



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
DELEGACIÓN NORTE DEL DISTRITO FEDERAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.94



**CAUSAS DE RETIRO DEL DISPOSITIVO INTRAUTERINO EN PACIENTES EN
EDAD REPRODUCTIVA**

T E S I S

PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

Médico Residente del
Curso de Especialización en Medicina Familiar
Dra. Lizbeth Itzel Villagrana Flores
Unidad de Medicina Familiar No.94 IMSS
Matrícula: 98364313
E-mail: vfli@hotmail.com
Tel: 57809178

DIRECTOR DE TESIS:

Dr. Guillermo Arroyo Fregoso
Unidad de Medicina Familiar No.94 IMSS
E-mail: Guillermo.arroyomss.gob.mx
Tel.: 51200616

ASESOR DE TESIS:

Dr. Rodrigo Villaseñor Hidalgo
Unidad de Medicina Familiar No.94 IMSS
Matrícula: 99366361
E-mail: rodriguin60@hotmail.com
Tel.: 51200616:

México D.F. Agosto 2014



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Autorizaciones

Número de Registro del Proyecto No

Dr. Victor Manuel Aguilar
Coordinador Delegacional de Investigación en Salud

Dr. Humberto Pedraza Mendez
Coordinadora Delegacional de Educación en Salud

Dr. Alejandro Hernandez Flores
Director de la UMF No. 94 IMSS

Dr. Guillermo Arroyo Fregoso
Coordinador de Educación e Investigación en Salud UMF No.94 IMSS

Dra. Esther Azcarate García
Profesora Titulat del Curso de Especialización en Medicina Familiar
Unidad de Medicina Familiar No.94

AGRADECIMIENTOS

Con todo mi cariño y mi amor para las personas que hicieron todo en la vida para que yo pudiera lograr mis sueños, por motivarme y darme la mano cuando sentía que el camino se terminaba, a ustedes mis padres y hermanas por siempre mi corazón y mi agradecimiento.

A mis maestros que en este andar por la vida, influyeron con sus lecciones y experiencias en formarme como una persona de bien y preparada para los retos que pone la vida, a todos y cada uno de ellos les dedico cada una de estas paginas de mi tesis.

Gracias.

RESUMEN

Antecedentes: Planificación Familiar se expresa en una manera de pensar y de vivir, adoptada voluntariamente por los individuos y sus parejas basándose en conocimientos, actitudes y decisiones, tomadas con sentido de responsabilidad, para promover la salud y el bienestar de la familia. Diversas barreras socioculturales suelen interponerse a la aceptación de los distintos métodos de planificación familiar, tales como la autonomía de la mujer, normas, mitos en torno a los diferentes métodos, cuestiones de género, discriminación, acceso a los servicios y programas de salud en términos de situación geográfica y costo; los cuales se presentan en mayor o menor medida dependiendo del estado de desarrollo de la población.

Objetivo: Determinar las causas de retiro de Dispositivo Intrauterino en pacientes en edad reproductiva en una unidad de primer nivel.

Material y métodos: Es un estudio descriptivo, prolectivo, transversal y observacional realizado en mujeres usuarias del DIU en edad reproductiva bajo consentimiento informado que acuden al servicio de planificación familiar en la Unidad de Medicina Familiar número 94 del Instituto Mexicano del Seguro Social, indagando antecedentes y la causa de abandono del su método, mediante la aplicación de un cuestionario expofeso compuesto por 13 preguntas.

Resultados:

Conclusiones:

Palabras clave:

Planificación Familiar, DIU, Edad reproductiva, Mitos, Efectos Secundarios.

¹ Médico Residente del Curso de Especialización en Medicina Familiar en la UMF No. 94 IMSS, México

² Especialista en Medicina Familiar, Profesor del Curso de Especialización en Medicina Familiar UMF No. 94 IMSS-UNAM, México

³ Especialista en Medicina Familiar, Médico Familiar en la UMF No. 94 IMSS, México

INDICE	Pág.
Introducción.....	6
Marco Teórico.....	7
Antecedentes científicos.....	23
Planteamiento del problema.....	24
Pregunta de investigación.....	25
Objetivo del estudio.....	26
Expectativa Empírica.....	26
Metodología.....	26
Identificación de variables.....	26
Diseño de estudio.....	26
Universo de trabajo.....	26
Población de estudio.....	27
Muestra.....	27
Determinación estadística del tamaño de la muestra.....	27
Tipo de muestreo.....	27
Procedimiento para la integración de la muestra.....	27
Criterios de selección: criterios de inclusión y no inclusión.....	28
Hoja de recolección de la información.....	28
Descripción del programa de trabajo.....	28
Análisis estadístico.....	29
Difusión del estudio.....	16
Consideraciones éticas del estudio.....	29
Resultados.....	30
Conclusiones.....	30
Sugerencias.....	30
Bibliografía.....	31
Anexos: cuadro de variables, hoja de recolección de información, Cronograma de estudio y carta de consentimiento informado.....	28

INTRODUCCION:

Uno de los programas prioritarios dentro del sector salud es la Planificación Familiar, en donde el contexto del nuevo concepto de salud sexual y reproductiva, la planificación familiar se convierte en uno de los elementos más importantes en esta área, ya que permite a la pareja y a la mujer en particular, hacer uso de sus derechos sexuales y reproductivos para escoger libre y responsablemente el número y espaciamiento de sus hijos; la planificación familiar bajo este enfoque favorece la libre decisión sobre el comportamiento sexual y reproductivo, incidiendo favorablemente sobre el bienestar y salud de las personas y de la familia.

El descenso de la fecundidad ocurrido en México desde mediados de los años setenta es la manifestación más concreta del proceso de apropiación de la población mexicana de uno de los derechos humanos fundamentales: la libertad de decidir acerca de cuántos hijos tener y cuándo tenerlos. Se estima que la fecundidad alcanzó su nivel máximo histórico a mediados de la década de los sesenta; en las siguientes décadas los logros alcanzados en materia de salud, educación y en el mejoramiento de la condición social de la mujer, contribuyeron a impulsar la caída acelerada de la fecundidad.

Diversas barreras socioculturales que suelen interponerse a la aceptación de los distintos métodos de planificación familiar, tales como la autonomía de la mujer, las normas socioculturales, los mitos y rumores en torno al método de planificación familiar del que se brinda consejería, las cuestiones de género y discriminación, y el acceso a los programas de salud en términos de situación geográfica y costo, los cuales se presentan en mayor o menor medida dependiendo del estado de desarrollo de la población.

Cabe señalar que los mitos no solo son el resultado de la cultura popular, también son creados o reforzados intencionalmente con el fin de sustentar determinadas posturas u opiniones. Hay pequeños grupos de la sociedad, especialmente vinculados a algunas religiones que consideran que las relaciones sexuales tienen que estar siempre orientadas a la reproducción y que deben darse únicamente dentro del matrimonio; en consecuencia, cualquier mecanismo que impida este mandato se asume como una ofensa o como algo que no debería ocurrir. Esto lleva a que pequeños sectores que asumen estos principios piensen que los métodos anticonceptivos atentan contra esta forma de mirar la vida y en función

de ello desarrollan determinadas campañas que tergiversan la información basada en evidencias científicas.

En las instituciones de salud, el problema suele limitarse a la falta de autonomía de la mujer en cuanto a sus decisiones reproductivas y a los mitos generados en torno a los métodos de planificación familiar, sin embargo, existen pocas referencias nacionales en las cuales se defina estadísticamente cuál o cuáles son los motivos por los que las pacientes rechazan los métodos de planificación familiar.

MARCO TEORICO:

Como Planificación Familiar se entiende una manera de pensar y de vivir adoptada voluntariamente por los individuos y sus parejas basándose en conocimientos, actitudes y decisiones, tomadas con sentido de responsabilidad, para promover la salud y el bienestar de la familia; secundariamente, de la comunidad así como en el derecho de los individuos y de las parejas a regular su fertilidad, esto fundamentado en las áreas de salud, los derechos humanos y la demografía.

El deseo para extender la planificación familiar ha traído grandes avances dirigidos a mejorar la salud y el bienestar de la persona, evitando las consecuencias de las altas tasas de crecimiento de la población, siendo este el fundamento de la necesidad de tener métodos de anticoncepción de manera más accesible.

Existen grandes áreas geográficas en las que todavía no se cumplen las necesidades mínimas a pesar de la evolución en las políticas y los programas de planificación familiar en todo el mundo, ya que se interponen múltiples factores, dentro de los más destacados encontramos los motivos ideológicos, religiosos y económicos; uno de los grandes factores es la falta de información y la difusión sobre los mitos de los efectos secundarios con respecto a los métodos empleados. ⁽¹⁾

La planificación familiar y la anticoncepción se consideran intervenciones en salud pública que han demostrado una amplia variedad de beneficios potenciales en la salud, el desarrollo social y económico de las comunidades.

En México en el año 1974 se establece el Programa Oficial de Planificación Familiar con el desarrollo de actividades en zonas urbanas, las cuales se extendieron a las zonas rurales, en estas últimas el desarrollo fue en menor porcentaje.

El Programa Sectorial de Salud (PROSESA) 2007-2012, ha planteado la importancia de fortalecer las acciones de promoción de la salud, específicamente la salud sexual y reproductiva, para que la población ejerza una sexualidad libre, responsable, e informada sobre el número y espaciamiento de los hijos, de acuerdo con el artículo 4° de nuestra Constitución, por lo que en coordinación con el Consejo Nacional de Población, se fortalecerán las estrategias de información y comunicación en los grupos con mayor demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos, en particular el aumento de adopción de anticonceptivos post evento obstétrico e incrementar el número de usuarias de métodos anticonceptivos en edad fértil. ⁽²⁾

La Norma Oficial Mexicana (NOM 005) de los Servicios de Planificación Familiar, modificada en 2004, describe las disposiciones generales y especificaciones técnicas para la prestación de los servicios de planificación familiar. Su aplicación tiene como objeto unificar los principios, criterios de operación, políticas y estrategias para los servicios en México, dentro de un marco de absoluta libertad y respeto a la decisión de los individuos, basada en la aplicación del enfoque de Salud Reproductiva. ⁽³⁾

La reproducción y el ejercicio de la sexualidad deberían ser siempre actos deseados y planificados. Las expectativas reproductivas de las mujeres están influenciadas por la cultura y la ideología y difieren según el grupo social y el contexto histórico. A muchas mujeres les preocupa los efectos secundarios de los métodos anticonceptivos, ya que han escuchado rumores sobre ellos o los han experimentado, un alto porcentaje teme a la desaprobación de la pareja o su reacción, otras se oponen por razones religiosas o personales; otras mujeres no saben nada sobre métodos anticonceptivos, donde obtenerlos o pueden no tener acceso al método que desean por las limitaciones de los servicios materiales o económicos. ⁽⁴⁾

El proceso reproductivo está condicionado por factores de tipo social, cultural, político y económico, aunado a esto sobre la mujer recae la mayor parte de los problemas relacionados con la reproducción, complicaciones del embarazo, parto, aborto, uso de métodos anticonceptivos, mayor riesgo de infecciones del tracto reproductivo, en especial enfermedades de transmisión sexual. Con cada embarazo implica un riesgo de morbilidad y mortalidad.

Se conocen 6 principales problemas reconocidos por la O.M.S. que afectan la salud de la mujer a nivel mundial: Nutrición, Salud Reproductiva, Riesgos relacionados con el medio ambiente y el trabajo, Enfermedades no Transmisibles, Salud Mental y Violencia contra la Mujer.

Los Derechos Reproductivos son beneficios básicos de las personas a tener acceso y obtener la información; incluye servicios y el apoyo necesarios para alcanzar una vida sana, libre y plena en el ámbito de la Salud Sexual y Reproductiva, sin discriminación de edad, género, estado civil y condición socioeconómica. ⁽⁵⁾

Las mujeres necesitan un método anticonceptivo que sea eficaz, seguro, reversible y de larga duración; que no afecten a la lactancia, interfieran en las relaciones sexuales y presenten efectos hormonales secundarios. Existen 2 grupos de edad en las que la eficacia anticonceptiva debe extremarse: la adolescencia, después de los 40 años y con enfermedades crónicas, ya que el 50% de los embarazos en estas edades acaban en aborto. ⁽⁶⁾

Para la elección de los métodos anticonceptivos, la decisión debe basarse en dos pilares fundamentales: la evidencia científica disponible y la adecuación al contexto de la paciente o la pareja.

