



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA**

---

**Instituto Nacional de Perinatología**

Isidro Espinosa de los Reyes

**Efectividad, tolerabilidad y tasas de continuidad del uso del  
Dispositivo Intrauterino después de resolver el evento obstétrico en  
mayores de 36 años**

**T E S I S**

Que para obtener el Título de:

**ESPECIALISTA EN BIOLOGIA DE LA REPRODUCCIÓN HUMANA**

**PRESENTA**

**ROSA ESTELA RODRIGUEZ GUERRERO**

**PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN  
BIOLOGÍA DE LA REPRODUCCIÓN HUMANA: DR. JULIO  
FRANCISCO DE LA JARA DIAZ**

**NOMBRE DE DIRECTOR DE TESIS: DRA. NORMA VELAZQUEZ  
RAMIREZ**

**NOMBRE DE ASESOR METODOLÓGICO: DR. ENRIQUE REYES  
MUÑOZ**



**MÉXICO, D. F.**

**AÑO 2016**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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.

## CONTENIDO

AUTORIZACIÓN DE TESIS .....	1
RESUMEN .....	2
ABSTRACT.....	3
MARCO TEORICO.....	4
OBJETIVOS.....	7
HIPOTESIS.....	7
JUSTIFICACIÓN.....	8
MATERIAL Y METODOS.....	9
RESULTADOS.....	10
DISCUSIÓN.....	16
CONCLUSIONES.....	20
REFERENCIAS.....	22
ANEXOS .....	24

**AUTORIZACIÓN DE TESIS**

**Efectividad, tolerabilidad y tasas de continuidad del Dispositivo  
Intrauterino en Mujeres mayores de 36 años después de resolver evento  
obstétrico**

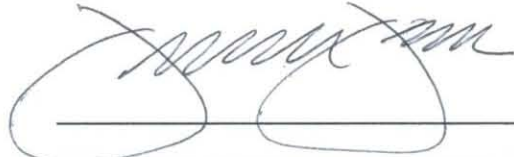


---

**DR. ENRIQUE ALFONSO GÓMEZ SÁNCHEZ**

**Director de Educación en Ciencias de la Salud**

**Instituto Nacional de Perinatología "Isidro Espinosa de los Reyes"**

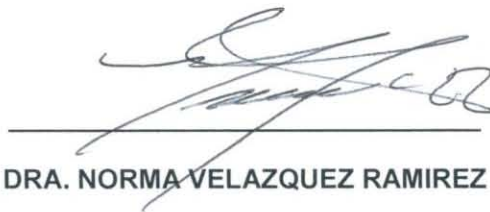


---

**DR. JULIO FRANCISCO DE LA JARA DÍAZ**

**Profesor Titular del Curso en Especialización en Biología de la Reproducción Humana**

**Instituto Nacional de Perinatología "Isidro Espinosa de los Reyes"**



---

**DRA. NORMA VELAZQUEZ RAMIREZ**

**Director de Tesis**



---

**DR. ENRIQUE REYES MUÑOZ**

**Asesor metodológico**

## RESUMEN

Los anticonceptivos reversibles de larga duración (LARC), incluyen dispositivos intrauterinos, son seguros y apropiados para la mayoría de las mujeres. El Dispositivo Intrauterino (DIU) y el implante son los métodos más eficaces de anticonceptivos reversibles disponibles. Durante el primer año, menos de 1 de cada 100 mujeres que usan DIU o implante queda embarazada. A largo plazo, los métodos LARC son 20 veces más eficaces que las píldoras, el parche o el anillo. Tienen tasas de embarazos < 1% por año con el uso perfecto y típico, con altas tasas de continuación y satisfacción.

Se realizó estudio de cohorte prospectivo, transversal, se incluyeron mujeres con embarazo de alto riesgo de 36 a 48 años posterior a la resolución de evento obstétrico atendidas del 1 de Agosto del 2013 al 1 de Agosto del 2014. Los criterios de exclusión fueron mujeres que no estuvieran cursando puerperio o no pertenecientes al Instituto.

El objetivo del estudio es conocer la efectividad, tolerabilidad y tasas de continuidad con el uso del DIU en mujeres en el grupo de edad de 36 a 48 años después de resolver evento obstétrico.

**Palabras clave:** Embarazo de alto riesgo, anticoncepción, métodos anticonceptivos de larga duración, dispositivo intrauterino.

