamente para una eventual infección y que se la trate de inmediato si lo requiere. Deberá solicitársele que regrese de inmediato si presenta fiebre y dolor de abdomen inferior, o flujo vaginal anormal, o ambos.

[§] Toda mujer que crea tener una ITS deberá consultar inmediatamente.

Administración del dispositivo intrauterino

Cuándo comenzar

IMPORTANTE: En muchos casos la mujer puede comenzar con el DIU en cualquier momento si existe una razonable certeza de que no está embarazada. Para estar razonablemente seguro de que no está embarazada, utilice la Lista de verificación de embarazo (ver p. 372).

Situación de la mujer

Cuándo comenzar

Tiene ciclos menstruales

En cualquier momento del mes

- Si comienza durante los 12 días después de comenzar su menstruación, no necesita método de respaldo.
- Si transcurrieron más de 12 días desde el comienzo de la menstruación, puede colocársele el DIU en cualquier momento si existe razonable certeza de que no esté embarazada. No necesita método de respaldo.

Cambiar de método

- Inmediatamente, si ha estado utilizando el método de manera correcta y sistemática o si, de otro modo, existe razonable certeza de que no esté embarazada. No necesita esperar a su próxima menstruación. No necesita un método de respaldo.
- Si está cambiando de inyectables, puede colocársele el DIU cuando hubiese correspondido la siguiente inyección. No necesita un método de respaldo.

Poco después del parto

- En cualquier momento en el plazo de las 48 horas posteriores al parto, incluso si fue un parto por cesárea. (Se requiere un proveedor con capacitación específica en la inserción posparto.) El menor número de expulsiones ocurre cuando se insertan justo después de la expulsión de la placenta (si es posible).
- Si pasaron más de 48 horas del parto, postergue la colocación del DIU no menos de 4 semanas después del parto.

Lactancia exclusiva o casi exclusiva

Menos de 6 meses después del parto

- Si no se ha restablecido su menstruación, puede colocársele el DIU en cualquier momento entre las 4 semanas y los 6 meses después del parto. No hay necesidad de método de respaldo.
- Si la menstruación se ha restablecido, puede colocársele el DIU como se indica para mujeres con su ciclo menstrual (ver arriba).

Situación de la mujer

Cuándo comenzar

Lactancia exclusiva o casi exclusiva (continuación)

Más de 6 meses después del parto

- Si no se ha restablecido su menstruación, puede colocársele el DIU en cualquier momento si existe una razonable certeza de que no esté embarazada. No hay necesidad de método de respaldo.
- Si la menstruación se ha restablecido, puede colocársele el DIU como se indica para mujeres con su ciclo menstrual (ver página anterior).

Lactancia parcial o no amamantando

Más de 4 semanas después del parto

- Si la menstruación no se ha restablecido, puede colocársele el DIU *si es posible determinar que no está embarazada*. No necesita método de respaldo.
- Si la menstruación se ha restablecido, puede colocársele el DIU como se indica para mujeres con su ciclo menstrual (ver página anterior).

Sin menstruación (no vinculado con parto o lactancia)

- En cualquier momento *si es posible determinar que no está embarazada*. No necesita método de respaldo.

Después de pérdida de embarazo o aborto

- Inmediatamente, si el DIU es colocado en los 12 días posteriores al aborto o pérdida de embarazo del primer o segundo trimestre y no hay infección presente. No necesita método de respaldo.
- Si pasaron más de 12 días del aborto o pérdida de embarazo del primer o segundo trimestre y no hay infección presente, puede colocársele el DIU en cualquier momento si existe una razonable certeza de que no esté embarazada. No necesita método de respaldo.
- Si hay infección presente, trate o remita a la paciente y ayúdela a elegir otro método. Si ella aún quiere el DIU, se lo puede colocar cuando la infección haya desaparecido completamente.
- La colocación del DIU después de un aborto o pérdida de embarazo del segundo trimestre requiere capacitación específica. Sin ésta, postergue la colocación hasta un mínimo de 4 semanas después del aborto o la pérdida.

Situación de la mujer

Cuándo comenzar

Para anticoncepción de emergencia

- En los 5 días posteriores al sexo sin protección.
- Cuando pueda calcularse el momento de la ovulación puede colocársele el DIU hasta 5 días después de la misma. Algunas veces puede ser más de 5 días después de sexo sin protección.

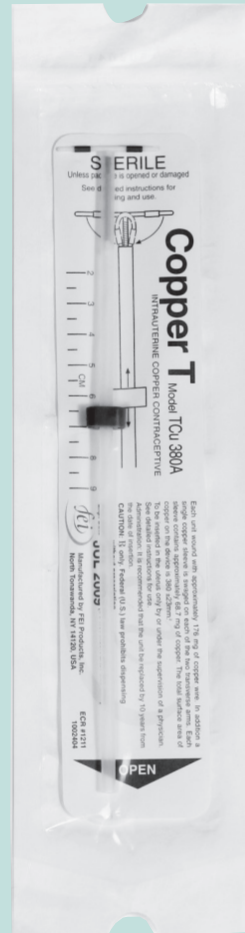
Después de tomar anticonceptivos orales de emergencia (AOE)

- Puede colocarse el DIU el mismo día en que toma los AOE. No hay necesidad de método de respaldo.