El médico se encuentra en una situación privilegiada para aconsejar y dar orientación sobre los métodos anticonceptivos, ya que conoce los antecedentes patológicos así como la situación familiar y los factores socioculturales que rodean a sus pacientes, sin embargo es importante que para poder ayudar a elegir es preciso escuchar, informar y transmitir adecuadamente esa información sobre las distintas opciones existentes, siempre teniendo en cuenta las prioridades de la paciente y de su pareja. ⁽⁷⁾

La consejería de planificación familiar debe incluir un proceso de análisis con comunicación personal entre el prestador del servicio, el usuario en potencia y activos, mediante el cual se brinden a los solicitantes de métodos anticonceptivos elementos para que puedan tomar decisiones voluntarias, conscientes e informadas acerca de su vida sexual y reproductiva, así como para efectuar la selección del método más adecuado a sus necesidades individuales, asegurando un uso correcto y satisfactorio por el tiempo que se desea la protección anticonceptiva. ⁽³⁾

Una actividad importante para la difusión de la planificación familiar es propiciar la consejería y uso de anticonceptivos por parte del profesional de la salud, favoreciendo el acceso tanto a este tipo de información como de los propios métodos anticonceptivos a nivel popular. ⁽⁸⁾

La planificación familiar, es por tanto, un derecho humano básico que beneficia a toda la población. El bienestar físico, mental y social de los hombres, mujeres y niños suelen mejorar, cuando las parejas tienen menos hijos. La anticoncepción se ha involucrado con la salud sexual, mucho se ha escrito sobre los compromisos de

lograr determinadas tasas de crecimiento poblacional, supeditados al otorgamiento de créditos financieros internacionales.

En México las actividades de planificación familiar en un inicio fueron realizadas por instituciones privadas, en 1958 se fundó la Asociación Pro Salud Maternal (APROSAM), siendo la primera en proporcionar servicios organizados de este tipo; en 1965 se crea la Fundación para el Estudio de la Población A C (FEPAC), que integró un grupo multidisciplinario de profesionales, interesados en desarrollar un programa básico de investigación, educación y prestación de servicios médicos de planificación familiar (PPF), esta institución en 1984 cambia de nombre a Fundación Mexicana para la Planificación Familiar (MEXFAM).

En 1972 se inician actividades de PPF en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y la Secretaría de Salud (SS). En 1976 se crea la Coordinación del Programa Nacional de Planificación Familiar con la finalidad de dar congruencia a las actividades de las instituciones participantes, IMSS y Secretaría de Salud. En octubre de 1977 culmina el primer plan nacional de planificación familiar (1977-1982) dando pauta a la programación de metas de cobertura de usuarias de anticonceptivos, nuevas y activas.

Actualmente en la Secretaría de Salud desde el nivel nacional, estatal y municipal, se viene implementado el Programa de Salud Reproductiva, que se divide en varios componentes, uno de los cuales es Planificación Familiar y se lleva a cabo un esquema operativo, el cual está integrado por siete subcomponentes esenciales:

- Salud sexual y reproductiva del hombre.
- Salud sexual y reproductiva de los adolescentes.
- Salud sexual y reproductiva de la población discapacitada.
- Tecnología anticonceptiva.
- Salud sexual y reproductiva de las comunidades indígenas.
- Atención en el climaterio y la menopausia.
- Orientación para la prevención y diagnóstico de la infertilidad.⁽⁹⁾

En 2005, en México, las mujeres que tienen pareja entre los 15 y 49 años usaron como métodos anticonceptivos por orden de frecuencia la oclusión tubárica bilateral (OTB) 43.9%, dispositivo intrauterino (DIU) 20.6% y anticonceptivos orales 10.4%. Se ha observado que los métodos anticonceptivos utilizados tienden a ser cada vez más seleccionados por su grado de eficacia, en donde las fuentes más importantes para la obtención son: la farmacia con 29.2%, el médico 18% y

centros de salud o clínicas 12.4%, sin embargo la toma de decisiones para su adopción se definió por la pareja en 44.5% y por la mujer sola en 36.6%.⁽⁸⁾

Al inicio del programa nacional de planificación familiar en México, en los años de 1970, se diseñaron y difundieron campañas de comunicación estructuradas, las cuales fueron monitoreadas dentro de un marco lógico con la participación de las principales instituciones involucradas; en profundo contraste, durante la última década no se ha difundido ninguna campaña en medios de comunicación masivos para el programa de planificación familiar. La carencia de comunicación a través de los medios masivos puede ser el motivo por el cual no están informados, así como ignorar tener el derecho a servicios de planificación familiar gratuitos en todos los establecimientos públicos de salud. La disponibilidad de medios masivos para promover esta información es una oportunidad natural que debe considerarse, pues la juventud ha mencionado que éstos son sus medios de comunicación preferidos.⁽¹⁰⁾

Estudios recientes mencionan que el 62% de las mujeres en edad fértil están usando anticonceptivos. Dentro de los métodos anticonceptivos más utilizados son: hormonales orales (28% o 10.6 millones) y la OTB (27%, o 10.2 millones). El uso de dispositivos intrauterinos como método actual ha aumentado desde 1995, comportándose en 1995 un 0.8% de usuarias y del 2006 al 2010 el 5.6%, mientras que un menor número de mujeres informan que sus parejas usan preservativos como método actual.⁽¹¹⁾

A nivel mundial durante el 2012 existen 645 millones de mujeres (57%) que utilizan métodos anticonceptivos; entre el 2008 al 2012 aumentó a 42 millones la cantidad de usuarios de métodos anticonceptivos, representando un incremento anual medio de 10 millones de usuarios. En comparación, entre el 2003 al 2008, el número de usuarios aumentó en casi 100 millones en los países en desarrollo, de 504 a 603 millones con un aumento anual de 20 millones de usuarios. El elevado número de usuarios entre el 2008 al 2012 se debió en parte al crecimiento demográfico (52%) y a un mayor número de aceptantes de anticonceptivos (48%).⁽¹²⁾

Respecto al uso de anticonceptivos, el factor asociado positivamente es la edad del último hijo (<1 año) y negativamente es la edad de la mujer > 30 años, para ambos es el estrato socioeconómico.⁽¹³⁾

Los métodos anticonceptivos se utilizan para impedir la capacidad reproductiva individual o en pareja y de forma temporal o permanente. Se consideran métodos temporales a las hormonas en pastillas, inyectables e implante subdérmico; los no

hormonales como dispositivo intrauterino (DIU), métodos de barrera como el condón y los espermicidas; los métodos naturales son el ritmo, método de Billings, abstinencia periódica, temperatura basal, lactancia materna y el coito interrumpido. Los considerados como métodos definitivos, son las cirugías masculina y femenina, es decir, vasectomía y salpingoclasia u obstrucción tubaria bilateral (OTB), respectivamente. ⁽⁹⁾

En México la tasa de fecundidad global descendió entre 1970 y el año 2000 de 6 a 3 hijos por mujer, sin embargo debido a la elevada proporción de población joven, la cantidad de mujeres en edad reproductiva se duplicó en el mismo periodo. Este hecho se ve evidenciado en los resultados de la última Encuesta Nacional de Salud Reproductiva. Los métodos de mayor calidad y con mayor continuidad son: el Dispositivo Intrauterino, la Oclusión Tubárica Bilateral y la Vasectomía. De acuerdo a la Encuesta Nacional de Coberturas de los programas Integrados de Salud 2003 la prevalencia del uso de métodos definitivos o de alta continuidad es de 50.1 % y 19.9% para DIU. ⁽¹⁴⁾

Para la elección de un método de planificación familiar se deben tomar en cuenta los criterios de elección, cuyo objetivo es garantizar márgenes adecuados de seguridad para el usuario con una protección anticonceptiva seleccionada.

Las condiciones que afectan la elegibilidad para su uso están clasificadas en las siguientes cuatro categorías:

Categoría 1. No hay restricción para el uso del método anticonceptivo.

Categoría 2. Las ventajas de usar el método anticonceptivo generalmente sobrepasan los riesgos teóricos o demostrados.

Categoría 3. Los riesgos teóricos o demostrados generalmente sobrepasan las ventajas del uso del método.

Categoría 4. Representa un riesgo inaceptable para la salud si se usa el método anticonceptivo.

Estas categorías pueden ser simplificadas en aquellas situaciones o lugares donde los recursos para hacer una adecuada evaluación son limitados. Las categorías 1 y 2 responden afirmativamente para la aplicación del método anticonceptivo, mientras que las categorías 3 y 4 quedan restringidas.

CATEGORIA 1: Con elementos de diagnóstico clínicos suficientes el método puede usarse en cualquier circunstancia y en caso de ser limitado si se puede usar.

CATEGORIA 2: Con elementos de diagnóstico clínicos suficientes el método puede usarse, las ventajas generalmente exceden los riesgos comprobados o teóricos y en caso de ser limitado si se puede usar.

CATEGORIA 3: Con elementos de diagnóstico clínicos suficientes el método generalmente no se recomienda, se considera como método de última elección para el cual podría necesitarse la decisión clínica de un médico para usarlo en forma segura ya que es necesaria una vigilancia con seguimiento regular y en caso de ser limitado no se debe usar.

CATEGORIA 4: Con elementos de diagnóstico clínicos suficientes no debe usar el método, es un riesgo inaceptable para la salud si se usa el método y en caso de ser limitado no se debe usar.

Dentro de los métodos de planificación no Hormonales encontramos el Dispositivo Intrauterino. ⁽¹⁵⁾

Durante muchos años, el DIU ha sido utilizado como el principal método anticonceptivo en todo el mundo. En la actualidad ha sido sustituido por diferentes métodos anticonceptivos orales, debido a la notificación de complicaciones, sobre todo de tipo infeccioso. ⁽¹⁶⁾ Existen pocas investigaciones que dan a conocer la eficacia de este método y sus efectos secundarios, ya que en comparación con el resto es uno de los métodos que menos efectos secundarios presenta, pero es del que se difunden y conocen más mitos.

El dispositivo intrauterino (DIU)

Historia

En el siglo IV a.C. Hipócrates descubrió el efecto anticonceptivo que se derivaba de la colocación de un cuerpo extraño en el interior del útero, aunque por varios siglos se intentó el empleo de fragmentos de madera o hueso como dispositivos; es hasta 1928 que inicia la anticoncepción intrauterina moderna con la presentación por Richter de un dispositivo que consistía en un lazo de hilo de seda. ⁽⁹⁾

El ginecólogo alemán Ernst Gräfenberg en 1930 diseñó un DIU con plata y cobre sin cola extra cervical con lo cual disminuyó notoriamente las infecciones y disminuyó la tasa de embarazos de manera importante, sin embargo deberían pasar otros 40 años para conocer el beneficio de los iones de cobre como

potenciadores del efecto contraceptivo. En 1934 el médico japonés Tenrei Ota modificó el DIU de Gräfenberg dándole forma de anillo, le agregó un soporte intrauterino hecho con láminas de oro y plata. La producción tecnificada de los dispositivos intrauterinos apareció en 1958 con la invención, por parte del médico estadounidense Lazar Margulies, del DIU con memoria que recobraba su forma al introducirse en el útero. La oposición de la Iglesia Católica en los años 60 era frontal, pues se argumentaba que el DIU era un microabortivo que impedía el progreso del embarazo que se inició con la fecundación. Como respuesta aparecieron diversas sentencias legales basadas en la fisiología que reconocían como inicio del embarazo solo al final de la implantación del blastocisto, así se fundamentó el concepto técnico de que el DIU no interrumpe el embarazo pues uno de sus mecanismos de acción sería impedir el inicio de la implantación. Estas precisiones favorecieron la difusión del DIU por el mundo como un método económico y seguro de reducir el crecimiento de la población que por entonces aumentaba de manera dramática. Años después de su invención se demostró que el dispositivo también ayuda a impedir la fecundación pues obstaculiza la capacitación y el metabolismo de los espermatozoides que buscan desplazarse hacia las trompas uterinas. Desde los años 60 se empezaron a impregnar los DIU de plástico con sulfato de bario para favorecer su visibilidad a los rayos X. En 1962 aparece el DIU diseñado por Jack Lippes, profesor de la State University of New York en Buffalo, dispositivo conocido como el Asa de Lippes, que tuvo amplia aceptación en las siguientes décadas por su eficacia y por las comodidades para la paciente y para su compañero sexual; siendo considerado como patrón de oro para evaluar otros dispositivos durante los siguientes 30 años. En 1968 Howard J. Tatum diseñó un DIU en forma de T, en el mismo año Jaime Zipper Abragan, profesor de fisiología reproductiva de la Universidad de Chile creó los dispositivos con cobre al agregarle una espiral de 200 mm³ de ese metal al tallo o rama central de la T, puesto que se conocía que la liberación de iones de cobre (Cu⁺⁺) en el interior de la cavidad uterina aumentaba la eficacia anticonceptiva del dispositivo.