**Effectiveness , tolerability and continuation rates of the IUD in women over 36 years  
after resolving obstetric event**

**ABSTRACT**

The long-term reversible contraception (LARC), including intrauterine devices and implants are safe and appropriate for most women. The intrauterine device (IUD) and the implant are the most effective reversible methods of contraception available. During the first year of normal use, less than 1 in every 100 women who use IUD or implant becomes pregnant. This figure is at the same level as sterilization. In the long term, LARC methods are 20 times more effective than pills, the patch or ring. They have lower rates of pregnancy than 1% per year with perfect and typical use, with high continuation rates and satisfaction. Prospective cohort study was conducted, they shall be included women with high-risk age group of 36-48 years after the resolution of obstetric event treated in our institution of August 1, 2013 to August 1, 2014.

The criteria pregnancy Exclusion of women who were not enrolled postpartum or belonging to the Institute. The objective of the study was to determine the effectiveness, tolerability and continuation rates with the use of long-acting contraceptives, especially the intrauterine device in women in the age group of 36-48 years after solving obstetric event.

**Keywords:** High-risk pregnancy, contraception, long-term contraception, intrauterine device.

## MARCO TEÓRICO

La salud sexual y reproductiva es el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no meramente la ausencia de enfermedad en todas las cuestiones relativas al aparato reproductor y sus funciones y procesos; <sup>1</sup>

La salud reproductiva lleva implícito el derecho del hombre y de la mujer a contar con información de planificación familiar y el acceso a métodos seguros, eficaces, disponibles y aceptables, así como el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan embarazos y partos sin riesgos. <sup>2,3</sup>

Si tenemos en cuenta que la mayoría de las mujeres entre los 35 y 50 años tienen vida sexual activa, sin la disminución de la libido (55%), con una frecuencia coital de 2 veces por semana (64%), respuesta orgásmica (94%), y que el 95% de mujeres con ciclos regulares ovulan y el 34% de las que tienen oligomenorreas, en quienes se ha documentado incremento de la hormona FSH, también ovulan, se recomienda que quienes pertenecen a este grupo usen anticoncepción hasta un año después de haber tenido el cese definitivo de la menstruación, ante la posibilidad de un embarazo. De otro lado, el embarazo en este periodo tiene riesgos potenciales, como mayor morbilidad materna, anomalías fetales, tasas elevadas de abortos y mortalidad perinatal<sup>4</sup>. Se reconoce que después de los 40 años la mitad de ellas pueden quedar embarazadas.<sup>5</sup> Además, los riesgos relacionados con el embarazo aumentan hasta 50 veces en este grupo de edad, en comparación con las mujeres que tienen entre 20 y 29 años,<sup>6</sup> por lo que el uso y tipos de anticonceptivos utilizados adquieren relevancia.

La planificación familiar se reconoce como una intervención que ha permitido disminuir las tasas de mortalidad materna-neonatal y también mejorar las condiciones de vida de las personas al decidir libremente el número de hijos que desean tener. Dentro de las estrategias que la Secretaría de Salud ha puesto en marcha para disminuir la mortalidad materna destaca la anticoncepción posterior a un evento obstétrico (APEO). La APEO se refiere a las acciones de educación, consejería y la provisión de un método anticonceptivo posterior a la finalización del embarazo, ya sea después del aborto, parto o cesárea.<sup>8</sup> Vease tabla 1.

En relación con las mujeres de 20 a 49 años que tuvieron un evento obstétrico en los últimos cinco años, y que antes de salir del hospital o lugar donde la atendieron le proporcionaron un método anticonceptivo, la información que proporcionan en cuanto al tipo de método recomendado indica que es de 47.6% para la OTB/vasectomía, con un porcentaje de 37.6, el dispositivo intrauterino (DIU), seguido por los anticonceptivos hormonales (10.8%) y el condón (2.4%).

Es importante que el método proporcionado garantice durante esta etapa, el mantenimiento de la lactancia y la salud de la madre y del hijo, circunstancias que hacen delicada esta etapa de la vida de la mujer.<sup>7</sup>

Es importante remarcar que la elección del método anticonceptivo en esta edad se ve afectada por la declinación general de la fecundidad, el conocimiento



anterior de la mujer sobre anticoncepción y la experiencia anticonceptiva.<sup>9</sup> Otros factores que se relacionan con el uso de los métodos anticonceptivos son el nivel de escolaridad de la mujer, el ingreso familiar,<sup>4</sup> la paridad,<sup>10</sup> el nivel socioeconómico,<sup>11</sup> la presencia de enfermedades,<sup>12</sup> la orientación y la información profesional,<sup>13</sup> entre otros.

