



**Federación  
Internacional de  
Planificación de  
la Familia**

## **Declaración sobre los dispositivos intrauterinos**

### **INTRODUCCION**

El dispositivo intrauterino (DIU) es utilizado por unas 150 millones de mujeres por todo el mundo, y es el método anticonceptivo temporal más costo-efectivo a largo plazo. Desde principios de los años 60, cuando los DIU eran fabricados de materiales inertes, los dispositivos han experimentado muchas mejoras al añadirles primero cobre y posteriormente un sistema de liberación de progestágeno. Se tiene bastante información sobre la alta eficacia de estos métodos, y sobre su seguridad para aquellas mujeres que tienen bajo riesgo de infecciones de transmisión sexual (ITS). El DIU puede utilizarse también para la anticoncepción de emergencia.

### **TIPOS DE DIU**

#### **Inertes**

Los dispositivos inertes tales como la espiral de Lippes, ya no deben ser utilizados, pero las mujeres que tienen un dispositivo inerte in situ, y están contentas con él, pueden continuar utilizándolo hasta la menopausia.

#### **DIU con cobre**

El más utilizado de los dispositivos con cobre, es la T de Cobre 380 A, y también del que se tiene más información sobre seguridad y eficacia. Al momento hay otros dispositivos: la T de Cobre 220 C, la T de Cobre 375 Multiload, y Nova T. Otros dispositivos más antiguos como: la T de Cobre 200 y el 7 de Cobre que no deben ser utilizados.

#### **DIU liberadores de hormonas**

Los DIU liberadores de progestágenos (Mirena, Levonova) liberan 20 microgramos de levonorgestrel al día. Están disponibles en más de 60 países pero son más caros que los de cobre, lo cual es una desventaja particularmente en países en vías de desarrollo.

## **MODO DE ACCION**

El DIU alcanza su efecto anticonceptivo por varios mecanismos. Actúa sobre todo antes de la fertilización, un efecto reforzado por la adición del cobre. Altera la migración del esperma e inhibe la fertilización, y también genera una reacción a cuerpo extraño en el endometrio. Además, el DIU liberador de levonorgestrel causa cambios en la cantidad y la viscosidad del moco cervical, lo que puede alterar la penetración del esperma; hay efectos endometriales, y en un porcentaje pequeño de mujeres, la ovulación se inhibe en los primeros 2 años de uso.

## **EFICACIA Y DURACION**

De los DIU con cobre el más efectivo es la T de Cobre 380 A, seguida por la T de Cobre 375 Multiload y la T de Cobre 220 C. La tasa de falla es generalmente menos de 1 por 100 mujeres en el primer año de uso. La T de Cobre 250 Multiload y la Nova T 200 tienen tasas de falla entre el 1% y el 2% el primer año de uso. La tasa de falla del DIU liberador de levonorgestrel está bien debajo del 1% el primer año.

Con los dispositivos de cobre, la duración de la eficacia depende del tamaño de la superficie de cobre. La T de Cobre 380 A funciona bien por lo menos 12 años (tasa acumulativa de embarazo de 2.2 por 100 mujeres), mientras que durante el mismo período, la efectividad de la T de Cobre 220 C es menor (la tasa acumulativa de embarazo es 6-7). La T de Cobre 375 Multiload es eficaz por lo menos 10 años con una tasa acumulativa de embarazo de 5.4 en 10 años. La Nova T 200 se recomienda hasta por 3 años, después de lo cual la tasa de falla aumenta substancialmente. La Nova T 380 es eficaz por 5 años, con una tasa acumulativa de embarazo de 2.0.

Los DIU liberadores de levonorgestrel duran más de 5 años, con una tasa acumulativa de embarazo de 0.3 a 1.1 por 100 mujeres en 5 años.

## **VENTAJAS**

Muchas mujeres eligen un DIU como su método anticonceptivo por razones de eficacia, de seguridad, y la conveniencia por no requerir atención diaria ni tener que tomar precauciones en cada acto sexual. Los dispositivos de cobre no tienen ningún efecto secundario sistémico, y para usuarias a largo plazo, es menos costoso que otros métodos anticonceptivos. Ambos tipos de dispositivo pueden ser utilizados por mujeres que amamantan sin afectar la lactancia o arriesgar al lactante, aunque en estas mujeres, no debe insertarse un DIU liberador de levonorgestrel si no hasta las 6 semanas post-parto.