Los dispositivos que se producen en la actualidad son elaborados de polietileno, los que tienen forma de T pueden tener cilindros de cobre en sus ramas laterales y/o alambre de cobre enrollado en su rama vertical. Algunos modelos están impregnados de estrógenos o progestágenos de liberación lenta que potencian el efecto contraceptivo y disminuyen el sangrado menstrual o impiden el sangrado intermenstrual. El polietileno está además impregnado con sulfato de bario que es radio opaco para ser detectado fácilmente por los rayos X. ⁽¹⁷⁾

Presentación y Características

- DIU T Cu 380 A. Con 2 camisas de cobre en la rama horizontal que mide 31.6 mm. de longitud y una rama vertical que mide 36.2 mm. rodeada de un alambre de cobre con una superficie total de este metal de 380 mm². La porción vertical o vástago lleva montados 2 monofilamentos de 20 cm. Acompañan al DIU un tubo insertor de 20.7 cm. de largo y 4.4 mm. de diámetro, así como un aplicador montable de 19.2 cm. de largo.
- DIU T Cu 380 nulípara. Con 2 camisas de cobre en la rama horizontal que mide 22.5 mm. de longitud y una rama vertical de 29.5 mm. rodeada de un alambre de cobre con una superficie total de este metal de 380 mm². La porción vertical o vástago lleva montados 2 monofilamentos de 20 cm. Acompañan al DIU un tubo insertor de 20.7 cm. de largo y 4.4 mm. de diámetro, así como un aplicador montable de 19.2 cm. de largo.
- DIU de brazos curvos de cobre 375 estándar. Con dos brazos laterales curvos con 5 nódulos de retención en cada brazo que le dan un ancho de 16 a 20.5 mm., una rama vertical de 35 mm. de longitud rodeada de un alambre de cobre con una superficie total de este metal de 375 mm². La rama vertical lleva montado un monofilamento de 28 cm. Acompaña al DIU un tubo insertor de 20.3 cm. con un diámetro de 3.85 mm.
- DIU de brazos curvos de cobre 375 nulípara. Con dos brazos laterales curvos con 5 nódulos de retención en cada brazo que le dan un ancho de 16 a 20.5 mm., una rama vertical de 28.9 mm. de longitud rodeada de un alambre de cobre con una superficie de este metal de 375 mm². La rama vertical lleva montado un monofilamento de 28 cm. Acompaña al DIU un tubo insertor de 20.3 cm. De longitud con un diámetro de 3.85 mm.
- DIU con Levonorgestrel (DIU LNG). En forma de T con sistema de liberación prolongada que contiene levonorgestrel a dosis total de 52 mg. conteniendo el insertor especial (endoceptor) precargado con el DIU LNG.

(15)

Mecanismo de acción

La presencia de un cuerpo extraño en la cavidad endometrial crea una estéril pero intensa reacción inflamatoria local que favorece una activación lisosomal y otras acciones infamatorias que son espermicidas, especialmente en los DIUs de cobre que no solamente afectan al endometrio sino también causan alteraciones en el moco cervical con acción espermicida. Si la fertilización ocurre, la misma reacción

inflamatoria se dirige directamente contra el blastocisto. El DIU puede actuar como espermicida, pero también favoreciendo un proceso inflamatorio y que naturalmente dificultará la implantación. Si su mecanismo contraceptivo falla, claramente se afirma que puede actuar directamente contra el blastocisto. Los dispositivos que llevan progesterona tienen dos principales modos de acción contraceptiva: atrofia del endometrio secundario a la acción de la progesterona, lo que inhabilitará la implantación y prevención de la fertilización por acción espermicida que dificulta la capacitación de los espermatozoides. ⁽¹⁸⁾

Se genera una reacción inflamatoria local de cuerpo extraño que produce un aumento de la permeabilidad capilar, edema endometrial y aumento de la presencia de macrófagos que ejerce un efecto antiespermicida y antiimplantatorio. Los DIU liberadores de cobre probablemente ejercen una acción gameticida, fundamentalmente espermicida, dificultando la fertilización. Su efecto demuestra una relación dosis dependiente: a mayor carga de cobre, mayor eficacia anticonceptiva durante más tiempo. Los DIU liberadores de Levonorgestrel ejercen un efecto sobre el endometrio haciéndolo hostil a la migración del espermatozoide, dificultando la fertilización, lo que seguramente se verá reforzado por la producción de un moco cervical de características gestagénicas. ⁽¹⁹⁾

Varios estudios han reportado una penetración reducida de esperma a través de moco cervical en presencia de cobre, pero otros investigadores reportan sólo efectos mínimos del cobre en el moco cervical. Todos los tipos de DIU aumentan el número leucocitos y la cantidad de productos de degradación. Los espermatozoides pueden ser destruidos a través de la fagocitosis y a través de los efectos citotóxicos. La motilidad de los espermatozoides puede ser alterada por la modificación del moco cervical. ⁽²⁰⁾

Eficacia del DIU

Evidencia científica afirma que el DIU es un método anticonceptivo de alta eficacia. Los estudios más recientes muestran que la eficacia es mayor en los DIU de más alta concentración de Cu ($>300 \text{ mm}^2$) con tasas de embarazo inferiores o en torno al 1% al año con tasas de continuidad mayores del 90% al año y del 75% a los tres años de uso. La eficacia anticonceptiva del DIU con levonorgestrel es similar a la de los DIU de alta carga de Cobre. La eficacia de los DIU con cobre puede verse afectada por la edad, ya que en mujeres jóvenes la tasa espontánea de fertilidad es mayor. La eficacia puede verse influida por otros factores: capacitación o experiencia del facultativo, tasa de expulsión y tipo de DIU. ⁽¹⁹⁾

Criterios de elegibilidad

Categoría 1: las siguientes condiciones no restringen el uso de DIU con cobre

- Edad > 20 años
- Primípara
- Postparto \geq 4 semanas
- Postaborto del primer trimestre
- Antecedente de embarazo ectópico con partos posteriores o con paridad cumplida
- Antecedente de cirugía pélvica
- Tabaquismo
- Obesidad
- Factores de riesgo para enfermedad cardiovascular
- Hipertensión arterial e hipertensión arterial durante el embarazo
- Tromboembolismo y Trombofilias
- Infarto de miocardio actual y antecedente
- Accidente cerebrovascular o hiperlipidemias
- Enfermedad valvular no complicada
- Condiciones neurológicas: cefaleas, epilepsia depresión o trastornos psicóticos
- Patrón de sangrado irregular sin hemorragia
- Tumores benignos de ovario
- Ectropión cervical y neoplasia intracervical
- Patología mamaria
- Miomas uterinos sin distorsión de la cavidad uterina
- Enfermedad Pélvica Inflamatoria
- Esquistosomiasis, Tuberculosis no pélvica o malaria
- Diabetes y desórdenes tiroideos
- Condiciones gastrointestinales
- Discapacidad mental

Categoría 2: es una condición en la cual las ventajas de usar el método generalmente superan los riesgos teóricos o probados:

- Nulípara o edad menor de 20 años
- Menos de 48 horas postparto
- Postaborto del segundo trimestre
- Enfermedad cardíaca valvular; en caso de presentar se recomienda realizar profilaxis antibiótica
- Hipermenorrea o sangrado prolongado

- Endometriosis
- Dismenorrea severa
- Cáncer cervical y ovárico: para la continuación de método
- Anomalías anatómicas que no distorsionen la cavidad uterina, incluyendo la estenosis cervical o laceraciones cervicales
- Enfermedad Pélvica Inflamatoria
- Vaginitis: incluyendo tricomonas y vaginosis bacteriana
- Otras Infecciones de transmisión sexual, excluyendo Virus de Inmunodeficiencia Humana y hepatitis B o C
- Alto riesgo de Virus de Inmunodeficiencia Humana.
- Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida con buen estado clínico o con terapia antirretroviral
- Talasemia, anemia drepanocítica y ferropénica.

Categoría 3: es una condición en la cual los riesgos teóricos o probados generalmente son mayores que las ventajas del método. No se recomiendan los DIU con cobre, pero es un método que puede tener excepciones en casos individuales.

- Entre 48 horas y 4 semanas después del parto
- Enfermedad trofoblástica gestacional benigna, porque hay un riesgo mayor de perforación uterina y el tratamiento de la enfermedad puede requerir varios legrados de la cavidad uterina.
- Cáncer de ovario para inicio de método
- Incremento del riesgo de Infecciones de Transmisión Sexual: categoría 2 o 3. Si una mujer tiene un alto riesgo de exposición a gonococia o clamidia es categoría 3
- SIDA sin terapia antirretroviral o que no la está recibiendo en forma adecuada
- Otras circunstancias a considerar:
- Infección por VIH, porque puede haber un riesgo aumentado de Enfermedad Pélvica Inflamatoria debido a la respuesta inmune suprimida (eventualmente uso de DIU con cobre más condón)
- Condiciones anatómicas cervicales que afectan la inserción (estenosis) o la retención del DIU (desgarros que comprometen el orificio interno del cérvix, incompetencia ístmico cervical)
- Antecedente de Enfermedad Pélvica Inflamatoria en pacientes que se desean embarazar
- Pólipos endometriales
- Pacientes que emplean habitualmente corticoides o drogas inmunosupresoras

Categoría 4: se descarta el uso de DIU con cobre porque existe la posibilidad de causar un daño grave a la salud de la usuaria.

- Embarazo confirmado o sospecha.
- Sepsis puerperal
- Post aborto inmediato séptico
- Hemorragia vaginal no diagnosticada
- Enfermedad trofoblástica maligna
- Cáncer cervical: sólo en etapas iniciales
- Cáncer endometrial: sólo en etapas iniciales
- Miomas uterinos con distorsión de la cavidad uterina
- Anormalidades anatómicas que distorsionen la cavidad
- Enfermedad Pélvica Inflamatoria actual o antecedente en los últimos 3 meses
- Cervicitis purulenta actual o infección por clamidia o gonococo: sólo en etapas iniciales
- Tuberculosis pélvica: sólo en etapas iniciales
- Enfermedad de Wilson (incidencia de esta patología en EEUU: 1 en 200.000)
- Alergia al cobre.

Oportunidad de inserción

1. Durante la menstruación, durante los primeros 5 días del ciclo por:

- Seguridad de ausencia de embarazo
- Mayor facilidad para la inserción: el istmo cervical tiene mayor diámetro y elasticidad (no es absolutamente cierto que el orificio cervical interno se encuentre más abierto).
- El sangrado post inserción no preocupa a la paciente ya que queda enmascarado por el sangrado menstrual.
- En las nuligestas pueden surgir problemas de inserción por estrechez cervical, siendo necesaria la dilatación cervical con bujías de Hegar número 2 y 3.

2. Durante el resto del ciclo menstrual

- Se debe tener certeza de la ausencia de embarazo o si actualmente está utilizando un método anticonceptivo seguro.
- Asegurar las condiciones necesarias para descartar la existencia de infección. ⁽²¹⁾

Características

El DIU es un método de planificación familiar de bajo costo que debería ser un importante componente de la mezcla de métodos anticonceptivos de todo el programa nacional de planificación familiar. Sin embargo, entorno a los beneficios de este método giran múltiples factores que limitan su uso en donde encontramos la presencia de rumores o mitos (de acuerdo a estudios realizados y encontrados en América Latina):

- El DIU causa Cáncer
- Los niños pueden nacer con el DIU insertado en el cuerpo
- El DIU se puede desprender y perderse dentro del cuerpo de la mujer
- El DIU puede quedar clavado en el útero de la mujer
- Genera disminución en la libido y el placer sexual.

Parte de la difusión de estos rumores son secundarios a que los posibles usuarios no disponen de la información oficial adecuada. ⁽²²⁾

Es importante tener en cuenta el hecho de que las usuarias cuando acuden solicitando un método anticonceptivo ya tienen una idea dirigida del que desean utilizar, aunque desconozcan con certeza la información sobre la eficacia y efectos secundarios de los métodos.

Una revisión sistemática de la bibliografía realizada en 2008 (Patrick F. Thounneau) revela que el DIU tiene una efectividad similar a la oclusión tubaria bilateral, las tasas acumuladas de gestación en 5 años para el DIU T Cu 380 es de 0.3-0.6% y <0.5% para el DIU medicado.