Prevención de infecciones en la inserción del DIU

El uso de una técnica de inserción adecuada puede ayudar a evitar muchos problemas, como infección, expulsión y perforación.

- Siga los procedimientos de prevención de infección apropiados.
- Utilice instrumentos estériles o sometidos a desinfección de alto nivel, mediante ebullición, vapor, o remojo en desinfectantes químicos.
- Utilice un DIU preesterilizado nuevo, envasado con su colocador.
- La mejor técnica es la de inserción “sin contacto”. Esto incluye no permitir que el DIU cargado o la sonda uterina toquen ninguna superficie no esterilizada (por ejemplo, manos, espéculo, vagina, superficie de la mesa). La técnica de inserción sin contacto implica:
 - Cargar el DIU en el dispositivo de colocación mientras está aún en su envase, para evitar tocarlo directamente
 - Limpiar minuciosamente el cérvix con antiséptico antes de la inserción del DIU
 - Tener cuidado de no tocar la pared de la vagina o las hojas del espéculo con la sonda uterina o el dispositivo de colocación cargado con el DIU
 - Pasar tanto la sonda uterina como el dispositivo de colocación cargado con el DIU sólo una vez por el canal cervical



Asesoramiento sobre los efectos secundarios

IMPORTANTE: Antes de la colocación del DIU debe brindarse un asesoramiento minucioso sobre las modificaciones del sangrado. El asesoramiento sobre los cambios en el sangrado puede ser la ayuda más importante que una mujer necesite para seguir usando el método.

Describe los efectos secundarios más comunes

- Cambios en su patrón de sangrado:
 - Menstruación prolongada y profusa
 - Sangrado irregular
 - Más calambres y dolor durante la menstruación

Dé una explicación sobre estos efectos secundarios

- Los cambios en el sangrado no son signos de enfermedad.
- En general, disminuyen después de los primeros meses de la colocación.
- La paciente puede regresar si algo le preocupa.

Colocación del DIU

Hable con la paciente antes del procedimiento

- Explique el procedimiento de colocación (ver p. 144).
- Muéstrela el espéculo, el tenáculo, el DIU y el dispositivo de colocación en su embalaje.
- Dígale que va a sentir alguna molestia o calambres durante el procedimiento y que eso es de esperarse.
- Pídale que diga si en algún momento siente dolor o molestia.
- Puede administrarle ibuprofeno (200–400 mg), paracetamol (325– 1000 mg), u otro analgésico 30 minutos antes de la colocación para ayudar a reducir los calambres y el dolor. No suministre aspirina ya que entelentece la coagulación sanguínea.

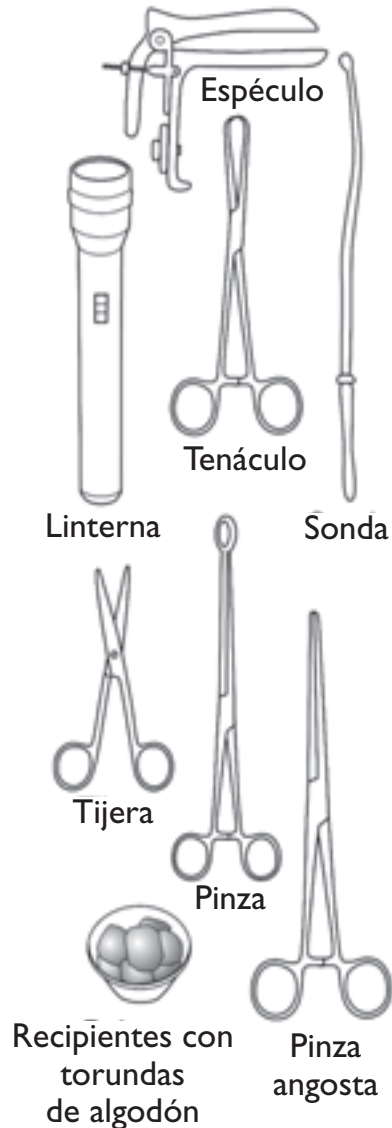
Hable con la paciente durante el procedimiento

- Dígale lo que está sucediendo, paso a paso, y tranquilícela.
- Alértela previo a un paso que pueda causarle dolor o que la pueda sorprender
- Cada tanto, pregúntele si siente dolor.

Explicación del procedimiento de colocación

Una mujer que ha elegido el DIU tiene que saber qué sucederá en el transcurso de su colocación. La siguiente descripción puede ayudar a explicarle el procedimiento. Aprender a colocar el DIU requiere capacitación y práctica bajo supervisión directa. Por lo tanto, esta descripción constituye un resumen y no instrucciones detalladas.