## **EFECTOS ADVERSOS**

### **Infección**

Para una mujer en quien se ha determinado un bajo riesgo de ITS y a quien se le inserte un DIU con una técnica correcta, el riesgo de enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) es tan bajo como 1 en 1000. Cuando ocurre, la EPI sucede en las primeras 4 semanas después de la inserción y es probablemente debida a la introducción de microorganismos durante el procedimiento.

Si la enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) se desarrolla con un DIU in situ, la primera prioridad es dar tratamiento con antibióticos. No hay necesidad de retirar el DIU si la mujer desea continuar con él; pero si ella no desea continuar con el DIU, éste debe ser retirado después del comienzo del tratamiento con antibióticos. Entonces ella debe ser aconsejada sobre otras formas de anticoncepción, y el manejo apropiado incluirá consejería sobre el uso del condón para evitar ITS. El condón es el único método anticonceptivo que protege contra ITS, incluyendo el VIH.

### **Sangrado**

#### ***DIU con cobre***

En los primeros tres a seis meses después de la inserción de un DIU con cobre, las mujeres comúnmente reportan sangrado menstrual y más abundante o más prolongado. Generalmente esto no es perjudicial, y tiende a mejorar con el tiempo. En algunas mujeres, sin embargo, el sangrado causa anemia ferropiva; por lo tanto, los proveedores de servicio deben prepararse para tratar la anemia o para prevenirla proporcionando suplementos de hierro y recomendando alimentos ricos en hierro. El sangrado excesivo se puede tratar con medicamentos antiinflamatorios no esteroideos o con ácido tranexámico, un agente hemostático.

Las tasas de discontinuación del DIU, por las molestias del sangrado, son más altas durante el primer año de uso. Las mujeres tienden a continuar usando un DIU si reciben consejería apropiada antes y después de la inserción y saben así que los problemas de sangrado puede mejorar con tiempo. Está indicado el retiro del DIU si hay un sangrado inaceptable.

#### ***DIU liberadores de levonorgestrel***

La mayoría de las mujeres que usan un DIU con levonorgestrel experimentarán una disminución del sangrado menstrual – sangrado escaso o amenorrea. Puede haber sangrado errático y manchado, sobre todo durante los primeros meses.

### **Dolor**

La dismenorrea puede ocurrir o empeorarse después de la inserción de un DIU con cobre, mientras que a menudo se mejora con un dispositivo con levonorgestrel. Los medicamentos antiinflamatorios no-esteroideos pueden reducir el malestar. Cuando ocurre cualquier otro tipo de dolor pélvico en cualquier momento después de la inserción de un DIU, la mujer debe ser investigada para descartar una posible colocación incorrecta del dispositivo o una infección.

### **Perforación**

La perforación es un acontecimiento raro cuando ocurre, casi siempre es al momento de la inserción; cuando esto sucede puede ser acompañado por dolor repentino y/o sangramiento. Si ocurre una perforación, el dispositivo debe ser retirado a menos que el riesgo quirúrgico exceda el riesgo de no intervenir. Si se sospecha la perforación y la mujer está a riesgo de embarazo, debe aconsejarse usar anticonceptivos. Una perforación no excluye la posibilidad del uso futuro del DIU, si no ha habido complicaciones asociadas.

### **Expulsión**

La expulsión espontánea puede ocurrir, particularmente durante la menstruación y en los primeros tres meses de uso. Después del parto, la expulsión es menos probable con inserciones de intervalo que con inserciones hechas en las primeras 24 horas post-parto. Los proveedores experimentados tienen tasas más bajas de expulsión que proveedores menos capacitados.