El DIU es altamente eficaz con bajo porcentaje de fallo y con buena tolerancia en general, dentro de los motivos que llevan al retiro encontramos principalmente el aumento de sangrado menstrual y la dismenorrea. Sin embargo la satisfacción de las usuarias suele ser muy elevada. ⁽²³⁾

Prescripción

Se debe de tener historia clínica completa que incluya la identificación del riesgo reproductivo y un examen ginecológico, siendo excepcional en la mujer con un riesgo reproductivo elevado.

La vía de administración es intrauterina, dentro de los primeros siete días del sangrado menstrual o en cualquier día si se tiene la seguridad de que no hay embarazo; también inmediatamente en el postaborto o postcesárea y si la mujer se encuentra lactando, después de la sexta semana.

Técnica de colocación

1. Explique a la usuaria el procedimiento a realizar²
2. La usuaria debe evacuar la vejiga.
3. Coloque un espéculo vaginal y visualice el cuello
4. Limpie el cuello y la vagina con una solución antiséptica como el yodo.
5. Tome el labio anterior del cuello uterino con una pinza Pozzi y mantenga una tracción suave durante todo el procedimiento.
6. Mida la cavidad endometrial con histerómetro hasta tocar el fondo uterino.

Preparación del DIU

- a. Usar técnica de inserción “sin tocar” colocar el DIU en el tubo de inserción mientras ambas partes aún están en la envoltura estéril.
- b. Asegúrese de que el brazo vertical de la T esté completamente dentro del tubo de inserción.
- c. 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” hasta la mitad del tope azul indicador de longitud uterina.
- d. Coloque el émbolo dentro del tubo de inserción, casi tocando el extremo de la “T”.
- e. A través de la cubierta de plástico transparente, tome con los dedos pulgar e índice los extremos de los brazos horizontales de la “T”, y dóblelos hacia el cuerpo de la “T” hasta que queden retenidos dentro del tubo de inserción (no permanecer en esta posición más de 2 minutos, para evitar la pérdida de memoria)
- f. 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 con el histerómetro. El tope debe ubicarse en el mismo plano que los brazos de la “T”.

Inserción del DIU

Se practica exploración bimanual para precisar las características de los genitales internos (forma, tamaño y posición del útero). Se introduce el espejo vaginal para visualizar el cérvix uterino y se efectúa limpieza con solución antiséptica. Con la pinza de Pozzi se toma el labio anterior del cérvix, si el útero se encuentra en retroversión se toma el labio posterior. Se tracciona suavemente el cérvix (corrigiendo la posición del útero), se efectúa histerometría, si ésta es igual o menor de 6 cm. se contraindica la aplicación, o se selecciona un DIU para nulípara. Se ajusta el tope cervical del tubo insertor de acuerdo a la histerometría y se procede a introducir el DIU.

El DIU con Levonorgestrel se debe insertar por personal médico capacitado en la técnica con las siguientes variantes:

Seguimiento

La primera visita al mes de la inserción, las subsecuentes cada 6 meses durante el primer año y en forma anual hasta el término de su vida útil, cuando puede colocarse un nuevo DIU en el momento de la extracción. ⁽¹⁵⁾

Mito

A pesar de la fuerte evidencia que demuestran los múltiples beneficios del DIU, la falta de información, el costo, los temores infundados de efectos secundarios adversos y la renuencia al uso, hace vulnerable el tomar en cuenta los mitos respecto a su uso. ⁽²⁴⁾

Los mitos que más se conocen respecto al DIU son:

- El DIU produce cáncer cervico uterino.
- El DIU es abortivo.
- Si sales gestando con el DIU, éste se pega en el cuerpo del bebé y le ocasiona daño.
- El DIU se puede mover y llegar a otros órganos, como al estómago.
- El hombre siente el DIU cuando tiene relaciones sexuales.
- El DIU incomoda al varón y le quita placer.
- Con el DIU la mujer se vuelve liberal.
- Cuando la T de cobre se queda por mucho tiempo perfora el útero.
- La mujer nulípara no puede usar DIU.
- Después de usar DIU se debe descansar.
- Solo se coloca el DIU si la mujer esta menstruando.
- Después de un aborto no se recomienda un DIU, porque no se tiene la seguridad de que haya sido un aborto espontáneo. ⁽²⁵⁾

Las causas más frecuentes de retiro de DIU son:

- Caducidad del dispositivo.
- Mala tolerancia a los efectos secundarios.
- Descenso o expulsión del DIU.
- Deseo gestacional.
- Cambio de método anticonceptivo.
- Falla del método.

Otros motivos pero menos frecuentes son:

- Menopausia.

- Cese de las relaciones sexuales.
- Intervención quirúrgica del aparato genital como: histerectomía, conización o histeroscopia.
- Enfermedad pélvica inflamatoria. ⁽²³⁾

Los argumentos manifestados con mayor frecuencia por las pacientes resaltan tres hechos importantes:

1. El papel de la familia.
2. La influencia del cónyuge en la decisión de la paciente.
3. La falta de información con respecto al método anticonceptivo.

Lo que nos hace evidente dos hechos importantes: que la mujer carece de autonomía e información sobre el uso, indicaciones, beneficios y riesgos de los métodos de Planificación Familiar. ⁽¹⁴⁾

ANTECEDENTES CIENTIFICOS:

Desde 1968 en el Mundo se han llevado a cabo múltiples estudios de diversas características cuyo fin es investigar cuales son las causas que orillan a las usuarias del dispositivo intrauterino a retirar dicho método.

Karen R. Katz y colaboradores en el 2002 en EL Salvador, realizaron un estudio con el objetivo de examinar los factores que influyen en el uso limitado del DIU, se recopilaron datos mediante entrevistas a usuarias y exusuarias del DIU, la mayoría tenían una mala impresión de este método, principalmente a causa de los rumores y mitos que habían escuchado al respecto. Se concluyó que los rumores y los mitos son el principal obstáculo para promover el uso del DIU; además de la atención insuficiente que se lo presta durante las sesiones de consejería. ⁽²²⁾

Elia Ku, en Perú 2006, realizó una investigación para determinar las causas de la insatisfacción con respecto a los métodos de planificación familiar por parte de las usuarias de este servicio en el Hospital Materno Perinatal, estudió la dificultad en el acceso a los métodos anticonceptivos, el temor por sus efectos secundarios, la oposición de la pareja, la falta de información y la subestimación del riesgo de embarazo; encontraron que la insatisfacción en planificación familiar respecto al temor por los efectos secundarios fue la primera causa con un 92.2%, la subestimación del riesgo de embarazo en un 71.6%, la oposición de la pareja en un 22.5%, en menores porcentajes la dificultad en el acceso y la falta de información. Concluyendo que las causas de insatisfacción en planificación familiar son el temor por los efectos secundarios y la oposición de la pareja. ⁽⁴⁾

En el 2009 en el estado de Tabasco el Dr. Marco Antonio Zavala y colaboradores realizaron un estudio en donde el objetivo era identificar los argumentos de rechazo del DIU, donde se incluyeron 183 mujeres con edad media de 27 años, mediana 27 años y moda 20 años; solo 105 pacientes aceptaron el uso de método de planificación familiar y 78 lo rechazaron. Los argumentos manifestados por las pacientes son: falta de sentimiento de propiedad sobre su cuerpo o bien lo que otros autores han referido como falta de autonomía y que existe desinformación sobre el uso, indicaciones, beneficios y riesgos. ⁽¹⁴⁾

Belmonte Andujar y colaboradores en el 2011 en Sevilla realizaron un estudio donde se determinaron las causas de retiro de DIU en 245 mujeres, encontrando que las causas más frecuentes son la caducidad del dispositivo 39.8%, mala tolerancia a los efectos secundarios 10.5%, expulsión o traslocación del DIU 9.4%, deseo de gestación 6.5%, cambio de método 4.3%, falla del método 2.3%, otros motivos menos frecuentes fueron la menopausia, el cese de relaciones sexuales, histerectomía y enfermedad pélvica inflamatoria. ⁽²³⁾

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El uso de Métodos Anticonceptivos ha ido adquiriendo mayor número de usuarias, sin embargo dado a los efectos secundarios, mal empleo y al surgimiento de mitos alrededor de estos es frecuente el abandono.

En la actualidad 1 de cada 10 mujeres adopta como método de planificación familiar el dispositivo intrauterino, sin embargo con base en estudios realizados, el 40% de las usuarias de éste método deciden retirarlo por efectos secundarios, mitos, deseos de embarazo y adopción de algún otro método.

Es un tema de importancia ya que el dispositivo intrauterino es un método anticonceptivo que tiene menos efectos secundarios en las usuarias, ya que al ser un método no hormonal, no tiene efectos en el humor, libido y peso, además de tener un 99% de eficacia siempre y cuando se revise semestral y anualmente, así como estar pendientes de la fecha de caducidad para realizar el cambio.

Es un estudio factible en el primer nivel de atención, además de que en la presente Unidad de Medicina Familiar se cuenta con el servicio de Planificación Familiar en ambos turnos; donde hay gran número de usuarias solicitantes de éste método sin embargo también se ha observado gran número de usuarias que solicitan su retiro.

El programa de Salud Reproductiva en México ha tenido avances importantes en la última década, ya que se han implementado acciones para la difusión de

información como la creación de modelos y programas educativos, en el sector social, público y privado.

Las principales limitaciones en cuanto a la adopción de un método de planificación familiar es el estrato socioeconómico, la falta de información y carencia de educación escolar; esto conlleva a la creación de mitos que desplazan la poca información obtenida sobre los métodos anticonceptivos, adoptando los generados en la familia y en la sociedad en donde las usuarias se desenvuelven ya que muchas toman decisiones de acuerdo a la influencia familiar, religioso, conyugal y social.

La planificación familiar es considerada como un programa prioritario en materia de salud ya que ha contribuido de manera importante a la morbi-mortalidad materna, infantil y perinatal, que junto con otras acciones de salud pública, prevención y control de enfermedades han incrementado significativamente la esperanza de vida de la población. Además de que la práctica de planificación familiar ha sido uno de los factores fundamentales en la reducción de la fecundidad. La tasa global de la fecundidad descendió de 6.8 hijos por mujer en 1970 a 2.48 en 2000, por lo que México inicia el tercer milenio con una tasa global de fecundidad de 2.4 hijos por mujer.

Conociendo el impacto que tiene el programa de Planificación Familiar en México es importante conocer los métodos anticonceptivos más empleados, más eficaces, menores efectos secundarios, seguimiento accesible y con un costo menor. De los métodos anticonceptivos que cubren con estas características contamos con el Dispositivo Intrauterino, el cual tiene una prevalencia de uso del 20%, retirándose por múltiples y diversas influencias, como es el poner en tela de juicio el porcentaje de efectividad y los efectos secundarios que se generan en el organismo.

PREGUNTA DE INVESTIGACION:

¿Cuáles son las causas que refieren las pacientes en edad reproductiva para retirar el Dispositivo intrauterino?

OBJETIVOS.

General.

- Determinar las causas de retiro de Dispositivo Intrauterino en las pacientes en edad reproductiva.

Específicos:

- Señalar el grupo de edad de mujeres que solicitan el retiro del dispositivo intrauterino
- Identificar factores que predisponen el retiro del dispositivo intrauterino
- Conocer los principales efectos secundarios referidos en usuarias del dispositivo intrauterino
- Identificar el perfil social de las mujeres que abandonan su método anticonceptivo.

Expectativa Empírica

La principal causa de retiro del DIU es la social (respecto a mitos e información informal).

METODOLOGIA.

Identificación de las variables

Variables Universales

- Ocupación
- Escolaridad
- Estado Civil
- Religión
- Gestas

Variables de estudio

- Mujeres en edad reproductiva
- Causas de Retiro de Dispositivo Intrauterino

VER CUADRO (ANEXO 1)

DISEÑO DE ESTUDIO

Es un estudio con diseño observacional, transversal, descriptivo y prospectivo.

UNIVERSO DE TRABAJO

Mujeres en edad reproductiva usuarias de Dispositivo Intra Uterino.

POBLACIÓN

Mujeres de edad comprendida de 15 a 49 años de edad usuarias del Dispositivo Intrauterino del Instituto Mexicano del Seguro Social.

MUESTRA

Mujeres de edad comprendida de 15 a 49 años de edad usuarias del Dispositivo Intrauterino del Instituto Mexicano del Seguro Social en el servicio de Planificación Familiar de la UMF No. 94

ESCENARIO.

Servicio de planificación familiar de la Unidad de Medicina Familiar no. 94.