Por lo anterior, es necesario diseñar programas efectivos dirigidos a la prevención de embarazos en especial en este grupo de pacientes.

En el Instituto Nacional de Perinatología (INPer), durante la consulta prenatal y en la unidad toco-quirúrgica, previo a resolver el evento obstétrico, se remarca la importancia del uso de un método anticonceptivo en base a la necesidad de retrasar un nuevo embarazo y crear conciencia de la importancia de continuar el mayor tiempo posible la anticoncepción.

Antes de discutir las opciones anticonceptivas, las pacientes deben tener la oportunidad de expresar sus necesidades y decidir libremente si quieren protegerse contra enfermedades de transmisión sexual y alargar el tiempo intergenésico. El deber del equipo de salud es ayudar a la paciente para tomar una decisión informada, voluntaria y adecuada a sus circunstancias particulares, tomando en cuenta sus conductas sexuales, frecuencia de relaciones sexuales, riesgo de enfermedades de transmisión sexual, eficacia del método, la capacidad

para cumplir con el uso, capacidad de tolerar los efectos secundarios, el costo, así como actitudes y anticonceptivo y su cumplimiento.

Los médicos que brindan la atención prenatal se encuentran en una posición única para guiar a la paciente hacia un comportamiento sexual más responsable por lo que deben orientar la atención clínica y utilizar su juicio clínico para adaptarse a las circunstancias de cada uno en

específico. Para ayudar en lugar de obstaculizar, los médicos deben ser conscientes de las necesidades de las pacientes para el desarrollo de una sexualidad sana y proteger la fertilidad futura.

## **OBJETIVOS**

El objetivo del estudio es conocer la efectividad, tolerabilidad y tasas de continuidad con el uso de anticonceptivos de larga duración, en especial el Dispositivo intrauterino, en mujeres en el grupo de edad de 36 a 48 años después de resolver evento obstétrico.

## **HIPOTESIS**

Las pacientes mayores de 36 años que han experimentado un embarazo prefieren un anticonceptivo de larga duración para evitar un embarazo a corto

plazo, facilidad de uso, accesible y con mayor efectividad.

## **JUSTIFICACION**

Las mujeres mayores de 35 años prefieren el uso de métodos permanentes u otros que les garanticen períodos largos con la tranquilidad de no tener embarazos. Así, el dispositivo intrauterino es una opción muy conveniente para aquellas mujeres que además no deseen exponerse al riesgo de una intervención quirúrgica o tengan alguna contraindicación para esta. Este método, después de los 40 años, puede considerarse como permanente, pues es posible que se use hasta la menopausia.<sup>14</sup> Por otro lado, existen diversos factores que influyen

en la toma de decisión de la paciente para la elección del método anticonceptivo, por ejemplo, varias pacientes de este grupo de edad desean un segundo embarazo a corto plazo ya que algunas tienen el antecedente de infertilidad o no hijos vivos por lo que optan por el DIU como método por su eficacia, costo y reversibilidad en corto plazo.

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

Se realizó un estudio de cohorte prospectivo, se incluyeron mujeres con embarazo de alto riesgo del grupo de edad de 36 a 48 años que eligieron el uso de DIU posterior a la resolución de evento obstétrico atendidas en nuestra institución del 1 de Agosto del 2013 al 1 de Agosto del 2014. Todas firmaron un consentimiento informado de los riesgos y posibles complicaciones del uso del método de planificación familiar. Los criterios de exclusión fueron mujeres de 35 años o menores, mujeres que no estuvieran cursando puerperio, pacientes no pertenecientes al INPer, pacientes con alguna patología agregada que contraindicara su uso, antecedente de histerectomía y/o ooforectomía, pacientes que no eligieron DIU como método anticonceptivo.

Definimos como embarazo de alto riesgo como aquel en el que se tiene la certeza o la probabilidad de estados patológicos o condiciones anormales concomitantes con la gestación y el parto, que aumentan los peligros para la salud de la madre o del producto, o bien, cuando la madre procede de un medio socioeconómico precario.<sup>15</sup>

Definimos como evento obstétrico situación en la cual se resuelve cualquier embarazo el cual incluye parto, aborto o cesárea.<sup>15</sup>

La información se recabó del expediente clínico. Los datos se obtuvieron en el instrumento de recolección, posteriormente se vaciarán en una hoja de Excel, se codificarán y se utilizará el programa SPSS versión 15 para el procesamiento de los datos, estadística y presentación de los resultados, que se presentarán en cuadros.