1. El proveedor realiza un examen pélvico para evaluar la elegibilidad (ver Preguntas de pesquisa del examen pélvico antes de colocar el DIU, p. 137). El proveedor realiza en primer término el examen bimanual y luego introduce un espéculo en la vagina para inspeccionar el cérvix.
2. El proveedor limpia el cérvix y la vagina con un antiséptico apropiado.
3. El proveedor introduce lentamente la pinza a través del espéculo y cierra el tenáculo sólo lo suficiente como para mantener fijos el cérvix y el útero.
4. El proveedor pasa lenta y suavemente la sonda uterina a través del cérvix para medir la profundidad y posición del útero.
5. El proveedor carga el DIU en el dispositivo de colocación mientras ambos están aún en su envase estéril.
6. El proveedor introduce lenta y suavemente el DIU y retira el dispositivo de colocación.
7. El proveedor corta los hilos del DIU, dejando que unos 3 centímetros queden colgando fuera del cérvix.
8. Después de la colocación, la mujer descansa. Permanece en la mesa de exámenes hasta que se sienta lista para vestirse.



Apoyo a la usuaria

Instrucciones específicas

Prevea calambres y dolor

- La paciente puede esperar algún calambre y dolor por unos días luego de la inserción.
- Sugiera ibuprofeno (200–400 mg), paracetamol (325–1000 mg), u otro analgésico, según se requiera.
- Puede esperarse, también, algún sangrado o manchas de sangre inmediatamente después de la colocación. Esto puede continuar durante 3 a 6 meses.

La mujer puede revisar los hilos

- Si quiere, cada tanto, la mujer puede revisar los hilos del DIU, en especial en los primeros meses y después de una menstruación, para confirmar que el DIU está en su lugar (ver Pregunta 10, p. 156).

Duración de la protección contra embarazo

- Analice cómo recordar la fecha de regreso.
- Si es posible, informe a cada mujer acerca de cómo realizar una tarjeta recordatoria como la que se muestra debajo y explique:
 - El tipo de DIU que tiene
 - Fecha de colocación del DIU
 - Mes y año en que corresponde retirar o sustituir el DIU
 - Dónde acudir si tiene preguntas o problemas con el DIU

Tarjeta recordatoria del DIU

Nombre de la paciente: _____

Tipo de DIU: _____

Fecha de colocación: _____

Retirado o sustituido por: Mes Año

Si tiene problemas o preguntas, diríjase a:

(Nombre y ubicación de la unidad de salud)

-
- Consulta de control**
- Se recomienda una consulta de seguimiento después de la primera menstruación o entre 3 y 6 semanas después de la colocación del DIU. Sin embargo no debe negarse el DIU a ninguna mujer porque le sea difícil o imposible concurrir a una consulta de control.
-

“Vuelva cuando quiera”: razones para volver

Transmítale a toda usuaria que será bienvenida en cualquier momento en que desee volver—por ejemplo, si tiene problemas, preguntas, o si quiere otro método, si ve algún cambio importante en su estado de salud. También si:

- Cree que el DIU está fuera de posición. Por ejemplo:
 - Nota que faltan los hilos.
 - Percibe que la parte de plástico duro del DIU sale parcialmente.
- Tiene síntomas de enfermedad pélvica inflamatoria (dolor intenso o en aumento en el bajo abdomen, dolor durante el sexo, secreción vaginal inusual, fiebre, escalofríos, náuseas y/o vómitos), en especial en los primeros 20 días posteriores a la colocación.
- Cree que puede estar embarazada.

Consejo general de salud: Toda persona que sienta repentinamente que algo está muy mal con su salud deberá consultar inmediatamente a un médico o personal de enfermería. Lo más probable es que el método anticonceptivo no sea la causa de esa situación, pero debe comunicarle al personal de enfermería o al médico el método que está utilizando.

Ayuda a usuarias continuas

Consulta de seguimiento post colocación (3 a 6 semanas)

- 1.** Pregunte a la usuaria cómo le va con su método y si está satisfecha. Pregúntele si tiene dudas o alguna observación.
- 2.** En especial, pregúntele si está preocupada por cambios en el sangrado. Sumínístrele cualquier información o ayuda que necesite (ver Manejo de problemas, p. 149).
- 3.** Pregúntele si tiene:
 - Dolor intenso o en aumento en el abdomen inferior, dolor durante el sexo o al orinar
 - Flujo vaginal inusual
 - Fiebre o escalofríos
 - Signos o síntomas de embarazo (por síntomas y signos comunes, ver p. 371)
 - No logra palpar los hilos (si los ha controlado)
 - Siente que el plástico duro del DIU está parcialmente salido

4. En la consulta de control no se requiere examen pélvico de rutina. Sin embargo, podría corresponder en algunas circunstancias o para algunas usuarias. Realice un examen pélvico en particular si las respuestas de la paciente le hacen sospechar:
 - Una infección de transmisión sexual o una enfermedad pélvica inflamatoria
 - El DIU se ha salido parcial o totalmente

En toda consulta

1. Pregunte a la usuaria cómo le va con el método y con los cambios en el sangrado (ver Consulta de seguimiento post colocación, puntos 1 y 2, página anterior).
2. Pregunte a la usuaria de larga data si ha tenido algún problema nuevo de salud. Refiérase a los problemas si corresponde. Para problemas nuevos de salud que puedan requerir cambiar de método, ver p. 153.
3. Pregunte a la usuaria de larga data si hay cambios importantes en su vida que puedan afectar sus necesidades—en particular, planes de tener hijos y riesgo de ITS/VIH. Haga el control necesario.
4. Recuérdele por cuánto tiempo más la protegerá del embarazo el DIU.

