

GOBIERNO FEDERAL



SALUD

SEDENA

SEMAR

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

GPC

Métodos anticonceptivos temporales: **DISPOSITIVO INTRAUTERINO Y CONDÓN** Consideraciones de uso y aplicación

EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: **SS-505-11**

CONSEJO DE
SALUBRIDAD GENERAL



Avenida Paseo de La Reforma #450, piso 13,
Colonia Juárez, Delegación Cuauhtémoc, CP 06600, México, D. F.
www.cenetec.salud.gob.mx

Publicado por CENETEC
© Copyright CENETEC

Editor General
Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

Esta Guía de Práctica Clínica fue elaborada con la participación de las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, bajo la coordinación del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Las y los autores han hecho un esfuerzo por asegurarse que la información aquí contenida sea completa y actual, por lo que asumen la responsabilidad editorial por el contenido de esta guía, que incluye evidencias y recomendaciones, y declaran que no tienen conflicto de intereses.

Las recomendaciones son de carácter general, por lo que no definen un curso único de conducta en algún procedimiento o tratamiento. Las recomendaciones aquí establecidas, al ser aplicadas en la práctica, podrían tener variaciones justificadas con fundamento en el juicio clínico de quien las emplea como referencia, así como en las necesidades específicas y preferencias de cada paciente en particular, los recursos disponibles al momento de la atención y la normatividad establecida por cada Institución o área de práctica.

Este documento puede reproducirse libremente sin autorización escrita con fines de enseñanza y actividades no lucrativas dentro del Sistema Nacional de Salud.

Debe ser citado como: Métodos anticonceptivos temporales: DIU y Condón. Consideraciones de uso y aplicación. México: Secretaría de Salud, 2011.

Esta guía puede ser descargada de Internet en: www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html

CIE-9: 69.7 Inserción anticonceptivo, dispositivo intrauterino, 97.71 extracción anticonceptivo, dispositivo intrauterino

GPC: Métodos anticonceptivos temporales: Dispositivo Intrauterino y Condón. Consideraciones de uso y aplicación

Coordinación:				
Dr. Marco Antonio Olaya Vargas	Salud Pública	Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva	Director de Planificación Familiar	<Sociedad, Asociación>
Dra. Rocío Cuevas Vargas	En Estadística Aplicada a la Salud Epidemiología Aplicada a la Salud	Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva	Subdirectora de Planificación Familiar	<Sociedad, Asociación>
Autoría :				
Dr. Rodolfo Campos González	Ginecología	Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva	Médico Especialista en Ginecología	<Sociedad, Asociación>
Dr. Arturo Vega Saldaña	Ginecología	Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva	Médico Especialista en Ginecología	Asociación Mexicana de Mastología
M. C. S. R. Sandra Gabriela Márquez Luna	Maestría en Ciencias Salud Reproductiva	Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva	Médica General "A"	Sociedad Médica Sanatorio Durango
Dra. Alicia Cruz Jiménez	<Especialidad>	Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva	Médica General "A"	
M. en C. Adriana Milano Castillo	Maestría en Ciencias	Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva	Médica General "A"	

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS TEMPORALES DISPOSITIVO INTRAUTERINO Y CONDÓN
CONSIDERACIONES DE USO Y APLICACIÓN

Mtra. Karina Jiménez Vicario	Maestría en Ciencias	Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva	Médica General "A"	
Lic. Jesús Ramos Huerta	<Especialidad>	Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva	Enfermero Jefe de Servicios	
Lic. Norma Herrera Sánchez	<Especialidad>	Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva	Profesional de Trabajo Social en Área Médica "A"	
Dra. J Lorraine Cárdenas Hernández	Ginecología y obstetricia	Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud	Coordinadora de Guías de Práctica Clínica de Ginecología y obstetricia.	<Sociedad, Asociación>
Validación interna:				
Dr. Rodolfo Campos González	Ginecología	Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva	Médico Especialista en Ginecología	
Dr. Arturo Vega Saldaña	Ginecología	Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva	Médico Especialista en Ginecología	Asociación Mexicana de Mastología
Validación externa:				
Dr. <Nombre>	<Especialidad>	<Institución>	<Cargo/Unidad>	<Academia>

ÍNDICE.