### **Variables de estudio**

Las variables que se analizarán son: Variable independiente: Edad de la paciente, tipo de evento obstétrico y características sociodemográficas. Variables dependientes: elección de método anticonceptivos de larga duración (DIU), tiempo del uso de anticonceptivo, tolerabilidad del método y su efectividad.

## **RESULTADOS**

De un total de 68 pacientes de 36 a 48 años con embarazo de alto riesgo que se les colocó DIU posterior a la resolución de evento obstétrico atendidas en nuestra institución del 1 de Agosto del 2013 al 1 de Agosto del 2014, se incluyeron 44 pacientes que continuaron el uso de DIU por 52 semanas.

Las características demográficas de la población se resumen en la tabla 2.

La edad media de las usuarias de DIU fue de 38 años.

La media del índice de masa corporal fue de 29 kg/m<sup>2</sup>. La distancia del DIU al fondo uterino tuvo una media de 0.2 cm, lo que indica que se encontraba bien colocado.

El porcentaje de pacientes que tuvieron una gesta fue del 36.4%, 2 gestas el 27.3%, 3 gestas el 18.2%, 4 gestas el 11.4%, 5 gestas el 4.5% y 6 gestas 2.3%.

Vease el Cuadro 1.

En cuanto al porcentaje de hijos vivos se reporta que al menos 84.1% de las mujeres por lo menos tenía un hijo vivo, mientras que el 15.9% no tenía hijos vivos. Vease el cuadro 2.

El último evento obstétrico realizado previo a la colocación del DIU se resume en la tabla 3. Se investigó en el expediente las hojas de Trabajo social, donde se reportó si el embarazo fue planeado o no planeado. El 59% de las pacientes no planearon el embarazo pero lo aceptaron, mientras que el 9% no planeo el embarazo y no fue aceptado por la pareja. El 31.8% planeó el embarazo o al menos lo deseaba.

mientras que el 25% cursó la secundaria. Solo un 9.1% cursó la primaria y otro 9.1% cursó una carrera técnica. El 95.5% es católica, mientras que el 4.5% era cristiana.

En cuanto a la ocupación el 84.1% se dedicaba al hogar, mientras que el 15.9% tenía un empleo.

En el INPer se da un nivel socioeconómico de acuerdo a la percepción de ingresos de la paciente: 47.7% tenía un nivel 2, el 31.8% tenía un nivel 3, el 13.6% un nivel 4 y sólo un 6.8% tenía un nivel 1.

El factor de riesgo por el que fueron aceptadas en el estudio en mayor porcentaje se encontró la obesidad en un 45.5%, el 27.3% tenía miomatosis uterina la mayoría de pequeños elementos que n

12

DIU. En cuanto al padecimiento de enfermedades crónicas el 13.7% padecía hipertensión arterial sistémica crónica, mientras que el 6.9% padecía diabetes mellitus. El 11.4% padecía enfermedad tiroidea, en su totalidad hipotiroidismo el cual se encontraba en tratamiento y en control. Solo una paciente padecía Lupus Eritematoso Sistémico y una padecía hiperplasia suprarrenal congénita de inicio tardío. Solo una paciente padecía cardiopatía congénita la cual se encontraba en control. Un 6.9% padecía alguna infección como citomegalovirus o virus del papiloma humano. El 18.3% padecía otras enfermedades entre ellas neurológicas, urológicas, respiratorias, psiquiátricas o gástricas. En cuanto a las complicaciones presentadas durante el último evento obstétrico el 34.1% no presentó complicaciones, 15.9% tuvo diabetes gestacional, 13.7% tuvieron intolerancia a los carbohidratos, el 11.4% terminó el embarazo en aborto, el 4.6% presentó hemorragia, 4.6%

presentó preeclampsia, el 20.5% tuvo otro tipo de complicaciones como retraso en el crecimiento intrauterino, ruptura prematura de membranas, placenta de inserción baja, etc.

El momento de colocación se reportó en su mayoría de intervalo con un 34.1%, el 31.8% fue transcesárea, el 15.9% fue postplacenta, el 9.1% fue en puerperio tardío y el 9.1% fue postaborto. Vease el cuadro 3.

Sólo hubo 4 expulsiones, todas fueron por observación 2 fueron colocados postplacenta, uno transcesárea y otro de intervalo. En cuanto al retiro, 3 pacientes se lo retiraron por sintomatología (dolor y sangrado).