Extracción del dispositivo intrauterino

IMPORTANTE: Si la mujer lo solicita, cualesquiera sean sus razones, médicas o personales, el proveedor no debe negar ni postergar la extracción del DIU. Todo el equipo debe comprender y aceptar que la usuaria no debe ser presionada a seguir utilizando el DIU.

Si la mujer encuentra algunos efectos secundarios difíciles de tolerar, primero hable con ella sobre los problemas que tiene (ver Manejo de problemas, p. 149). Vea si prefiere intentar manejar esos problemas o si prefiere que le extraigan el DIU de inmediato.

En general es sencillo extraer el DIU. Puede hacerse en cualquier momento del mes. La extracción puede ser más sencilla durante la menstruación, cuando el cuello uterino está distendido naturalmente. En casos de perforación uterina, o si la extracción no resulta sencilla, remita a la paciente a un médico con experiencia capaz de utilizar una técnica de extracción apropiada.

Explicación del procedimiento de extracción

Antes de retirar el DIU, explique lo que sucederá durante la extracción:

1. El proveedor introduce el espéculo para ver el cérvix y los hilos del DIU y limpia cuidadosamente el cérvix y la vagina con una solución aséptica, como yodo.
2. El proveedor solicita a la paciente que respire lenta y profundamente y que se relaje. Le solicita a la mujer que avise si siente dolor en algún momento del procedimiento.
3. El proveedor tira lenta y suavemente de los hilos del DIU con una pinza angosta hasta que éste salga completamente del cérvix.

Cambiar del DIU a otro método

Estas pautas aseguran la protección ininterrumpida de la paciente frente al embarazo cuando cambia de un DIU de cobre o un DIU con hormonas a otro método. Ver, también, Cuándo comenzar con cada método.

Cambio a	Cuándo comenzar
Anticonceptivos orales combinados (AOC), Anticonceptivos orales de progestágeno solo (AOP), inyectables de progestágeno solo, inyectables mensuales parche combinado, anillo vaginal combinado, o implantes	<ul style="list-style-type: none">• Si comienza durante los primeros 7 días de la menstruación (primeros 5 días para AOC y AOP), empiece con el método hormonal ahora y retire el DIU. No necesita método de respaldo.• Si comienza después de los primeros 7 días de la menstruación (después de los 5 primeros días para AOC y AOP) y ha tenido sexo después de su última menstruación, empiece con el método hormonal ahora. Es recomendable mantener el DIU colocado hasta su próxima menstruación.• Si comienza después de los primeros 7 días de la menstruación (después de los primeros 5 días para AOC y AOP) y no ha tenido sexo después de su última menstruación, puede mantenerse el DIU colocado y extraerse durante su próxima menstruación, o puede extraerse el DIU y la paciente utilizar un método de respaldo* durante los próximos 7 días (2 días para AOPs).
Condomes masculinos o femeninos, espermicidas, diafragmas, capuchones cervicales, o retiro	<ul style="list-style-type: none">• Inmediatamente, la próxima vez que tenga sexo después de extraerse el DIU.
Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad	<ul style="list-style-type: none">• Inmediatamente después extraerse el DIU.
Esterilización femenina	<ul style="list-style-type: none">• Si comienza durante los primeros 7 días de la menstruación, retire el DIU y realice el procedimiento de esterilización femenina. No hay necesidad de método de respaldo.• Si comienza después de los primeros 7 días de la menstruación, realice el procedimiento de esterilización. El DIU puede mantenerse colocado hasta su consulta de control o su próxima menstruación. Si no es posible una consulta de control, retire el DIU al momento de la esterilización. No necesita método de respaldo.

* Los métodos de respaldo incluyen la abstinencia, condones masculino y femenino, espermicidas y retiro. Dígame que los espermicidas y el retiro son los métodos anticonceptivos menos eficaces. De ser posible, suminístrele condones.

Cambio a

Cuándo comenzar

Vasectomía

- En cualquier momento
- La mujer puede conservar el DIU durante 3 meses después de la vasectomía de su pareja, para seguir evitando el embarazo hasta que ésta sea completamente eficaz.

Manejo de problemas

Problemas informados como efectos secundarios o complicaciones

Pueden, o no, deberse al método.

- Los problemas provocados por los efectos secundarios y las complicaciones afectan la satisfacción de la mujer y el uso de los DIU. Hay que prestarles atención. Si la usuaria relata efectos secundarios o complicaciones, escuche sus inquietudes, asesórela y si corresponde, trátela.
- Ofrézcase a ayudar a la usuaria a elegir otro método—ahora, si ella lo desea, o más adelante si no logra superar los problemas.