DETERMINACIÓN DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA

No necesaria por tomar todas las usuarias del DIU que acudan a su retiro en el periodo comprendido de Enero a Junio del 2014.

TIPO DE MUESTREO

No probabilístico, por conveniencia

PROCEDIMIENTO PARA LA INTEGRACIÓN DE LA MUESTRA

Previa autorización de comité y jefatura de departamento clínico y de los médicos Dr. Arturo Bernal y Dr. Ricardo Shibata (responsables del servicio de planificación familiar), se aplicara un cuestionario exprofeso de trece preguntas a toda usuaria de DIU que acuda a solicitar su retiro.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

CRITERIOS DE INCLUSION

- Mujeres de 15 a 49 años de edad.
- Que acudan al servicio de Planificación Familiar de la Unidad de Medicina Familiar no. 94.
- Usuarias del Dispositivo Intrauterino que soliciten su retiro.
- Que acepten responder el cuestionario bajo consentimiento informado.

CRITERIOS DE EXCLUSION

- Mujeres que no estén en edad fértil (menores de 15 años y mayores de 49 años).
- Que no acepten responder el cuestionario

HOJA DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Los datos obtenidos serán vertidos en un cuestionario expofeso bajo la autoría del Dr. Bernal, el cual consta de 13 preguntas, obteniendo datos personales, demográficos, socioculturales y antecedentes gineco-obstétricos:

- Demográficos y socioculturales: edad, ocupación, escolaridad, estado civil, religión.
- Gineco-obstétricos: inicio de vida sexual, número de gestas, partos, abortos, cesáreas, hemorragia uterina, Alteraciones del ciclo menstrual, dispareunia, dismenorrea, colitis, Infecciones vaginales, disminución de la libido.

Ver Cuestionario (ANEXO 2)

DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO

Está basado en un cuestionario el cual consta de 13 preguntas de forma impresa y se entrega a las mujeres en edad reproductiva usuarias de DIU en la UMF 94 en el turno matutino y vespertino.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

El análisis estadístico de los datos obtenidos se realizará con ayuda del programa SPSS Versión 14, para la obtención de media, mediana, moda y desviación estándar en las variables de tipo cuantitativo, para las variables cualitativas se emplearan porcentajes y tablas de frecuencia.

DIFUSIÓN DEL ESTUDIO

El presente trabajo se proyectó como sesión médica de la unidad y en artículo de revista médica indexada.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El desarrollo del presente trabajo tiene bases éticas en los lineamientos internacionales de la declaración Helsinki de 1964, con su última actualización realizada por la Asociación Médica Mundial efectuada en Tokio en el año 2004 y en los principios estipulados en el código de Núremberg de 1947, que determinan que la experimentación médica sea permisible en seres humanos con base en el consentimiento informado voluntario del sujeto humano con absoluta comprensión de los riesgos y beneficios implícitos, implicando reducción del riesgo, daño al mínimo y la proporción favorable de riesgo a beneficio, así como la libertad de retirarse de la investigación por voluntad en cualquier momento. Se actuará en función al código de Belmont, con base en sus tres principios fundamentales que son: el respeto a las personas teniendo como base el trato personal digno y educado, la beneficencia procurando la disminución de los riesgos a la salud con el uso de técnicas y procedimientos estrictamente estandarizados y justicia manteniendo toda actividad, operación, información y decisión sin distinciones.

También se basará en linearemos a la Ley Orgánica de Salud en su capítulo IV en sus artículos 40 al 56 referentes a la investigación en mujeres en edad fértil; por lo que el presente trabajo es de riesgo mínimo por tratarse de un cuestionario como recolección de los datos.

(anexo 3)
RESULTADOS:

Tabla de contenido

Media de Edad de los pacientes..... 30

Porcentaje de escolaridad de las pacientes 31

Porcentaje de ocupación en las pacientes 32

Porcentaje de Estado Civil de los Pacientes 33

Edad de comienzo de vida sexual 35

Número de embarazos 35

Número de partos 35

Número de cesáreas..... 35

Porcentaje de embarazos y sus derivadas 36

Porcentaje de uso de síntomas de DIU. 39

Porcentaje de pacientes que siguen con el uso del DIU 40

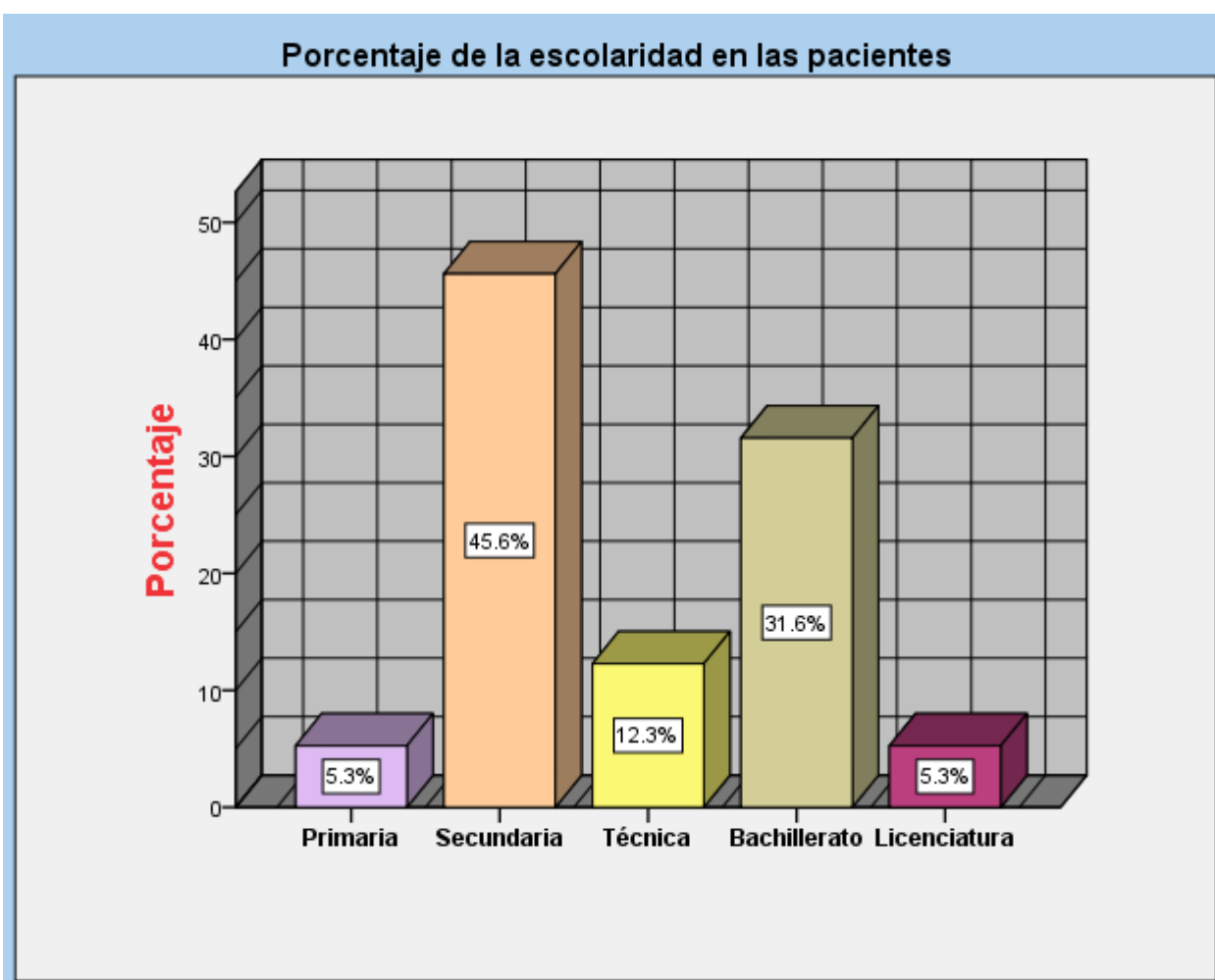
Media de Edad de los pacientes

Informe			
Edad			
Media	Mínimo	Máximo	Mediana
29.70	18	52	29

La edad mínima de las pacientes que contestaron el cuestionario fue de 18 años, la máxima fue de 52 años y la edad media de 29 años.

Porcentaje de escolaridad de las pacientes.

		escolaridad			
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado	
Válidos	Primaria	3	5.3	5.3	5.3
	Secundaria	26	45.6	45.6	50.9
	Técnica	7	12.3	12.3	63.2
	Bachillerato	18	31.6	31.6	94.7
	Licenciatura	3	5.3	5.3	100.0
	Total	57	100.0	100.0	

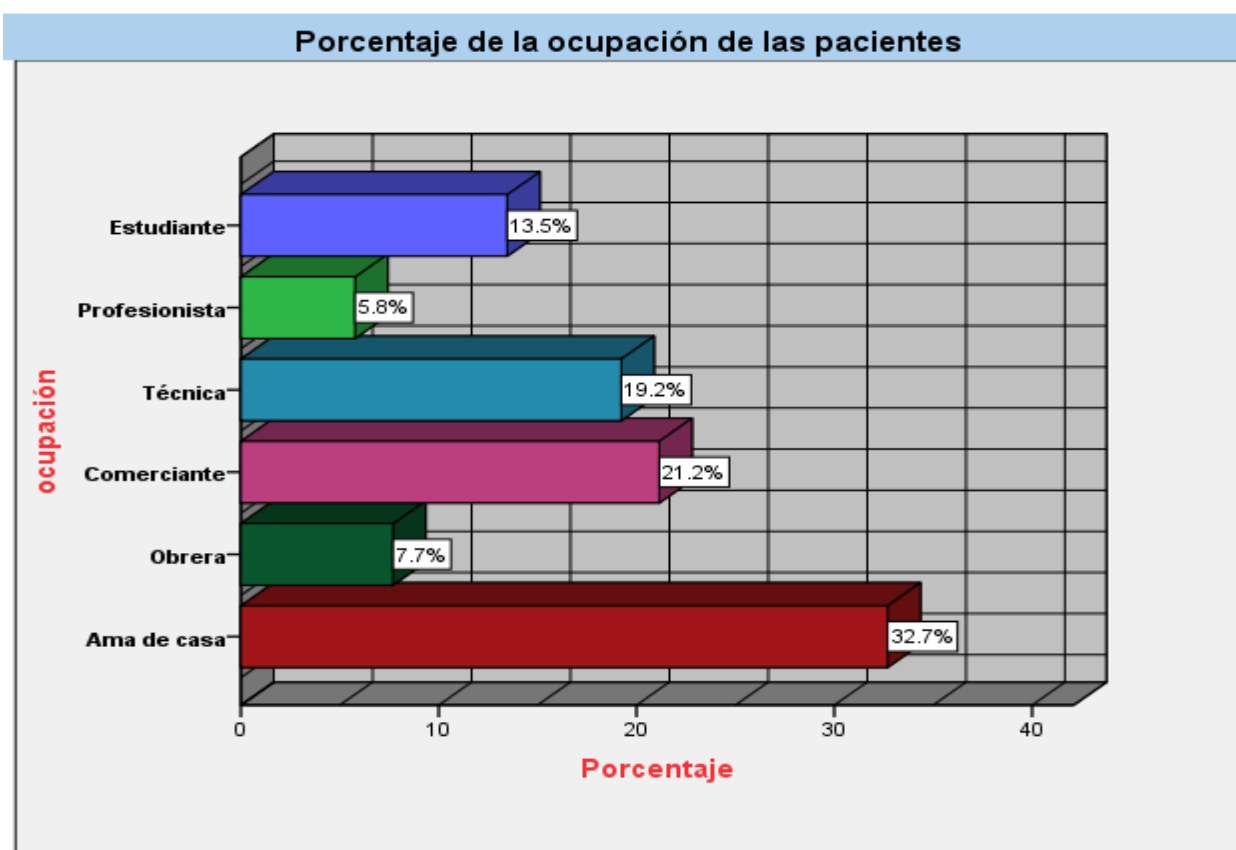


Gráficamente se observa que la educación de las pacientes la que tuvo un mayor porcentaje fue la "Secundaria" y la menor la "Licenciatura"

Porcentaje de ocupación en las pacientes

		ocupación			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Ama de casa	17	29.8	32.7	32.7
	Obrera	4	7.0	7.7	40.4
	Comerciante	11	19.3	21.2	61.5
	Técnica	10	17.5	19.2	80.8
	Profesionista	3	5.3	5.8	86.5
	Estudiante	7	12.3	13.5	100.0
	Total	52	91.2	100.0	
Perdidos	Sistema	5	8.8		
Total		57	100.0		