En cuanto al seguimiento, se realizan revisiones del DIU en el servicio de Planificación Familiar. La primera revisión es a las 6 semanas posteriores a la resolución del evento obstétrico, posteriormente se les cita cada 12 semanas para una nueva revisión hasta llegar a un total de 6 revisiones o tener 52 semanas de uso del DIU adecuadamente colocado. En nuestra población, sólo el 52.3% acudió a su primera revisión del INPer, el 13.6% acudió a 2 revisiones, el 6.8% acudió a 3 revisiones, 20.5% acudió a 4 revisiones, el 2.3% a 5 revisiones y el 4.5% a 6 revisiones. Vease el cuadro 4.

Del total de la población sólo el 22.7% se dio de alta del servicio de Planificación familiar, el 18.2% se retiró el DIU por diversas razones (dolor,



sangrado, infección o expulsión) y el 9.1% cumplieron las 52 semanas de uso de DIU sin embargo pensaban retirárselo a corto plazo por deseo de otro embarazo. Para verificar que el resto de la población tuviera colocado el DIU se realizaron llamadas telefónicas para verificar la razón del por qué no acudieron y si todavía lo usaban. Sólo en el 50% de la población nos logramos comunicar vía telefónica para corroborar si seguían utilizando el método o no. La causa de no asistir, un 63% olvidó la cita, 22.7% perdieron la cita y ya no la reprogramaron y sólo el 4.5% no asistió por causa laboral. Vease el cuadro 5. Se les preguntó si llevaban seguimiento del DIU por otro facultativo, el 90.9% no llevaron control posterior, sin embargo continuaban con el dispositivo, sólo el 9.1% acudió con un médico particular para su seguimiento, donde sólo se realizó especuloscopia para observar los hilos guía. Durante la primera revisión en el 45.5% no se observaron los hilos.

En cuanto a los efectos secundarios, el 79.5% no mostró algún efecto, 13.6% presentó dolor, el 11.3% presentó sangrado, sin embargo no se lo retiraron y se dio tratamiento para la sintomatología. Se indagó si la paciente había cursado con infertilidad, el 81.8% no tenía el antecedente, el 11.4% tenía infertilidad primaria y el 6.8% cursaban con infertilidad secundaria. Sólo una paciente había logrado el embarazo por técnica de reproducción asistida y el resto fue logrado espontáneo.

En la primera revisión el 52.3% tenía lactancia total, el 25% lactancia parcial y el 22.7% no lactaba. El 59.1% presentaba amenorrea y el 40.9% ya habría presentado de nuevo menstruación.

14

## **DISCUSIÓN**

El objetivo del estudio fue conocer la efectividad, tolerabilidad y tasas de continuidad con el Dispositivo intrauterino, en mujeres mayores a 36 años después de resolver evento obstétrico. La paridad es una variable determinante en la selección y uso de los anticonceptivos, en nuestro estudio se observó que la mayoría de las pacientes sólo tenían un hijo vivo o no tenían hijos vivos por lo que posterior a la resolución del evento obstétrico, optaron por un método reversible. Otra posible explicación sería que al arribar a los 35 años, las mujeres pueden considerar su maternidad "satisfecha" ó "terminada" con un solo hijo, o incluso sin ellos, dado el concepto de riesgo que para muchas de ellas (e incluso para el personal de salud) representa tener más de esta edad.

Una mujer mayor de 35 años, con 1 hijo o ninguno, podría utilizar el DIU como un método que le asegure un tiempo largo de tranquilidad y que incluso se comporte como un método espontáneo.

En la primera revisión el 52.3% tenía lactancia total, el 25% lactancia parcial y el 22.7% no lactaba. El 59.1% presentaba amenorrea y el 40.9% ya habría

presentado de nuevo menstruación.

## **DISCUSIÓN**

El objetivo del estudio fue conocer la efectividad, tolerabilidad y tasas de continuidad con el Dispositivo intrauterino, en mujeres mayores a 36 años después de resolver evento obstétrico. La paridad es una variable determinante en la selección y uso de los anticonceptivos, en nuestro estudio se observó que la mayoría de las pacientes sólo tenían un hijo vivo o no tenían hijos vivos por lo que posterior a la resolución del evento obstétrico, optaron por un método reversible. Otra posible explicación sería que al arribar a los 35 años, las mujeres pueden considerar su maternidad "satisfecha" ó "terminada" con un solo hijo, o incluso sin ellos, dado el concepto de riesgo que para muchas de ellas (e incluso para el personal de salud) representa tener más de esta edad.