Sangrado prolongado o profuso (el doble de lo habitual o más de 8 días)

- Tranquilícela diciéndole que muchas mujeres que utilizan DIU presentan sangrado profuso o prolongado. No hace daño y en general se hace más leve o desaparece después de unos pocos meses de uso.
- Se puede lograr un alivio modesto y breve con (uno a la vez):
 - Ácido tranexámico (1500 mg) 3 veces al día durante 3 días, luego 1000 mg una vez al día durante 2 días, comenzando cuando empiece el sangrado profuso.
 - Antiinflamatorio no esteroideo (AINE) como ibuprofeno (400 mg) o indometacina (25 mg) 2 veces por día después de las comidas durante 5 días, comenzando cuando empiece el sangrado profuso. Otros AINE—excepto aspirina—también pueden brindar algún alivio al sangrado profuso o prolongado.
- Si es posible, suminístrele comprimidos de hierro y recalque la importancia de ingerir alimentos con hierro (ver Posible anemia, p. 150).
- Si el sangrado profuso o prolongado continúa o aparece después de varios meses de sangrado normal o mucho tiempo después de colocado el DIU, o si usted sospecha que algo anda mal por alguna otra razón, piense en alguna patología subyacente no vinculada al uso del método (ver Sangrado vaginal inexplicado, p. 153).

Sangrado irregular (sangrado en momentos inesperados que molesta a la usuaria)

- Aclárele que muchas mujeres que utilizan DIU presentan sangrado irregular. No es perjudicial y en general se hace más leve o desaparece después de unos pocos meses de uso.

- Se puede alcanzar un alivio modesto y breve con AINEs tales como ibuprofeno (400 mg) o indometacina (25 mg) 2 veces al día después de las comidas durante 5 días, comenzando cuando empiece el sangrado irregular.
- Si el sangrado irregular continúa o aparece después de varios meses de sangrado normal, o mucho tiempo después de colocado el DIU, o si usted sospecha que algo anda mal por alguna otra razón, piense en alguna patología subyacente no vinculada con el uso del método (ver Sangrado vaginal inexplicado, p. 153).

Calambres y dolor

- Pueden esperarse ciertos calambres y dolor durante 1 ó 2 días después de la colocación del DIU.
- Explique que los calambres también son comunes en los primeros 3 a 6 meses de uso del DIU, en particular durante la menstruación. En general, esto no es perjudicial y generalmente disminuye con el tiempo.
- Sugiera aspirina (325–650 mg), ibuprofeno (200–400 mg), paracetamol (325–1000 mg), u otro analgésico. Si la paciente presenta también sangrado profuso o prolongado debe evitar el uso de aspirina, ya que puede aumentar el sangrado.

Si los calambres continúan y ocurren fuera de la menstruación:

- Evalúe buscando patologías subyacentes y trate o remita a la usuaria.
- Si no se encuentra ninguna patología subyacente y los calambres son intensos, considere la posibilidad de retirar el DIU.
 - Si al retirar el DIU observa que se ha alterado su aspecto, o si es difícil extraerlo, lo que sugiere que no estaba en la posición correcta, explique a la paciente que puede colocarse un nuevo DIU y que posiblemente no le va a provocar esos calambres.

Posible anemia

- Si una mujer tiene ya un bajo nivel de hierro en la sangre antes de colocarse un DIU, el DIU de cobre puede aumentar la anemia al provocar menstruaciones más profusas.
- Preste especial atención a usuarias con los siguientes signos o síntomas:
 - Palidez del interior de los párpados o del lecho ungueal, fatiga o debilidad, mareos, irritabilidad, cefaleas, zumbidos en los oídos, ardor de lengua y uñas quebradizas.
 - Si puede hacer un análisis de sangre, compruebe si la hemoglobina es menor de 9 g/dl o hematocrito menor de 30.
- Si es posible, adminístrele suplementos de hierro.
- Dígale que es importante que ingiera alimentos con hierro, como carnes y aves (especialmente carne vacuna e hígado de pollo), pescado, verduras de hojas verdes y legumbres (frijoles, tofu, lentejas y arvejas).

La pareja percibe los hilos del DIU durante el sexo

- Explique que esto sucede a veces cuando se han cortado los hilos demasiado cortos.
- Si la pareja encuentra que le molestan los hilos, describa las opciones posibles:
 - Se pueden cortar los hilos aún más, de modo que no se asomen por el canal cervical. La pareja no sentirá más los hilos, pero la mujer no podrá revisar en adelante los hilos del DIU.
 - Si la mujer desea tener la posibilidad de revisar los hilos, puede retirarse el DIU y colocarse uno nuevo. (Para evitar molestias, los hilos deberían cortarse de modo que unos 3 centímetros sobresalgan del cérvix.)