1. CLASIFICACIÓN	6
2. PREGUNTAS A RESPONDER.....	7
3. ASPECTOS GENERALES.....	8
3.1 JUSTIFICACIÓN.....	8
3.2 OBJETIVO	9
3.3 DEFINICIONES	9
4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES.....	11
4.1 MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS TEMPORALES	12
4.1.1 CONSEJERÍA	12
4.2 DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS	15
4.2.1 DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS DE COBRE	15
4.2.2 DISPOSITIVO INTRAUTERINO CON LEVONORGESTREL	25
4.3 CONDOMES MASCULINO Y FEMENINO	33
5. ANEXOS.....	40
5.1 PROTOCOLO DE BÚSQUEDA.....	40
5.2 ESCALAS DE GRADACIÓN.....	42
5.3 TÉCNICAS DE INSERCIÓN DEL DIU	43
5.4 DIAGRAMAS DE FLUJO	50
5.5 LISTADO DE RECURSOS.....	52
5.6 TABLA DE MEDICAMENTOS.....	52
6. GLOSARIO	53
7. BIBLIOGRAFÍA.....	54
8. AGRADECIMIENTOS	55
9. COMITÉ ACADÉMICO	56
10. DIRECTORIO SECTORIAL Y DEL CENTRO DESARROLLADOR	57
11. COMITÉ NACIONAL DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA.....	58

1. CLASIFICACIÓN.

Catálogo Maestro: SS-505-11	
Profesionales de la salud	Enfermería, medicina familiar, medicina preventiva, medicina ginecológica y obstétrica
Clasificación de la enfermedad	CIE-9, 69.7 Inserción de dispositivo anticonceptivo intrauterino, 97.71 Extracción anticonceptivo, dispositivo intrauterino
Categoría de la guía	Primario, consejería, prevención primaria, educación sanitaria
Personas usuarias potenciales de la guía	De los departamentos de salud pública, enfermería general, enfermería especializada, estudiantes, hospitales, investigación médica, medicina especializada, medicina general, medicina familiar, planificación de servicios de salud, trabajo social y personal comunitario.
Tipo de organización desarrolladora	Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva Secretaría de Salud Federal
Población blanco	Mujeres con vida sexual activa
Fuente de financiamiento / Patrocinador	Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva Secretaría de Salud Federal
Intervenciones y actividades consideradas	69.7 Inserción de dispositivo anticonceptivo intrauterino, 71.
Impacto esperado en la salud	<Efectos esperados en los indicadores de salud, factibles de medición y útiles para la evaluación de la guía>
Metodología ¹	<Adopción> o <Creación> de la Guía de Práctica Clínica: revisión sistemática de la literatura, recuperación de guías internacionales, evaluación de la calidad y utilidad de las guías/revisiones/otras fuentes, selección de las guías/revisiones/otras fuentes con mayor puntaje, selección de las evidencias con el mayor nivel de acuerdo a la escala utilizada, selección o elaboración de las recomendaciones con el mayor grado de acuerdo a la escala utilizada>
Método de adecuación	Enfoque de la guía: Responder preguntas clínicas mediante <la adopción de guías> y/o <la revisión sistemática de evidencias en una guía de creación> Elaboración de preguntas clínicas Métodos empleados para coleccionar y seleccionar evidencia Protocolo sistematizado de búsqueda: (cuáles y cuántas se utilizaron de los siguientes): Revisión sistemática de la literatura: <número> Búsquedas mediante bases de datos electrónicas: <número> Búsqueda de guías en centros elaboradores o compiladores: <número> Búsqueda en sitios Web especializados: <número> Búsqueda manual de la literatura: <número> Número de fuentes documentales revisadas: <número total> Guías de Práctica Clínica: <número> Revisiones sistemáticas: <número> Ensayos controlados aleatorizados: <número> Reportes de casos: <número> Otras fuentes seleccionadas: <número>
Validaciones	Método de validación: Validación del protocolo de búsqueda: <Institución> Validación interna: <Institución> Validación externa: <Academia> Verificación: <Institución> Revisión editorial: <Institución>
Conflicto de interés	Las y los integrantes del grupo de trabajo han declarado la ausencia de conflictos de interés.
Registro	SS-505-11

¹ PARA MAYOR INFORMACIÓN ACERCA DE LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS EMPLEADOS EN LA CONSTRUCCIÓN DE ESTA GUÍA SE PUEDE CONTACTAR AL CENETEC A TRAVÉS DEL PORTAL: WWW.CENETEC.SALUD.GOB.MX