## **EMBARAZO DURANTE EL USO DEL DIU**

En el caso raro que una mujer quede embarazada con un DIU in situ, el riesgo de aborto espontáneo, de aborto séptico del segundo trimestre, y de parto prematuro es más alto si el dispositivo se deja en el lugar, que si se retira. Así, cuando se detecta un embarazo en una mujer con un DIU in situ, el dispositivo debe ser retirado cuanto antes. Si los hilos del DIU no son accesibles, un examen ecográfico indicará si el DIU todavía está en el lugar o ha sido expulsado. En cualquier caso, la mujer puede elegir terminar el embarazo (si las leyes del país lo permiten) o puede continuar con él. Si ella decide continuar con el embarazo y el DIU todavía está en el lugar, debe vigilarse de cerca. Con un DIU con cobre in situ durante un embarazo no hay evidencia de un riesgo mayor de malformaciones fetales; con un DIU liberador de levonorgestrel existe la preocupación teórica, pero ninguna evidencia, sobre los posibles efectos de la exposición del feto a la hormona.

### **Embarazo ectópico**

Tan alta es la eficacia anticonceptiva del DIU que las mujeres que lo utilizan están a un riesgo más bajo de embarazo ectópico que las mujeres que no usan anticonceptivos o que las mujeres que utilizan otras formas de anticoncepción. Sin embargo, cuando el embarazo ocurre con un DIU en el útero, la probabilidad del embarazo ectópico aumenta. Así, en estas circunstancias debe descartarse cuanto antes la posibilidad de que halla embarazo ectópico.

## **CRITERIOS MEDICOS DE ELEGIBILIDAD**

La Federación Internacional de Planificación Familiar y otros organismos internacionales han colaborado con la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el desarrollo de los Criterios Médicos de Elegibilidad para el uso de varios métodos anticonceptivos. En la categoría 1 no hay restricción para el uso del método

anticonceptivo. Para los DIU con cobre y para los DIU liberadores de levonorgestrel las categorías de la 2 a la 4 son.

*Categoría 4 — una condición que representa un riesgo inaceptable de salud si se utiliza el método anticonceptivo (ejemplo, contraindicaciones):*

- Embarazo o sospecha de embarazo
- Sepsis puerperal pos-aborto — actual o en los últimos tres meses
- EPI actual o en los últimos tres meses
- ITS actual o en los últimos tres meses (se refiere solamente a ITS que pueda producir infección cervical)
- Cervicitis purulenta
- Sangrado anormal útero-vaginal que necesita ser investigado y ser tratado antes de insertar un DIU
- Malignidad de la zona genital, confirmada o sospechada
- Anormalidades congénitas uterinas o fibromas uterinos que distorsionen la cavidad de una manera incompatible con la colocación apropiada del DIU
- Enfermedad gestacional trofoblástica maligna
- Tuberculosis pélvica.

Para el DIU con levonorgestrel, el cáncer de pecho en los últimos 5 años es también una contraindicación.

*Categoría 3 — una condición en la cual los riesgos teóricos o probados generalmente son mayores que las ventajas del método. Estos incluyen:*

- Historia de EPI — deben tomarse en cuenta la severidad de la infección, si el tratamiento fue adecuado, y si se resolvió la infección
- Riesgo alto de ITS — por ejemplo, compañeros múltiples o compañero que tiene compañeras múltiples
- Infección por VIH — porque puede haber un riesgo aumentado de EPI debido a la respuesta inmune suprimida (véase la nota abajo sobre mujeres infectadas por VIH)
- Enfermedad gestacional trofoblástica benigna — porque hay un riesgo mayor de perforación, y el tratamiento de la enfermedad puede requerir curetajes uterinos múltiples.
- Entre las 48 horas y 4 semanas post-parto.

Para el DIU con levonorgestrel, debe agregarse lo siguiente a la lista anterior:

- Trombosis venosa profunda actual (TVP) o embolia pulmonar (EP)
- Hepatitis viral activa
- Cirrosis severa (descompensada)
- Tumores benignos y malignos del hígado
- Historia de cáncer de pecho sin evidencia de enfermedad en los últimos 5 años

- Hasta 6 semanas post-parto.

Cuando una mujer pide un DIU y tiene alguna condición de la categoría 3, deben explicársele los riesgos potenciales y recomendársele los métodos anticonceptivos alternativos. Si la cliente entonces elige un DIU, porque las otras opciones anticonceptivas no están disponibles o son inaceptables, el método debe proporcionárselo un profesional de salud bien calificado y la cliente debe permanecer bajo supervisión médica.