Una mujer mayor de 35 años, con 1 hijo o ninguno, podría utilizar el DIU como un método que le asegure un tiempo largo de tranquilidad y que incluso se comporte como un método definitivo en estas edades,<sup>14</sup> sobre todo si ella considera su maternidad "satisfecha" o

"terminada", al priorizar la realización de proyectos de vida personales no relacionados con la maternidad. Si a lo anterior se agrega que el nivel de escolaridad encontrado es elevado (la mayoría habían cursado con preparatoria, licenciatura o carrera técnica), serían razones de interés para que ellas

decidieran controlar su fecundidad con este método.

Debe considerarse además que el DIU es e

16

están presentes ciertas condiciones médicas,<sup>16</sup> pero esta variable, junto a la escolaridad<sup>14</sup>, la religión, ingreso familiar y la actividad laboral<sup>17</sup> no resultaron significativas en nuestro estudio.

La tasa de expulsión del DIU en el puerperio inmediato en este estudio es adecuado de acuerdo a lo reportado en la literatura, se encontró que de 4 expulsiones, 2 fueron colocados posplacenta, uno transcesárea y el otro el intervalo, el cual fue expulsado en dos ocasiones más en la misma paciente por lo que se deben investigar circunstancias intrínsecas a la paciente. Para los criterios de elegibilidad del 2009 de la Organización Mundial de la Salud mencionan que la inserción posparto inmediata del DIU con cobre, en especial cuando la inserción tiene lugar inmediatamente después del alumbramiento de la placenta,

se asocia con tasas más bajas de expulsión del DIU que la inserción posparto diferida. Además, las tasas de expulsión con la inserción en el momento de la cesárea después del alumbramiento de la placenta son más bajas en comparación con las inserciones vaginales después de la inserción inserción

no aumentaron con la inserción del DIU en ningún momento durante el período posparto.

Una de las estrategias, de acuerdo con los resultados, es supervisar la aplicación del DIU por el personal de base cuando lo aplique el personal becario.

También es importante que el médico de planificación familiar realice la revisión, ya que con esto se lograría reducir las tasas de expulsión; en el

INPer realizamos la revisión por medio de ultrasonido y medimos en la colocación del DIU en base al fondo uterino, el cual de manera óptima debe ser

menor a 1 cm. Es muy conveniente continuar promoviendo la inserción del DIU posparto; aun cuando las tasas de expulsión sean mayores, las ventajas son

superiores, además, si no se aplica en este momento después es muy difícil que las mujeres acudan para colocárselo en citas posteriores. En las mujeres

que aceptan la colocación de DIU posparto es primordial hacer énfasis en la autoexploración, para identificar si no han expulsado el DIU y también es

indispensable mencionarles la importancia de acudir a sus citas de control, ya que de otra

manera pueden tener un embarazo no deseado.<sup>19</sup> En el INPer idealmente

se realizan 6 revisiones, a primera a las 6 semanas posteriores a la colocación y posteriormente cada 3

meses hasta completar una revisión de más de 52

semanas para darse de alta y continuar sus revisiones en el centro de salud de manera anual hasta que la paciente decida su retiro. En nuestro estudio la mayoría acudió a su revisión de 6 semanas, sin embargo solo un 4.5% completó las 6 revisiones con ultrasonido. Para poder valorar la continuidad nos comunicamos con las pacientes vía telefónica para averiguar la causa de sus inasistencias a revisión y si continuaban con el DIU de las cuales el 50% menciona que continua con DIU mientras que el otro 50% no fue posible comunicarnos vía telefónica en algunas ocasiones el teléfono no correspondía o no se enlazaba la llamada; de las pacientes que contestaron la llamada, sólo en una de ellas se revisó el DIU con facultativo mientras que el resto no se lo ha revisado desde la primera revisión. A pesar de no acudir a sus revisiones, ninguna paciente registró embarazo. De las pacientes que no asistieron, la mayoría olvido su cita o la perdió y no la reagendó, por lo que es necesario reforzar la información para remarcar la importancia de su revisión.

En cuanto a los efectos secundarios el 79.5% no mostró ninguno, el 13.6 presentó dolor y el 11.3% sangrado, los cuales fueron controlados con

medicamento (analgésicos antiinflamatorios no esteroideos) en caso de que se demostrara que el DIU se encontraba en perfectas condiciones y adecuada colocación.