2. PREGUNTAS A RESPONDER EN ESTA GUÍA.

1. ¿Qué es la consejería y cuál es su importancia en Planificación Familiar?
2. ¿Qué tipos de dispositivos intrauterinos existen en México?
3. ¿Cuáles son las indicaciones para colocar el Dispositivo Intrauterino?
4. ¿En qué momento se recomienda la aplicación del Dispositivo Intrauterino?
5. ¿Cuál es la técnica de aplicación del Dispositivo Intrauterino en las diferentes etapas?
6. ¿Cuáles son los posibles efectos colaterales del Dispositivo Intrauterino y cómo se resuelven?
7. ¿Cuáles son las contraindicaciones para aplicar el dispositivo intrauterino?
8. ¿Con qué periodicidad se programan las consultas de seguimiento?
9. ¿En qué momento se debe realizar el retiro del Dispositivo Intrauterino?
10. ¿Cuál es la técnica para el retiro del Dispositivo Intrauterino?
11. ¿Qué tipos de Condones existen?
12. ¿Cómo se colocan correctamente los Condones?
13. ¿Qué problemas podrían presentarse durante su uso y cómo resolverlos?
14. ¿Qué beneficio adicional nos brinda el condón?

3. ASPECTOS GENERALES

3.1 JUSTIFICACIÓN

“Los derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en las Leyes Nacionales. Estos derechos determinan que las personas y las parejas son libres de decidir con responsabilidad el número y el espaciamiento de los hijos que deseen tener” (Beijing Platform for Action 1995, en OMS 2004). Las personas tienen derecho de acceder, escoger y gozar de los beneficios del progreso científico, de seleccionar un método de planificación familiar, basados en los criterios médicos de elegibilidad (OMS 2004).

La información y los servicios de salud, educación y demás similares, relacionados con programas de planificación familiar, son gratuitos cuando los proporcionan las instituciones del sector público.

En los últimos 25 años México ha experimentado un dramático cambio demográfico, su población aumentó de 48.2 millones en 1970 a 112 millones al 2010 (INEGI. *Censos de Población y Vivienda, 1895 a 2010. Conteos de Población y Vivienda, 1995 y 2005*), pero el crecimiento demográfico podría haber sido mayor si no se hubieran reducido durante ese mismo periodo, la tasa global de fecundidad de México, la cual, disminuye de 5.7 en 1976 (Para 1976: SPP-IISUNAM. *Encuesta Mexicana de Fecundidad, 1976*. México, D.F., 1979) a 2.1 en el 2010 (CONAPO. *Indicadores demográficos básicos 1990-2030*. www.conapo.gob.mx (Consulta: 06 de enero de 2011). La disminución de la fecundidad se debió principalmente al impacto directo del aumento de uso de anticonceptivos. La prevalencia de uso se ha duplicado durante los últimos 25 años del 30% en 1976 al 72.5% en 2009. Dicho aumento ha sido caracterizado por un cambio en los métodos disponibles para su uso. En 1976 solamente el 9% de uso correspondió a la esterilización y el 36% a la píldora anticonceptiva, actualmente el 48.1% del uso corresponde a la esterilización (vasectomía 3%), el 6.7% a los anticonceptivos orales, el 16.1% al DIU, 8.6% a hormonales no orales, 13.5% al condón masculino femenino; así como, 7.1 a métodos tradicionales (ENADID 2009). Todo esto debido a los avances significativos en el desarrollo de nuevas tecnologías anticonceptivas, que ofrece una amplia variedad de métodos anticonceptivos que pueden adaptarse a las distintas necesidades de las parejas, que desean limitar o espaciar su fecundidad.

Dentro de estos desarrollos tecnológicos el Dispositivo Intrauterino, ha ocupado un lugar importante, no solo por ser uno de los métodos con un porcentaje de uso más estable durante el tiempo con una alta efectividad anticonceptiva, sino que a partir del año 1999 puso a disposición de las mujeres su variable de DIU medicado en México.

Para el caso del condón, hemos tenido cambios muy significativos, tanto en su uso como en importancia. Para el año de 1987 representaba tan solo el 2% de los métodos anticonceptivos utilizados, en la actualidad representa el 13.5%. Este aumento registrado, puede deberse a la promoción del uso del condón que se ha realizado durante este periodo de tiempo, debido no solo a su eficacia anticonceptiva, sino también a que hasta ahora es el único método que ha comprobado evitar el contagio de enfermedades de transmisión sexual, entre ellas el VIH SIDA. También se ha establecido como uno de los métodos más utilizados por los adolescentes que inician su vida sexual (estimaciones del CONAPO, con base en la ENADID 2009).