Dolor intenso en el abdomen inferior (sospecha de enfermedad pélvica inflamatoria [EPI])

- Algunos signos y síntomas comunes de EPI pueden aparecer también con otras patologías abdominales, como el embarazo ectópico. Si logra descartar el embarazo ectópico, haga los exámenes para EPI.
- Si es posible, realice exámenes abdominales y pélvicos (para signos del examen pélvico que puedan indicar EPI, ver Signos y síntomas de afecciones graves, p. 319).
- Si no es posible realizar un examen pélvico y la paciente presenta una combinación de los siguientes signos y síntomas además de dolor en el abdomen inferior, sospeche una EPI:
 - Secreción vaginal inusual
 - Fiebre o escalofríos
 - Dolor durante el sexo o al orinar
 - Sangrado después del sexo o entre menstruaciones
 - Náuseas y vómitos
 - Tumoración pélvica dolorosa
 - Sensibilidad a la palpación del abdomen (dolor abdominal directo) o al soltar repentinamente después de presionar suavemente (dolor de rebote)
- Trate la EPI, o remita a la paciente inmediatamente para tratamiento:
 - Debido a las graves consecuencias de una EPI, los proveedores de atención a la salud deben tratar todos los casos sospechosos, basándose en los signos y síntomas descritos anteriormente. Debe iniciarse el tratamiento lo antes posible. La prevención de complicaciones a largo plazo será más eficaz si se administran los antibióticos adecuados de manera inmediata.
 - Trate la gonorrea, clamidia y las infecciones bacterianas anaeróbicas. Asesore a la paciente sobre el uso del condón y si es posible, suminístreselos.
 - No hay necesidad de extraerse el DIU si ella desea seguir usándolo. Si la mujer desea que se lo extraigan, hágalo antes de empezar el tratamiento con antibióticos. (Si se extrae el DIU, ver Cambiar del DIU a otro método, p. 148.)

Dolor intenso en el abdomen inferior (sospecha de embarazo ectópico)

- Existen muchas patologías que pueden causar dolor abdominal severo. Esté particularmente alerta a otros signos o síntomas de embarazo ectópico, ya que si bien es raro y no es causado por el DIU, puede presentar riesgo de muerte (ver Pregunta 11, p. 156).
- En las etapas iniciales del embarazo ectópico los síntomas pueden ser inexistentes o leves, pero pueden volverse graves con el tiempo. Una combinación de estos signos o síntomas debería hacer crecer la sospecha de embarazo ectópico:
 - Dolor o sensibilidad abdominal inusuales
 - Sangrado vaginal anormal o ausencia de menstruación—en especial si este cambio constituye una modificación de los patrones de sangrado
 - Vahídos o mareos
 - Desvanecimiento
- En caso de sospecha de embarazo u otra afección grave, remítala para su diagnóstico y atención inmediatos. (Para más información acerca de embarazos ectópicos, ver Esterilización femenina, manejo del embarazo ectópico, p. 179).
- Si la paciente no presenta estos signos o síntomas adicionales, realice los exámenes para enfermedad pélvica inflamatoria (ver Dolor intenso en el abdomen inferior, p. 151).

Sospecha de perforación uterina

- Si existe sospecha de perforación en el momento de la colocación o de la utilización de la sonda en el útero, detenga el procedimiento de inmediato (y extraiga el DIU si ya lo colocó). Observe a la paciente minuciosamente en la clínica:
 - Mantenga a la paciente en reposo en cama durante la primera hora y revise sus signos vitales (tensión arterial, pulso, respiración y temperatura) cada 5 a 10 minutos.
 - Si después de una hora la mujer se mantiene estable, examínela si es posible, en búsqueda de sangrado intraabdominal, por ejemplo, niveles bajos de hematocrito o hemoglobina, además de sus signos vitales. Manténgala en observación durante unas horas más. Si no presenta signos ni síntomas, puede mandarla a casa, pero la paciente deberá abstenerse de sexo por 2 semanas. Ayúdela a elegir otro método.
 - Si la paciente presenta aceleración del pulso y disminución de la tensión arterial, o aparición de nuevos dolores o dolor en aumento en la zona del útero, remítala a un nivel de atención superior.
 - Si durante las 6 semanas después de la colocación existe sospecha de perforación uterina, o si aparece luego una sospecha y presenta síntomas, remita a la paciente para ser evaluada por un médico con experiencia en la extracción de estos dispositivos (ver Pregunta 6, p. 155).

Si el DIU se sale parcialmente (expulsión parcial)

- Si el DIU se sale parcialmente, extráigalo. Analice con la paciente si ella quiere otro DIU o un método diferente. Si quiere otro DIU, puede colocárselo en cualquier momento en que exista razonable certeza de que no está embarazada. Si la paciente no desea continuar utilizando un DIU, ayúdela a elegir otro método.

El DIU se sale por completo (expulsión completa)

- Si la paciente relata que el DIU se ha salido por completo, analice si ella quiere otro DIU o un método diferente. Si quiere otro DIU, puede colocárselo en cualquier momento en que exista razonable certeza de que no está embarazada.
- Si se sospecha de una expulsión completa pero la paciente no sabe si se le ha salido por completo, envíela a radiología o ecografía para examinar si el DIU pudiera haberse movido a la cavidad abdominal. Déle un método de respaldo* para que utilice mientras tanto.