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

- Desde la menarquía hasta los 20 años
- Menos de 48 horas posparto
- Después de un aborto del segundo trimestre
- Anormalidades (incluyendo estenosis cervical o laceraciones cervicales) que no distorsionen la cavidad uterina ni interfieran con la inserción del DIU
- Enfermedad valvular cardíaca complicada
- Fibromas uterinos que no distorsionen la cavidad uterina
- Vaginitis sin cervicitis purulenta
- Anemias inclusive talasemia, anemia falciforme, anemia por deficiencia de hierro (no se aplica al DIU con levonorgestrel)
- Dismenorrea severa (una preocupación sobre todo para el DIU con cobre; el DIU con levonorgestrel mejora la dismenorrea)
- Sangrado fuerte o prolongado (inclusive patrones regulares o irregulares; puede ser una razón para usar un DIU con levonorgestrel)
- Endometriosis

Para el DIU liberador de levonorgestrel, deben agregarse los siguientes a la lista anterior:

- Obesidad
- Múltiples factores de riesgo para enfermedad cardiovascular arterial
- Hipertensión donde la presión arterial no pueda ser evaluada
- Hipertensión  $\geq 160/100$  mmHg.
- Hipertensión con enfermedad vascular
- Historia de TVP/EP
- Cirugía importante con inmovilización prolongada
- Enfermedad de cerebro vascular actual o de arteria coronaria
- Hiperlipidemias
- Neoplasia intraepitelial cervical
- Tumoración mamaria no diagnosticada
- Diabetes
- Enfermedad de la vesícula biliar
- Cirrosis suave (compensada)

## **EL DIU Y LA INFECCION POR VIH**

Una mujer infectada con VIH que desee evitar el embarazo tiene que considerar no solamente la eficacia anticonceptiva de los métodos disponibles, si no también los riesgos posibles en términos de infección, lo que está relacionada con preguntas todavía sin resolver con respecto al impacto de los anticonceptivos hormonales esteroidales y del DIU, sobre la transmisión del VIH o la progresión de la enfermedad por VIH.

Las mujeres que están infectadas por VIH deben recibir consejería sobre el uso del condón, ya sea como método primario de anticoncepción o para prevenir la transmisión del VIH a un compañero no infectado. Los condones también disminuyen el riesgo de exposición recurrente a las ITS y al VIH, las que pueden aumentar la transmisión genital del virus o acelerar el avance de la enfermedad.

Algunas mujeres no pueden negociar el uso del condón, o podrían elegir un método anticonceptivo más eficaz. Los anticonceptivos hormonales esteroidales son una alternativa pero persiste la pregunta de si afectan el riesgo de transmisión del VIH o afectan el avance de la enfermedad. Para estas mujeres, un DIU podría considerarse una opción anticonceptiva, con tal que no haya riesgo de contraer una ITS adicional. Debido a su condición de estar infectadas con el VIH, las mujeres que eligen un DIU deben ser vistas regularmente. No se sabe que influencia puedan tener los agentes anti-retrovirales sobre la efectividad y seguridad de los DIU.

## **ANTICONCEPCION DE EMERGENCIA**

La anticoncepción de emergencia se puede lograr mediante la inserción de un DIU con cobre en los primeros cinco días después de una relación sexual desprotegida. Menos del 1% de las mujeres que utilizan este método quedan embarazadas.

## **SERVICIOS**

### **Capacitación**

Los DIU pueden ser insertados por distintos proveedores de salud — médicos, parteras, enfermeras, y otras — después de una capacitación apropiada. Es importante observar que el funcionamiento de un DIU está muy influenciado por factores de la prestación del servicio tales como consejería, procedimientos de inserción, y seguimiento.

Todo el personal clínico y de consejería deben estar capacitados en los aspectos teóricos y prácticos de los servicios del DIU. La capacitación debe incluir por lo menos lo siguiente:

- Consejería
- Investigación de las contraindicaciones
- Examen pélvico durante la inserción aséptica del DIU

- Situaciones específicas (ejemplo, pos-parto)
- Manejo de los efectos secundarios
- Retiro del DIU

La capacitación en las técnicas de la inserción debe ser específica para el/los tipos de DIU (s) usado en el programa. Si se incorpora un nuevo tipo de DIU, el entrenamiento se debe adaptar.