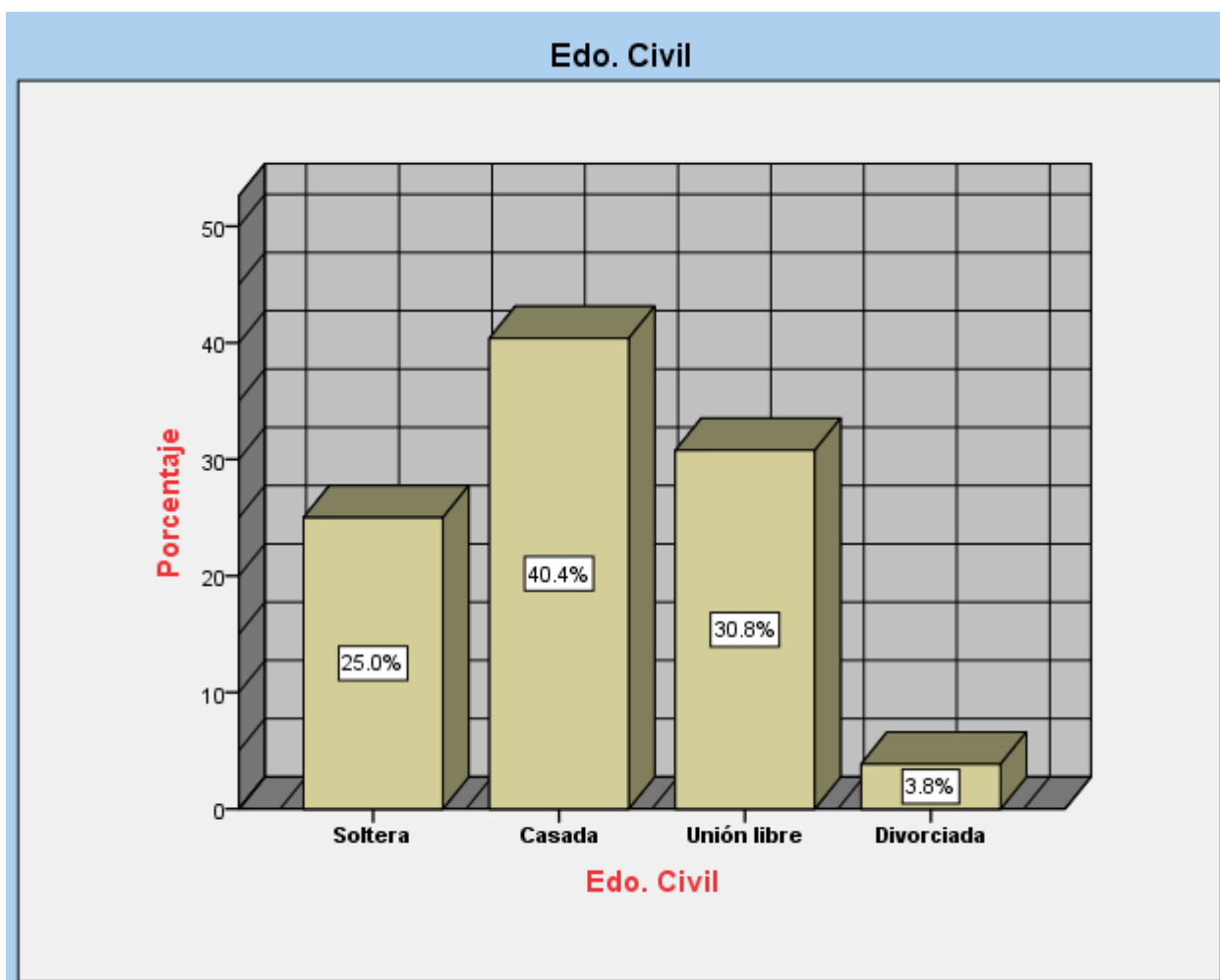
e



Gráficamente se observa que la mayoría de las pacientes (32.7%) se ocupan como Amas de casa y la minoría (5.8%) son profesionistas.

Porcentaje de Estado Civil de los Pacientes

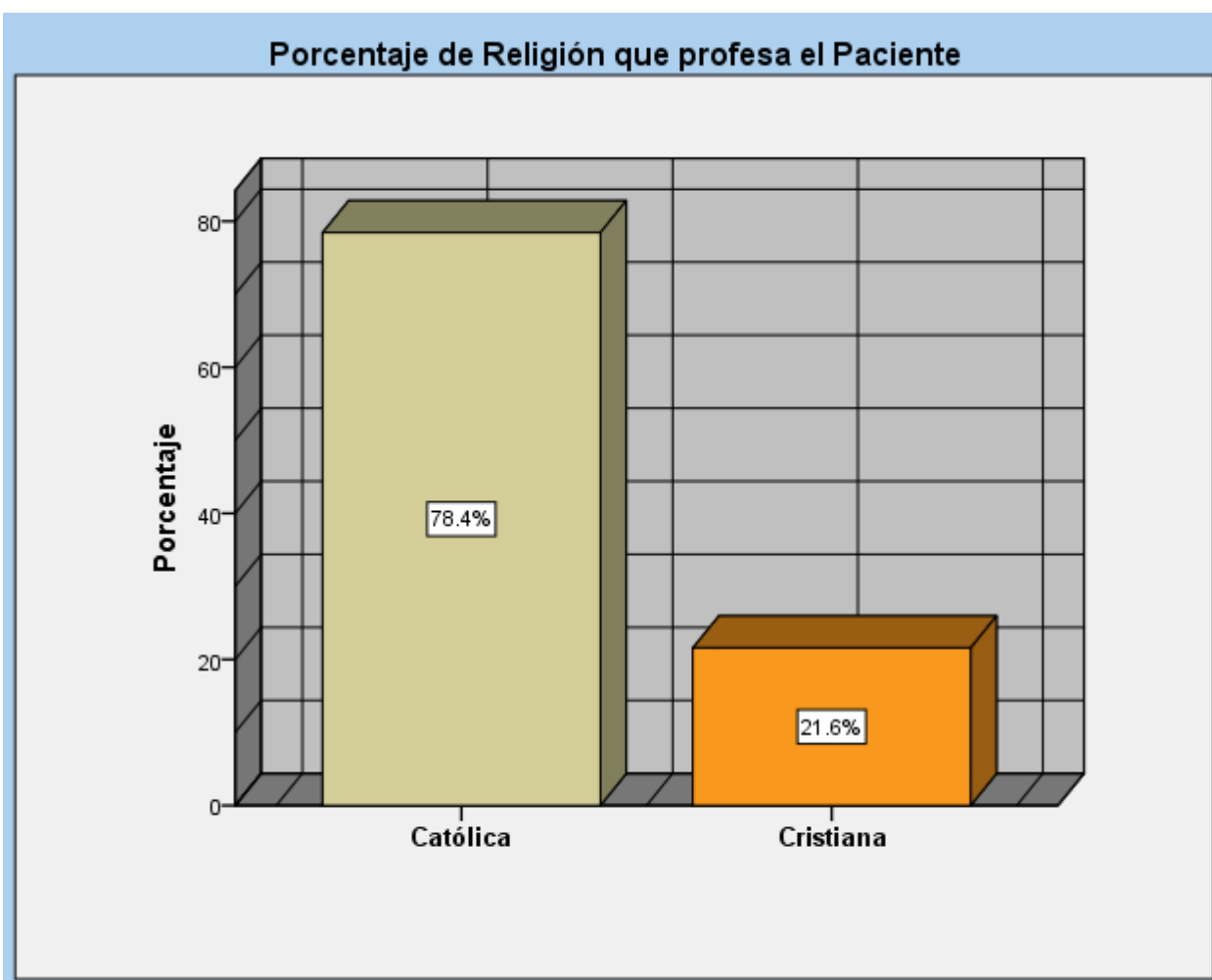
		Edo. Civil			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Soltera	13	22.8	25.0	25.0
	Casada	21	36.8	40.4	65.4
	Unión libre	16	28.1	30.8	96.2
	Divorciada	2	3.5	3.8	100.0
	Total	52	91.2	100.0	
Perdidos	Sistema	5	8.8		
Total		57	100.0		



El estado civil de las pacientes encuestadas, la respuesta mayoritaria (**40.4%**) contestó que es casada y la respuesta minoritaria (**3.8%**) es divorciada.

Porcentaje de Religión que profesan las pacientes.

		Religión			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Católica	40	70.2	78.4	78.4
	Cristiana	11	19.3	21.6	100.0
	Total	51	89.5	100.0	
Perdidos	Sistema	6	10.5		
Total		57	100.0		



El **78.4%** de las pacientes respondieron en mayoría que profesan la religión católica, y el **21.6%** la cristiana.

Edad de comienzo de vida sexual

Informe

Comienzo de vida sexual

Media	Mínimo	Máximo	Mediana
15.72	12	22	15

Las pacientes contestaron que la edad mínima en que empezaron su vida sexual, fue a los 12 años, la mayor fue a los 22 años y la edad media fue a los 15 años

Número de embarazos

Informe

Num. de embarazos

Media	Mínimo	Máximo	Mediana
1.72	1	5	2

En el número de embarazos, la mínima fue de 1 embarazo, la máxima de 5 embarazos y la mediana de 2.

Número de partos

Informe

Num. de partos

Media	Mínimo	Máximo	Mediana
1.39	1	4	1

En el número de partos, la mínima fue de 1 parto, la máxima de 4 partos y la mediana de 1 partos.

Número de cesáreas

Informe

Num. de cesareas

Media	Mínimo	Máximo	Mediana
1.32	1	2	1.00

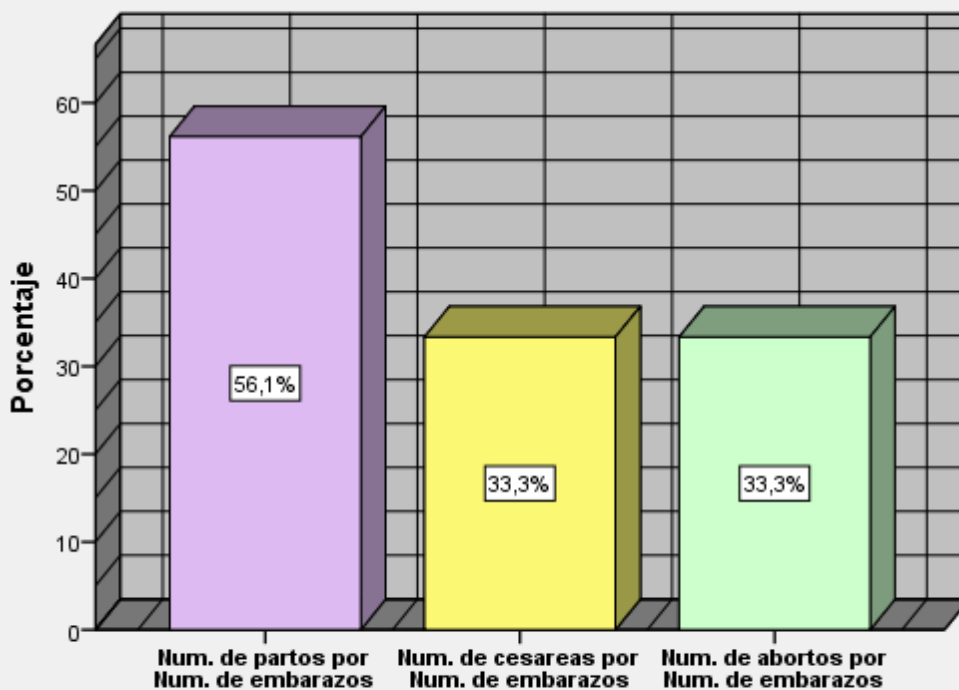
En el número de cesáreas la mínima fue de 1 cesárea, la máxima fue de 2 cesáreas y la mediana de 1 cesárea.