No están los hilos (sugiriendo un posible embarazo, perforación uterina, o expulsión)

- Pregúntele a la paciente:
 - Si vio salirse el DIU y cuándo
 - Cuándo notó los hilos por última vez
 - Cuándo tuvo su última menstruación
 - Si tiene síntomas de embarazo
 - Si ha utilizado un método de respaldo desde que percibió que le faltaban los hilos
- Sea suave, comience siempre con procedimientos menores y seguros. Utilizando las pinzas, busque los hilos en los pliegues del canal cervical. Cerca de la mitad de los hilos que faltan pueden encontrarse en el canal cervical.
- Si no se puede ubicar los hilos en el canal cervical, es que han subido al útero o que el DIU ha sido expulsado en forma inadvertida. Descarte el embarazo antes de intentar procedimientos más invasivos. Remita a la paciente para su evaluación. Déle un método de respaldo para utilizar mientras tanto, por si el DIU se ha salido.

Nuevos problemas que pueden requerir cambiar de método

Pueden o no deberse al método.

Sangrado vaginal inexplicado (que sugiere una patología médica no vinculada con el método)

- Remita a la paciente o evalúela en base a los antecedentes y el examen pélvico. Diagnostíquela y trátela si corresponde.
- Puede seguir utilizando DIU mientras se evalúa su condición.
- Si el sangrado es causado por una infección de transmisión sexual o por una enfermedad pélvica inflamatoria, la mujer podrá seguir utilizando el DIU durante el tratamiento.

Sospecha de embarazo

- Evalúe en busca de embarazo, incluso embarazo ectópico.
- Explique que el DIU en el útero durante el embarazo aumenta el riesgo de parto prematuro o de pérdida de embarazo, incluida la pérdida de embarazo infectada (séptica) durante el primer o segundo trimestre, lo que puede amenazar la vida.

* Los métodos de respaldo incluyen la abstinencia, condones masculino y femenino, espermicidas y retiro. Dígale que los espermicidas y el retiro son los métodos anticonceptivos menos eficaces. De ser posible, suminístrele condones.

- Si la mujer no desea continuar el embarazo, asesórela según las pautas del programa.
- Si continúa con el embarazo:
 - Adviértale que es mejor extraer el DIU.
 - Explique los riesgos de un embarazo con el DIU colocado. La extracción temprana del DIU reduce estos riesgos, a pesar de que el procedimiento en sí implica un pequeño riesgo de pérdida del embarazo.
 - Si ella accede a la extracción, extraiga el DIU con delicadeza o remita a la paciente para su extracción.
 - Explíquele que debe regresar de inmediato en caso de que aparezca algún signo de pérdida de embarazo o pérdida de embarazo séptica (sangrado vaginal, calambres, dolor; flujo vaginal anormal, o fiebre).
 - Si elige mantener el DIU, su embarazo debe ser seguido de cerca por una enfermera o un médico. Deberá ver inmediatamente una enfermera o un médico si desarrolla signos de pérdida séptica de embarazo.
- Si no se pueden hallar los hilos del DIU en el canal cervical y no se puede recuperar el DIU con seguridad, si es posible, solicite una ecografía para determinar si el DIU aún está en el útero. Si es así, o si no hay ecografía disponible, su embarazo debería seguirse de cerca. Si desarrolla o presenta signos de pérdida séptica de embarazo, debe consultar inmediatamente.

Preguntas y respuestas sobre el dispositivo intrauterino

1. ¿El DIU provoca enfermedad pélvica inflamatoria (EPI)?

Por sí mismo, el DIU no causa EPI. La gonorrea y la clamidia son las causas primarias directas de EPI. Sin embargo, la inserción del DIU cuando la mujer tiene gonorrea o clamidia puede conducir a EPI. Esto no sucede a menudo. Cuando sucede, es más frecuente que ocurra en los primeros 20 días de la inserción. Se ha estimado que, en un grupo de pacientes en el que las ITS son comunes y las preguntas de pesquisa han identificado la mitad de los casos de ITS, podría haber 1 caso de EPI por cada 666 DIU colocados (o menos de 2 por 1000) (ver Evaluación de la mujer por riesgo de infecciones de transmisión sexual, p. 138).

2. ¿Pueden utilizar el DIU las mujeres jóvenes y de edad más avanzada?

Sí. No existe un límite máximo ni mínimo en la edad. El DIU debe extraerse una vez alcanzada la menopausia—durante los 12 meses posteriores a la última menstruación (ver Mujeres próximas a la menopausia, p. 272).

3. Si una usuaria actual presenta una infección de transmisión sexual (ITS), o ha quedado en muy alto riesgo de infectarse con una ITS, ¿se le debe retirar el DIU?

No. Si una mujer presenta una nueva ITS después de colocarse un DIU, no está especialmente en riesgo de desarrollar una EPI por causa del DIU. Puede seguir utilizando el DIU mientras se la trata por la ITS. El extraer el DIU no representa ningún beneficio y puede dejarla en riesgo de un embarazo no deseado. Asesórela en el uso del condón y en otras estrategias destinadas a evitar las ITS en el futuro.