### **Selección del DIU**

Las clínicas deben contar con uno, o a lo más dos tipos de DIU. Esta limitación ayuda a mantener un buen nivel de habilidad para la inserción de esos DIU (s) y simplificará la capacitación. También hay ventajas administrativas. Se recomienda tener como DIU de primer escoge uno de los modelos más recientes con cobre, dada su ya comprobada efectividad y seguridad, y su larga duración. Donde esté disponible, el DIU con levonorgestrel puede ser una mejor opción, especialmente para las mujeres con problemas de sangrado. Cuando no haya razones médicas importantes para seleccionar un dispositivo en particular, debe tomarse en cuenta el costo.

### **Consejería**

A todas las mujeres que contemplan usar el DIU, debe dárseles consejería para asegurar que su elección sea informada y libre, y que entiendan la información relevante relacionada con su uso. Cuando se da consejería a una cliente sobre el uso posible de un DIU, debe tomarse en cuenta su edad, paridad, y comportamiento sexual (inclusive su riesgo de infección pélvica). También deben tomarse en cuenta consideraciones sobre la maternidad y la aceptabilidad y la conveniencia de otros métodos anticonceptivos. La discusión debe incluir lo siguiente:

- Ventajas y efectos secundarios del DIU
- Métodos alternativos de planificación familiar
- El tipo de DIU que se insertará
- Duración del DIU
- Cuándo volver para el seguimiento y consejería — ejemplo, cuando falta un período menstrual o se es incapaz de localizar los hilos del DIU
- Señales de peligro por ejemplo, fiebre, dolor o sensibilidad pélvica, sangrado inusual, o dolor tipo cólico
- Uso de métodos de barrera si hay riesgo de ITS
- Información y guía sobre las diferencias entre los DIU.

## **INVESTIGACION DE LAS CLIENTES**

Implica el valuó del riesgo de ITS por historia médica y sexual, y por examen pélvico, incluyendo la visualización con espéculo para determinar la posición del útero, la presencia de la infección, o cualquier anomalía que pudiera interferir con la inserción apropiada y la colocación del DIU. Las pruebas de laboratorio para descartar la posibilidad de ITS contribuyen al uso seguro del DIU, pero no son esenciales para las



mujeres con riesgo bajo de ITS. La carencia de acceso a pruebas de laboratorio no debe restringir el uso del DIU en mujeres con bajo riesgo de ITS.

## **INSERCION**

La inserción aséptica correcta de un DIU es crítica para su uso exitoso. Puede afectar todos los acontecimientos principales que determinan la seguridad, eficacia, y la continuación del uso, así como los efectos secundarios y las complicaciones.

### **Momento de la inserción**

Un DIU se puede insertar en los primeros 12 días después del comienzo del ciclo menstrual, o en cualquier otro momento durante el ciclo menstrual si hay certeza razonable que la mujer no está embarazada. Hay ventajas en la inserción durante la menstruación: hay menos probabilidad de embarazo; el procedimiento es más fácil; y es menos probable que el sangrado cause ansiedad.

### **Inserción pos parto**

Un DIU puede ser insertado inmediatamente después de la expulsión de la placenta, tanto en el parto vaginal como en la cesaria, o en las primeras 48 horas después del parto vaginal. Los proveedores necesitan ser entrenados en la técnica especial requerida para la inserción pos-parto, para reducir el riesgo de perforación del útero y reducir al mínimo las tasas de expulsión del dispositivo, que son más altas que las observadas después de inserciones de intervalo a las 4-6 semanas.

El DIU no debe ser insertado entre las 48 horas y las 4 semanas después del parto, debido a la involución uterina. Después de eso, las inserciones son seguras, pero los proveedores deben tener cuidado especial durante la inserción, dada la condición del útero.