Porcentaje de embarazos y sus derivadas

Resumen del procesamiento de los casos

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Num. de partos * Num. de embarazos	32	56.1%	25	43.9%	57	100.0%
Num. de cesareas * Num. de embarazos	19	33.3%	38	66.7%	57	100.0%
Num. de abortos * Num. de embarazos	19	33.3%	38	66.7%	57	100.0%

Porcentaje de Embarazos y sus derivadas



El **56.1%** de las pacientes embarazadas reportaron que tuvieron un parto normal, y un **33.3%** un parto por cesárea, empatado con una respuesta de aborto

Tabla de contingencia Num. de cesareas * Num. de embarazos

		Num. de embarazos				Total
		1	2	3	4	
1	Recuento	10	3	0	0	13
	% dentro de Num. de cesareas	76.9%	23.1%	0.0%	0.0%	100.0%
2	Recuento	0	4	1	1	6
	% dentro de Num. de cesareas	0.0%	66.7%	16.7%	16.7%	100.0%
Total	Recuento	10	7	1	1	19
	% dentro de Num. de cesareas	52.6%	36.8%	5.3%	5.3%	100.0%

Tabla de contingencia Num. de partos * Num. de embarazos

		Num. de embarazos					Total
		1	2	3	4	5	
1	Recuento	11	8	2	1	0	22
	% dentro de Num. de partos	50.0%	36.4%	9.1%	4.5%	0.0%	100.0%
2	Recuento	0	7	1	0	0	8
	% dentro de Num. de partos	0.0%	87.5%	12.5%	0.0%	0.0%	100.0%
3	Recuento	0	0	0	0	1	1
	% dentro de Num. de partos	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	100.0%
4	Recuento	0	0	0	0	1	1
	% dentro de Num. de partos	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	100.0%
Total	Recuento	11	15	3	1	2	32
	% dentro de Num. de partos	34.4%	46.9%	9.4%	3.1%	6.2%	100.0%

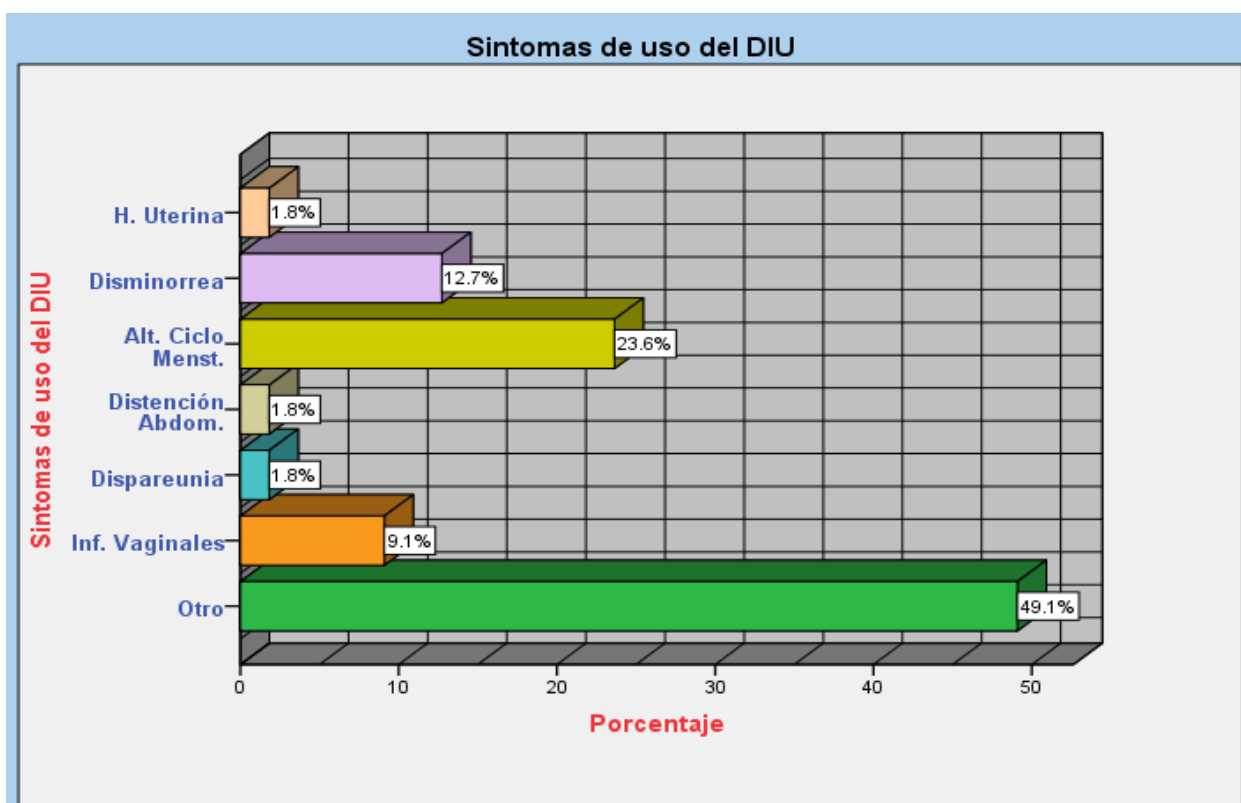
Tabla de contingencia Num. de abortos * Num. de embarazos

			Num. de embarazos					Total
			1	2	3	4	5	
1	Recuento		5	9	1	1	0	16
	% dentro de Num. de abortos		31.2%	56.2%	6.2%	6.2%	0.0%	100.0%
2	Recuento		0	1	1	0	1	3
	% dentro de Num. de abortos		0.0%	33.3%	33.3%	0.0%	33.3%	100.0%
Total	Recuento		5	10	2	1	1	19
	% dentro de Num. de abortos		26.3%	52.6%	10.5%	5.3%	5.3%	100.0%

Porcentaje de uso de síntomas de DIU.

Sintomas de uso del DIU

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	H. Uterina	1	1.8	1.8	1.8
	Alt. Ciclo Menst.	13	22.8	23.6	25.5
	Disminorrea	7	12.3	12.7	38.2
	Distensión Abdom.	1	1.8	1.8	40.0
	Dispareunia	1	1.8	1.8	41.8
	Inf. Vaginales	5	8.8	9.1	50.9
	Otro	27	47.4	49.1	100.0
Total	55	96.5	100.0		
Perdidos	Sistema	2	3.5		
Total		57	100.0		

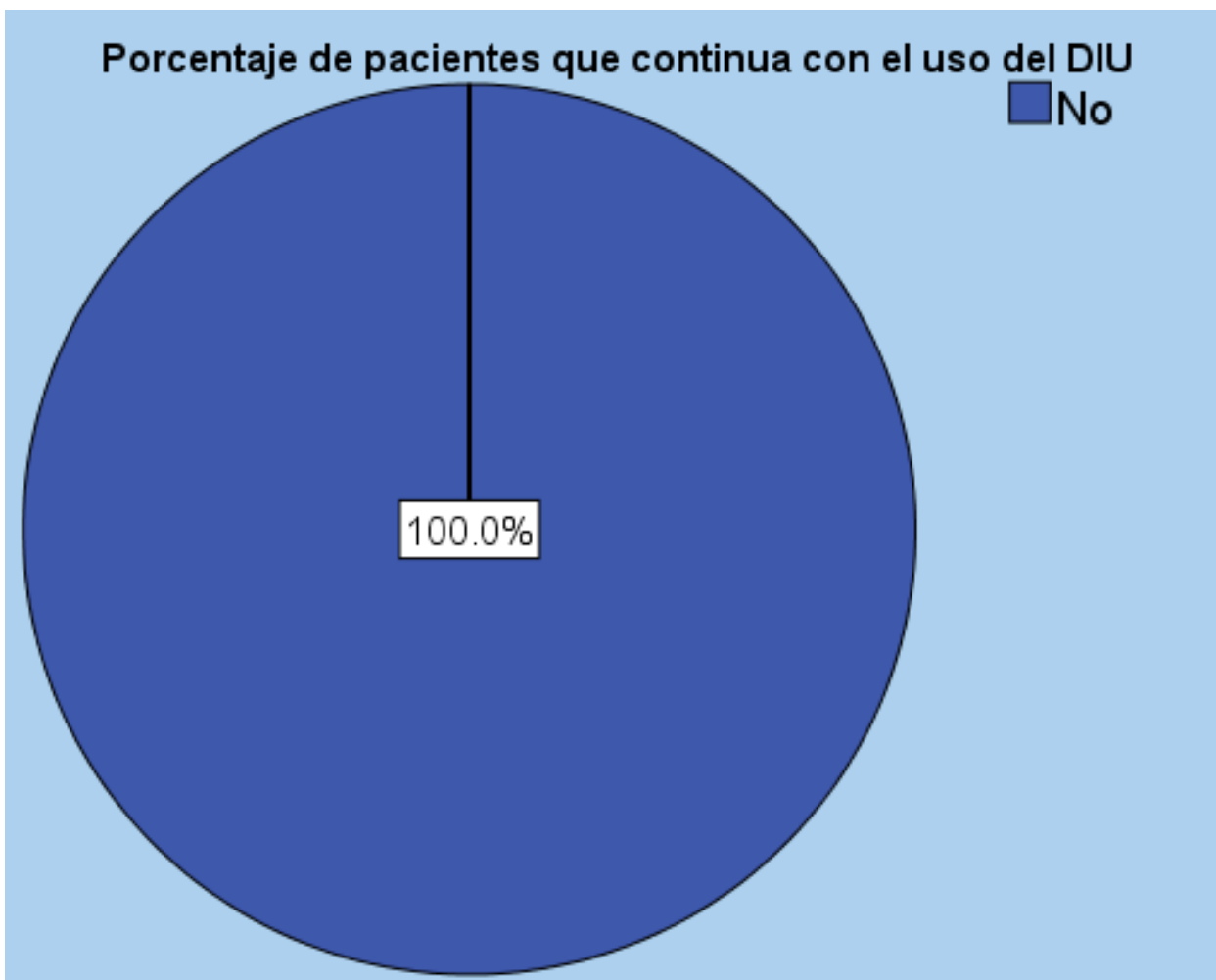


La mayoría de las pacientes respondieron que fue "Otro" (49.1%) el síntoma por el uso del DIU, y las respuestas minoritarias "Distensión Abdominal" junto con la "Dispareunia" y la "H.Uterina" (1.8%) los síntomas por el uso del DIU.

Porcentaje de pacientes que siguen con el uso del DIU

Continua con uso de DIU

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos No	57	100.0	100.0	100.0



El 100% de las pacientes respondieron que al momento de responder el cuestionario, ninguna de ellas sigue utilizando el dispositivo.

CONCLUSIONES

De las pacientes atendidas en el servicio de Planificación Familiar emitieron que las principales causas por las cuales solicitan el retiro del Dispositivo intrauterino es en un mayor porcentaje las situaciones personales que en este estudio se consideró con el ítem de “otro” englobándose dentro de las causas por desacuerdo de la pareja, tabús como “se queda encarnado en la matriz”, por lo que esto genera una necesidad de hacer mayor difusión sobre los métodos de planificación familiar en las pacientes en edad reproductiva haciendo énfasis en los beneficios y en los efectos secundarios de cada uno, brindando información apta para cada grupo de edad ya que podemos observar en nuestro estudio que la vida sexual en nuestra población inicia desde los 12 años de edad y la escolaridad promedio es secundaria por lo que es considerada como población en riesgo arrojando que el perfil social de nuestras usuaria es casada con nivel educativo limite.

Sin embargo algunas de las pacientes refieren deseo de embarazo o incluso paridad satisfecha, este es un punto en el cual los promotores de la salud reproductiva realizan su función de manera correcta, sin dejar a un lado el seguir promoviendo el uso de métodos de planificación al finalizar la gestación.

En un menor porcentaje las alteraciones en el ciclo menstrual, la dispareunia y la distención abdominal, es importante no dejar a un lado que los métodos de planificación familiar deben individualizarse, para así poder ofertar el que logre mayor beneficio para la usuaria.

SUGERENCIAS

Asistenciales

1. Dado el alto retiro de DIU en las pacientes en edad reproductiva considerándose como uno de los métodos más inocuos dentro del sistema de salud, el médico familiar debe reforzar la difusión de los métodos existentes así como los beneficios y efectos secundarios de cada uno de ellos.
2. Aun cuando la principal causa de retiro de DIU fue considerada como causas independientes como son asuntos relacionados con la dinámica familiar es necesario la persistencia de la difusión de la información.

De investigación:

1. Se sugiere la creación de un programa educativo cuya finalidad sea proporcionar la correcta información sobre los beneficios y efectos secundarios de cada uno de los métodos haciendo énfasis en la importancia de adoptar un método con alto porcentaje de seguridad, tomando en cuenta la población en riesgo con escolaridad secundaria
2. Creación de material didáctico que en contenido temático sea de fácil alcance para las usuarias y de fácil aceptación y entendimiento.

De educación:

1. Reforzar la información correcta sobre el uso del DIU en las pacientes en edad reproductiva para posteriormente fomentar el uso de métodos de planificación familiar.
2. Fomentar la distribución de métodos didácticos como trípticos, folletos que atraigan la atención de las usuarias, así como realizar encuentros educativos con el objetivo principal de resolver dudas y establecer pautas para llevar a cabo un debate sobre el empleo correcto de los métodos.