4. ¿Los DIU hacen infértil a la mujer?

No. Una vez retirado el DIU, la mujer puede quedar embarazada tan pronto como otra que nunca haya utilizado un DIU, sin perjuicio de que la fertilidad decrece con los años de edad. Hay estudios de buena calidad que han encontrado que no existe un mayor riesgo de infertilidad entre mujeres que han utilizado DIU, incluidas las mujeres jóvenes y mujeres sin hijos. Sin embargo, tenga o no la mujer un DIU, si desarrolla una EPI y ésta no es tratada, existe cierta probabilidad de que se vuelva infértil.

5. ¿Puede utilizar el DIU una mujer que no ha tenido hijos?

Sí. En general, una mujer que no ha tenido hijos puede utilizar el DIU, pero deberá comprender que será más propensa a que el DIU se le salga, debido a que su útero probablemente sea más pequeño que el de una mujer que sí ha tenido hijos.

6. ¿Es posible que el DIU se desplace del útero de la mujer a otras partes del cuerpo, como el corazón o el cerebro?

El DIU nunca se desplaza al corazón, al cerebro, ni a ninguna otra parte del cuerpo fuera del abdomen. Normalmente, el DIU permanece dentro del útero como una semilla dentro de su vaina. Rara vez, el DIU puede atravesar la pared del útero hacia la cavidad abdominal. Esto, en general, se debe a un error en la colocación. Si se descubre eso dentro de aproximadamente 6 semanas de la colocación, o si en cualquier momento causa síntomas, el DIU debe ser retirado mediante cirugía laparoscópica o por laparotomía. Sin embargo, por lo general, el DIU fuera de sitio no causa problemas y debe dejarse donde está. La mujer deberá usar otro método anticonceptivo.

7. ¿La mujer debe tomarse un “período de descanso” después de utilizar su DIU durante varios años o después de alcanzar la fecha recomendada de extracción de su DIU?

No. Esto no es necesario y podría ser perjudicial. Extraer el DIU viejo y colocar el nuevo de inmediato presenta menos riesgo de infección que 2 procedimientos separados. Además, la mujer podría quedar embarazada durante el “período de descanso” antes de colocarse el nuevo DIU.

8. ¿Hay que administrar antibióticos de rutina antes de la colocación del DIU?

No, en general no. La mayor parte de las investigaciones realizadas donde las ITS no son comunes sugieren que el riesgo de EPI es bajo con o sin antibióticos. Cuando se utilizan las preguntas adecuadas de pesquisa para ITS y la colocación del DIU es realizada con procedimientos apropiados de prevención de infecciones (como la técnica de colocación sin contacto), existe bajo riesgo de infección. Sin embargo, los antibióticos deben ser una opción en áreas en que las ITS sean comunes y el tamizaje de ITS limitado.

9. ¿Debe colocarse el DIU únicamente durante la menstruación?

No. Para la mujer que está presentando sus ciclos menstruales, se puede colocar el DIU en cualquier momento del ciclo si se tiene una certeza razonable de que no está embarazada. La menstruación puede ser un buen momento para la colocación del DIU porque da la certeza de que no está embarazada y la inserción resulta más fácil. Sin embargo, durante la menstruación no es tan fácil percibir signos de infección.

10. ¿Debe negarse el DIU a una mujer porque no desea controlar los hilos de su DIU?

No. No debe negársele el DIU a una mujer porque no quiera controlar los hilos de su DIU. Se ha exagerado la importancia de revisar los hilos del DIU. No es común que el DIU se salga y es raro que se salga sin que la mujer lo advierta.

Las mayores posibilidades de salirse se presentan durante los primeros meses de colocado el DIU, durante la menstruación, entre mujeres que se lo colocaron inmediatamente después de un parto, un aborto de segundo o tercer trimestre, o pérdida de embarazo y entre mujeres que nunca han estado embarazadas. La mujer puede revisar los hilos del DIU si quiere tener la seguridad de que está en su sitio. O si no quiere controlar sus hilos, puede fijarse cuidadosamente si se le ha salido el DIU más o menos en el primer mes y en el curso de la menstruación.

11. ¿El DIU aumenta el riesgo de embarazo ectópico?

No. Al contrario, el DIU reduce considerablemente el riesgo de embarazo ectópico. El embarazo ectópico es raro entre usuarias de DIU. La tasa de embarazos ectópicos entre mujeres con DIU es de 12 por 10.000 mujeres por año. La tasa de embarazos ectópicos entre mujeres que no utilizan métodos anticonceptivos en los Estados Unidos es de 65 por 10.000 mujeres por año.

En las raras ocasiones en que el DIU falla y ocurre el embarazo, 6 a 8 de cada 100 de esos embarazos son ectópicos. Por lo tanto, la mayor parte de los embarazos después de fallar el DIU no son ectópicos. Aún así, el embarazo ectópico puede suponer riesgo de muerte, por lo que el proveedor deberá estar prevenido de que el embarazo ectópico es posible si llega a fallar el DIU.