El riesgo de embarazo es casi nulo durante los primeros seis meses de amenorrea por lactancia, las inserciones se pueden realizar en cualquier momento durante este tiempo de esperar la primera menstruación. Las inserciones hechas durante la amenorrea por lactancia se asocian con menos sangrado y tasas de continuación más altas que las inserciones hechas en mujeres durante una menstruación.

En mujeres dando lactancia el DIU con levonorgestrel puede ser insertado después de la sexta semana pos-parto.

### **Técnica**

Debe realizarse primero un examen pélvico. El DIU y los instrumentos insertados en el canal endocervical y/o útero deben estar estériles o desinfectados a alto nivel. La mejor regla es seguir rigurosamente las instrucciones del fabricante. El DIU debe insertarse al fondo del útero y con cuidado para evitar la perforación. Es una buena práctica clínica utilizar un histerómetro durante la inserción para estimar la longitud del útero, y un puede ser de utilidad un instrumento no-traumático para estabilizar el cervix. Generalmente no se recomiendan antibióticos profilácticos para la inserción del DIU.

Sin embargo, en lugares con alta prevalencia de ITS, si no se cuenta con buen tamizaje para las ITS, tal profilaxis puede ser considerada.

## **CUIDADO POS INSERCION**

Los proveedores de servicio deben informar a las clientes sobre las señales de peligro y los efectos secundarios comúnmente asociados a la inserción del DIU y sobre qué hacer si éstas se presentan. Deben también enseñarles sobre cómo comprobar dónde están los hilos del dispositivo para asegurarse que el DIU está en su lugar. Debe darse un analgésico como paracetamol por si hay dolor tipo cólico.

La mujer debe ser informada que puede tener relaciones sexuales después de la inserción del DIU, a menos que sea una inserción del pos parto inmediato o se observen señales de peligro, y que no debe preocuparse si hay un poco de sangrado durante los primeros tres días después de la inserción.

## **SEGUIMIENTO**

La mayoría de las complicaciones médicas del uso del DIU ocurren en los primeros meses después de la inserción. Tales complicaciones deben ser reconocidas a tiempo y ser manejadas con eficacia. Donde sea posible, las mujeres deben asistir a la clínica entre uno a tres meses después de la inserción del DIU, principalmente para asegurarse de que el DIU todavía está en su lugar y discutir cualquier cosa que les preocupe o que se haya presentado. Los problemas relacionados con el uso del DIU que ocurra en cualquier momento, deben ser evaluados y manejados cuidadosa y enfáticamente. Los chequeos anuales, aunque no son esenciales, son útiles no solamente para ocuparse de cualquier preocupación por el DIU si no sobre todo para proporcionar a la mujer servicios que pueda requerir relacionados con su salud reproductiva.

## **RETIRO**

El DIU debe ser retirado en cualquier momento que una mujer lo solicite. El retiro puede solicitarse por razones médicas u otras. Las indicaciones médicas son:

- Embarazo
- Tratamiento requerido para malignidad endometrial o cervical
- Expulsión parcial del DIU
- Sangrado excesivo que afecta la salud o ser considerado inaceptable por la mujer.

Otras indicaciones son:

- Menopausia
- Un año después de la última menstruación
- Vencimiento del DIU (ningún límite se aplica al DIU no-medicado).

## REEMPLAZO

Si una mujer desea seguir usando un DIU después de la fecha de vencimiento del mismo, puede insertarse un nuevo DIU inmediatamente después de retirar el viejo. Las recomendaciones con respecto a la reinscripción, incluyendo el proceso de investigación, son iguales que para la primera inserción.

*Declaración elaborada por el Grupo Internacional para Asesoramiento Médico de IPPF (IMAP) en enero 2003. El IMAP se reserva el derecho de enmendar esta Declaración a la luz de nuevos desarrollos en este campo.*

**FEDERACION INTERNACIONAL DE PLANIFICACION DE LA FAMILIA**  
REGENT'S COLLEGE, INNER CIRCLE, REGENT'S PARK, LONDRES NW1 4NS, INGLATERRA  
TELEFONO: +44 (0) 20 7487 7847 FAX: +44 (0) 20 7487 7981  
E-MAIL: [medtech@ippf.org](mailto:medtech@ippf.org) SITIO EN LA WEB: [www.ippf.org](http://www.ippf.org)