BIBLIOGRAFIA:

1. Francisco Javier Hagenbeck-Altamirano, Rodrigo Ayala-Yáñez, Héctor Herrera-Meillón, Métodos de planificación familiar basados en el conocimiento de la fertilidad. *Ginecología y Obstetricia de México* 2012; 80(4):276-284.
2. Secretaría de Salud. Planificación Familiar y Anticoncepción PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO 2007-2012. México; 2008.
3. NORMA OFICIAL MEXICANA, NOM 005-SSA2-1993, De los Servicios de Planificación Familiar.
4. Elia Ku, Causas de necesidad insatisfecha en planificación familiar en mujeres con embarazo no deseado del Instituto Nacional Materno Perinatal. *Rev. peru. epidemiol.* Agosto 2010; 14 (2): 01-09.
5. Hatcher, R. Y col. Lo esencial de la tecnología anticonceptiva. Programa de Información en Población de la Universidad Johns Hopkins, *Population Reports*. 1999; XIII, (6): 5-11.
6. Miguel Ángel Díaz López, Juan Mozas Moreno, José Luis Gallo Vallejo, Enriqueta Barranco, Dispositivo Intrauterino. *Actualización Obstetricia y Ginecología* 2010; 1-10.
7. Humberto Soriano Fernández, Lourdes Rodenas García, Dolores Moreno Escribano, Criterios de Elegibilidad de Métodos anticonceptivos. *Nuevas Recomendaciones. Rev. Clín. Med. Fam.* 2010; 3 (3): 206-216.
8. Dr. Samuel Santoyo Haro,¹ Dra. Gloria Alvarado Saldivar,² Lic. José Luis Corral Ruíz, et al. Conocimientos generales y uso de métodos anticonceptivos en mujeres en edad reproductiva de 14 países de América Latina. *Aten. Fam.* 2007;14(1):12-16.
9. Alma Luz Vázquez Jiménez, Nery Suárez Lugo, Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en la población de 15 a 44 años del área urbana, Cunduacán. Tabasco 2005. *Horizonte Sanitario Mayo – Agosto* 2006; 5 (2):8-25.
10. Fátima Juárez, José Luis Palma, Susheela Singh, Akinrinola Bankole, Las Necesidades de Salud Sexual y Reproductiva de las Adolescentes en México: Retos y Oportunidades. *Guttmacher Institute* 2010; 1-25.
11. Jo Jones, Ph.D.; William Mosher, Ph.D.; and Kimberly Daniels, Ph.D., Current Contraceptive Use in the United States, 2006–2010, and Changes in Patterns of Use Since 1995. *National Health Statistics Reports* October 2012; 60.
12. Susheela Singh, Jacqueline E. Darroch, *Haciendo Cuentas: Costos y beneficios de los servicios anticonceptivos—Estimaciones para 2012.* Guttmacher Institute, 2012; 1-30.

13. Hammad Ali Qazi, Anjum Hashmi, Syed Amir Raza, Jamil Ahmed Soomro, Aslam Ghauri, Contraceptive Methods and Factors associated with Modern Contraceptive In Use. *Journal of Family and Reproductive Health* March 2010; 4 (1): 41-45.
14. Zavala González Ma., Correa de la Cruz R., Posada Arévalo S., Dominguez Llergo A, Barojas Sánchez J, Argumentos de rechazo de dispositivo intrauterino y oclusión tubárica bilateral postparto, en usuarias de una unidad de segundo nivel de Cárdenas, Tabasco, México. *MED. UIS.* 2009;22:12-8.
15. Ferrer Arreola L, Procedimiento de Planificación Familiar en las Unidades Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social 2250-003-001. Marzo 2010, folio 016.
16. Roberto Lede, Haroldo Capurro, María T. Rosanova, Margarita Grandes, Virgilio Petrunaro, Riesgo sobre la salud reproductiva en nulíparas a consecuencia de la inserción de un dispositivo intrauterino (diu). *Rev. Argent. Salud Pública*, Junio 2010; 1 (3):36-37.
17. Miguel Ángel Alarcón Nivia, Los dispositivos intrauterinos: evolución a través de los tiempos, método de inserción, beneficios y riesgos. *MÉDICAS UIS* 2007;20(2):121-29.
18. Am J, Mecanismo de acción del dispositivo intrauterino (DIU). *Obstet Ginecol* 2011; 204: 427.
19. Consenso sobre anticoncepción intrauterina, Anticoncepción Intrauterina. *Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia* 2006; 2-8.
20. Irving Sivin, IUDs are Contraceptives, Not Abortifacients: A Comment on Research and Belief. *Studies in Family Planning* ; 20 (6): 354 -359.
21. Consenso sobre dispositivos intrauterinos, MECANISMOS DE ACCION DE LOS DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS. *Asociación Médica Argentina de Anticoncepción.* 2005; XII, 439- 459.
22. Karen R. Katz, Laura M. Johnson, Barbara Janowitz, José Miguel Carranza, Factores que Inciden en el Uso Limitado Del DIU en El Salvador. *Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar* 2002; 3-9.
23. Belmonte Andujar, Fuentes Rozalen, López Del Cerro, González Mirasol, García Santos, González De Merlo, EFICACIA Y TOLERANCIA DEL DIU EN NUESTRO MEDIO. *Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia* 2011; id 195: 1-3.
24. Michelle Forcier, MD, MPH; Zeev Harel, MD, Adolescents and the IUD: An Underutilized Contraception for a High-Risk Population. *The Female Patient* ; 36: 22-25.
25. Susana Chávez, Rossina Guerrero y Luis Távara, Mitos y métodos anticonceptivos. *Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos PROMSEX*; Marzo 2011.

ANEXO 1.

VARIABLES UNIVERSALES

NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO	INDICADOR	ESCALA DE MEDICION	CATEGORIA
ESCOLARIDAD	Conjunto de cursos de educación escolarizada seguidos en un establecimiento docente	Último grado académico referido en la encuesta	Cualitativa Policotómica	Lo referido por la participante	Ordinal	1.Sin estudios 2.Primaria 3.Secundaria 4.Técnica 5.Bachillerato 6.Licenciatura 7.Posgrado
OCUPACION	Trabajo o actividad en que emplea el tiempo	Tipo de trabajo, actividad que realiza y que es referida por la participante	Cualitativa Policotómica	Lo referido por la participante	Nominal	1.Ama de casa 2.Obrera 3.Comerciante 4.Técnica 5.Profesionista 6.Estudiante 7.Otra
ESTADO CIVIL	Es la situación civil de las personas.	Situación civil en la que se encuentra la paciente en el momento de la entrevista.	Cualitativa Policotómica	Lo referido por la participante	Nominal	1.Soltera 2.Casada 3.Unión Libre 4.Divorciada 5.Viuda
RELIGION	Actividad humana que suele abarcar creencias y prácticas sobre cuestiones de tipo moral.	Practica humana moral que lleva a cabo el entrevistado en el momento de la entrevista.	Cualitativa Policotómica	Lo referido por la participante	Nominal	1.Católica 2.Cristiana 3.Protestante 4.Evangelista 5.Testigo de Jehová 6.Otra 7.Ninguna
INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA	Edad en la que se inicia la vida sexual en una paciente.	Edad de inicio de vida sexual referida por la paciente	Cuantitativa Policotómica	Lo referido por la participante	Ordinal	1.15-20 años 2.21-30 años 3.31-40 años 4.41-49 años
GESTAS	Número total de embarazos en que se ha hallado la mujer	Número total de embarazos referidos por la participante	Cuantitativa Discontinua	Lo referido por la participante	Razón	De acuerdo al número referido por la participante
PARTOS	Número total de partos en que se ha hallado la mujer	Número total de partos referidos por la participante	Cuantitativa Discontinua	Lo referido por la participante	Razón	De acuerdo al número referido por la participante
CESAREAS	Número total de	Número total de	Cuantitativa	Lo referido	Razón	De acuerdo al

	cesáreas en que se ha hallado la mujer	cesáreas referidos por la participante	Discontinua	por la participante		número referido por la participante
ABORTOS	Número total de abortos en que se ha hallado la mujer	Número total de abortos referidos por la participante	Cuantitativa Discontinua	Lo referido por la participante	Razón	De acuerdo al número referido por la participante

VARIABLES DE ESTUDIO

NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO	INDICADOR	ESCALA DE MEDICION	CATEGORIA
MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA	Mujeres comprendidas entre los rangos de edad de 15-49 años.	Mujeres entre 15-49 años.	Cualitativa Policotómica	La edad referida por la participante	Ordinal	1.15-20 años 2.21-30 años 3.31-40 años 4.41-49 años
CAUSAS DE RETIRO DE DIU	Condición que lleva a tomar la decisión de retirar el Dispositivo Intrauterino	Argumento que justifica el retiro del DIU	Cualitativa Policotómica	La referida por la participante	Nominal	1.Deseo de Embarazo 2.Alteración en la comunicación conyugal 3.Efectos secundarios 4.Por edad 5.Cambio a método definitivo 6.Información informal
SINTOMAS ASOCIADOS A INSERCIÓN DEL DIU	Molestias que se relacionan con la inserción del DIU	Molestias referidas por la paciente y que son relacionadas posterior a la colocación del DIU	Cualitativa Policotómica	La referida por la participante	Nominal	1.Hemorragia uterina 2.Alteraciones del ciclo menstrual 3.Dismenorrea 4.Distensión abdominal 5.Dispareunia 6.Infecciones vaginales 7. Disminución del deseo sexual. 8.Otros

ANEXO 2

**DELEGACION NORTE DEL D.F.
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 94
JEFATURA DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD**

Agradeciendo de antemano su participación, a continuación le realizaremos unas preguntas, solicitando que responda con la mayor veracidad posible. Le reitero que esta información será manejada confidencialmente.

Nombre: _____ **N.S.S.:** _____
Usaria Dispositivo Intrauterino (DIU): **1ª vez ()** **Subsecuente ()**

1. Edad: _____ años

2. Escolaridad:	3. Ocupación:	4. Estado civil:	5. Religión
() Sin estudios	() Ama de casa	() Soltera	() Católica
() Primaria	() Obrera	() Casada	() Cristiana
() Secundaria	() Comerciante	() Unión libre	() Protestante
() Técnica	() Técnica	() Divorciada	() Evangelista
() Bachillerato	() Profesionista	() Viuda	() Testigo de Jehová
() Licenciatura	() Estudiante		() Otra
() Posgrado	() Otra		() Ninguna

6. Inicio de vida sexual: _____ años	7. Número de embarazos: _____	8. Número de Partos: _____	9. Numero de cesáreas: _____	10. Número de abortos: _____
---	--------------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

11. ¿Ha presentado alguno de los siguientes síntomas con el uso del DIU?
(x en caso afirmativo)

Hemorragia uterina: _____ (patrón de sangrado)	Alteraciones en el ciclo menstrual: _____ (que se adelante o se atrase)	Dismenorrea: _____ (dolor o cólicos durante la menstruación)	Distensión abdominal: _____ (inflamación del abdomen)
Dispareunia: _____ (dolor al tener relaciones sexuales)	Infecciones Vaginales frecuentes: _____	Disminución del deseo sexual: _____	OTROS: _____ _____ _____

12. Continúa con el uso del dispositivo intrauterino? NO SI

13. ¿Cuál es las principal causa por la que se retiró el Dispositivo Intrauterino?

ANEXO 3

Consentimiento Informado



Instituto Mexicano del Seguro Social



Carta de Consentimiento informado para participación en proyecto de investigación

México D.F. a ____ de _____ del 2013

Por medio de la presente Yo C. _____
acepto participar en el Trabajo de Investigación titulado “Causas de retiro de Dispositivo intrauterino en pacientes en edad reproductiva”. Registrado ante el comité Local de Investigación 3515 de la UMF 94 del IMSS en la delegación Norte del D.F. con folio ____.

Se me ha explicado que mi participación únicamente consistirá en responder un cuestionario de datos, antecedentes y cuestiones socioculturales personales.

El investigador responsable se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de las preguntas incluidas en el cuestionario o cualquier otro asunto relacionado con la investigación, mi procedimiento o con mi participación en este trabajo.

Entiendo que el investigador no es mi Médico tratante y que conservo el derecho de no responder información de la hoja de recolección de datos y retirarme del estudio en cualquier momento, en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el instituto.

El investigador responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.

Nombre y Firma del entrevistado

Nombre y Firma de Testigo

Investigador Responsable