En cuanto a los factores de riesgo de las pacientes encontrados la Obesidad sigue siendo el primer lugar seguida de miomatosis uterina y en tercer lugar enfermedades crónicas como hipertensión y diabetes mellitus. Sabemos que los criterios médicos de elegibilidad tratan el uso de anticonceptivos en personas con condiciones médicas específicas.<sup>20</sup> Sin embargo todos los factores de riesgo no contraindicaron el uso del DIU como método anticonceptivo.

Sólo el 17% cursaba infertilidad, sin embargo la mayoría logró el embarazo de manera espontánea y a la resolución decidieron utilizar DIU como método anticonceptivo de larga duración. Cabe mencionar que las pacientes del grupo de 36-38 años prefirieron retirarse el DIU un año posterior a su colocación, ya que buscaban un nuevo embarazo a corto plazo. El grupo de 39 años o más preferían un método de larga duración sin desear retiro ya que consideraban ya no embarazarse en corto o mediano plazo.

## **CONCLUSIONES**

Las tasas de fracaso anuales del DIU están por debajo de 1 por cada 100 usuarios. Las agencias reguladoras (por ejemplo, la FDA en los Estados Unidos) ha aprobado el uso continuo de una T de cobre 380 durante diez años. En las

mujeres de 35 años o mayores, los DIU de cobre son tan eficaces como la oclusión tubárica. Los dispositivos disponibles en el sector público son baratos. El DIU de cobre es el método reversible más rentable de los anticonceptivos, ya que combina un período extremadamente largo de la protección con una alta eficacia, año tras año. Debido a que los DIU de cobre evitan los efectos secundarios sistémicos y riesgos, se consideran más seguros que los anticonceptivos hormonales. Sin embargo existen desventajas como los efectos secundarios. El dolor puede experimentarse en la inserción y durante el uso posterior. El dispositivo puede ser expulsado, parcial o totalmente, generalmente en los primeros meses, dejando a una mujer en riesgo de embarazo por lo que es necesario su revisión periódica en los primeros meses posteriores a la resolución del evento obstétrico. Desgraciadamente en nuestro estudio existió un sesgo.

importante al no contar con toda la información de las pacientes, ya que algunas no fue posible comunicarnos con ellas y por lo tanto hubo una pérdida considerable de pacientes que eligieron DIU como anticonceptivo posterior a la resolución del evento obstétrico por lo que no fue posible dar un resultado preciso de las tasas de continuidad del método, sin embargo no se reportó embarazo en ningún caso de las pacientes dadas de alta o su seguimiento vía



telefónica al momento del estudio y la mayoría refería tolerarlo bien.

Consideramos que la orientación del médico es una variable que influye positivamente en la decisión de uso de DIU en la población de mujeres estudiadas entre 36 y 49 años de edad, sobre todo si se considera que la paridad está "satisfecha" o "terminada".

## REFERENCIAS

1. Naciones Unidas. World population prospects: The 2012 Revision. Nueva York: División de Población, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, 2012.
2. FNUAP. El Estado de la Población Mundial 2003: Panorama general de la vida de los adolescentes. [Consultado 31 julio 2015]. Disponible en: <http://www.unfpa.org/swp/2003/spanol/ch1/page2.htm>
3. Secretaría de Salud. Programa de Acción: Salud Reproductiva. México: SSa, 2001.
4. Tula Z, Susana C, Rossina G, Luis T. Mitos y métodos anticonceptivos. Centro de promoción y defensa de los derechos sexuales y reproductivos PROMSEX, 2011.
5. World Health Organization. Research on the Menopause in the 1990.

WHO Technical Reports Series, 866. Geneva: World Health Organization, 1996.

6. Riphagen FE, Fortney JA, Koelb S. Contraception in women over forty. *Biosoc Sci* 1998;20:127-42.
7. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Instituto Nacional de Salud Pública. Disponible en <http://ensanut.insp.mx>
8. Secretaría de Salud. Diario oficial de la Federación 2009.
9. Declaración del IMAP sobre anticoncepción para mujeres mayores de 35 años. En: *Boletín Médico de IPPF*. Robin Fox 1997;31:1-2.
10. Lee HS, Kong SK, Cho H. A new look at the korean fertility transition: its impact on women, final report to the women's studies projects. Research triangle park, NC: Family Health, 1998
11. Secretaría de Salud. La planificación familiar en el contexto de la salud reproductiva. Subsecretaría de Salud Reproductiva. México D.F: Espiral Editora SA de CV; 1998:65-71.
12. Eggleston E. Causas determinantes de embarazos no planeados en el Ecuador. *Perspectivas internacionales en planificación familiar* 1999; No. especial: 2-8.

## ANEXOS

### TABLAS

Tabla 1.

Distribución porcentual de mujeres de 20 a 49 años según método anticonceptivo postevento obstétrico. México, ENSANUT 2012

Método anticonceptivo	Frecuencia*	%
Condón	283.5	2.4
Hormonales	1 277.0	10.8
DIU	4 431.2	37.6
OTB/vasectomía	5 605.8	47.6
Otros	123.8	1.1
NE	54.9	0.5
Total	11 776.3	100

\* Frecuencia en miles  
NE: no especificado  
Fuente: Cuestionario de adultos, ENSANUT 2012

Tabla 2.

**Tabla 2. Características demográficas de la población de estudio**

<b>CARACTERISTICAS</b>	<b>MÍNIMO</b>	<b>MÁXIMO</b>	<b>MEDIA</b>	<b>DESVIACIÓN</b>
<b>EDAD</b>	36	48	38.11	2.94
<b>GESTAS</b>	1	6	2.27	1.31
<b>PESO</b>	45	100	73.12	14.30
<b>TALLA</b>	144	173	157.77	5.58
<b>IMC</b>	20.5	39	29.12	4.65
<b>DISTANCIA DEL DIU AL FONDO (CM)</b>	0.2	0.6	0.46	0.31

Tabla 3

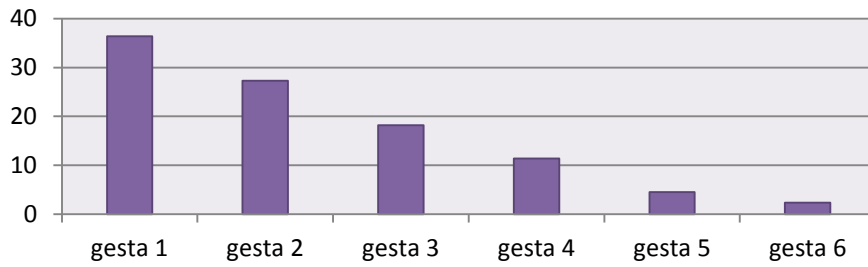
**Tabla 3. Último evento obstétrico realizado previo a la colocación del DIU**

<b>EVENTO OBSTÉTRICO</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>CESAREA</b>	26	59.1
<b>PARTO</b>	13	29.5
<b>ABORTO</b>	5	11.4

**CUADROS**

Cuadro 1.

**Cuadro 1. Porcentaje de pacientes de acuerdo a gestas**



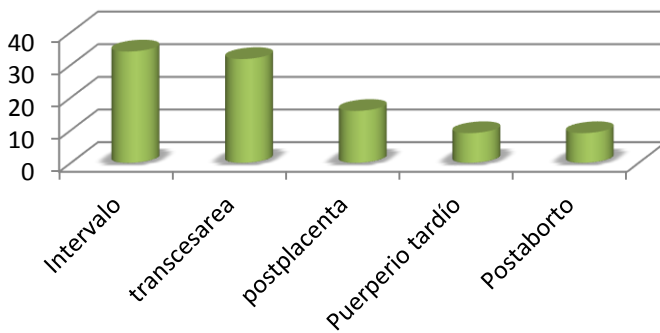
Cuadro 2.

**Cuadro 2. Porcentaje de hijos vivos**



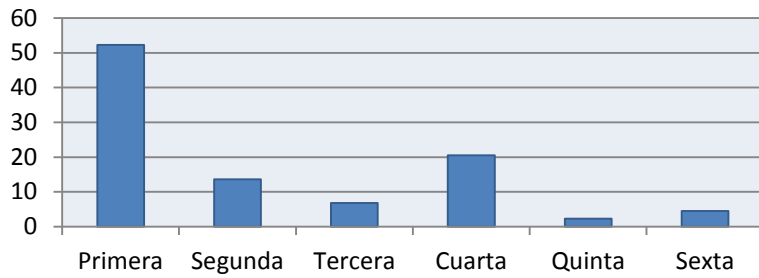
Cuadro 3.

**Cuadro 3. Momento de colocación del DIU**



Cuadro 4.

**Cuadro 4. Revisiones DIU realizadas**



Cuadro 5.

**Cuadro 5. Causas de inasistencia a Revisiones**