Es por esto que se vuelve un asunto de vital importancia, el que las y los profesionales de la salud, cuenten con una guía basada en la evidencia científica, que unifique criterios y estandarice acciones para un adecuado otorgamiento, aplicación y promoción del uso del dispositivo intrauterino y el condón.

3.2 OBJETIVO DE ESTA GUÍA

La Guía de Práctica Clínica **Métodos anticonceptivos temporales: Dispositivo Intrauterino y Condón consideraciones de uso y aplicación**, forma parte de las guías que integrarán el Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica, el cual se instrumentará a través del Programa de Acción Específico: Desarrollo de Guías de Práctica Clínica, de acuerdo con las estrategias y líneas de acción que considera el Programa Nacional de Salud 2007-2012.

La finalidad de este catálogo es establecer un referente nacional para orientar la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible.

Esta guía pone a disposición del personal del **primer nivel de atención**, las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales acerca de:

- La toma de decisiones clínicas para el otorgamiento de métodos anticonceptivos temporales (DIU y condón)
- La colocación del dispositivo intrauterino, uniformando el criterio de manejo y técnicas de aplicación.
- La promoción del correcto uso del condón.

Lo anterior favorecerá la mejora en la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica, contribuyendo de esta manera al bienestar de las personas y de las comunidades, que constituye el objetivo central y la razón de ser de los servicios de salud.

3.3 DEFINICIONES

CONSEJERÍA.- La consejería en planificación familiar es un proceso de análisis y comunicación personal entre la/el prestador de servicios y la/el usuario potencial y la/el usuario activo, mediante el cual se proporciona información, orientación y apoyo educativo a personas de manera individual y parejas que les permitan tomar decisiones voluntarias, conscientes e informadas acerca de su vida sexual y reproductiva.

El proceso se debe enfocar a resolver o aclarar las dudas que se pudieran tener acerca de las indicaciones, uso, seguridad y efectividad de los métodos anticonceptivos. (NOM-005-SSA2-1993, 2004).

DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU).- Es un artefacto de polietileno que se coloca dentro de la cavidad uterina, con fines anticonceptivos de forma temporal. NOM-005-SSA2-1993, 2004.

CONDÓN FEMENINO.- Es una funda transparente, blanda y resistente hecha de poliuretano, con dos anillos de plástico uno en cada extremo. El anillo del extremo cerrado se usa para facilitar la inserción y mantener el condón adherido al cuello uterino, el del extremo abierto es más ancho y permanece fuera de la vagina cubriendo los genitales de la mujer. Protege el contacto directo del pene con la vagina, evita el paso de los espermatozoides al conducto cervical, además de proteger contra las infecciones de transmisión sexual incluyendo VIH/SIDA. NOM-005-SSA2-1993, 2004.

CONDÓN MASCULINO.- Es un dispositivo elaborado de látex, cerrado por un extremo conteniendo un receptáculo para almacenar el semen eyaculado y abierto en el extremo opuesto, el cual termina en un borde o ribete, se coloca al pene en erección durante la relación sexual para evitar el paso de los espermatozoides y de microorganismos a la vagina. Algunos contienen, además, sustancias espermicidas (nonoxinol-9). Este método contribuye a la prevención de infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH/SIDA. NOM-005-SSA2-1993, 2004.

ESPERMICIDAS.- Son sustancias químicas que impiden el paso de los espermatozoides, inactivándolos antes de que penetren al canal cervical. Por lo general, estas sustancias pueden administrarse a través de diversos vehículos: cremas, óvulos y espuma en aerosol. Las diversas presentaciones contienen un vehículo y un espermicida. NOM-005-SSA2-1993, 2004.

4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

Las recomendaciones señaladas en esta guía son producto del análisis de las fuentes de información, obtenidas mediante el modelo de revisión sistemática de la literatura. La presentación de la evidencia y las recomendaciones expresadas en las guías y demás documentos seleccionados, corresponde a la información disponible organizada, según criterios relacionados con las características cuantitativas, cualitativas, de diseño y tipo de resultados de los estudios que las originaron.

El nivel de las evidencias y la gradación de las recomendaciones se mantienen respetando la **fuentes original consultada**. Las evidencias se clasifican de forma numérica y las recomendaciones con letras; ambas, en orden decreciente de acuerdo a su fortaleza.

El sistema de gradación utilizado en la guía está en el **Anexo: Escalas de Gradación**.

Símbolos empleados en las tablas de Evidencias y Recomendaciones de esta guía:

EVIDENCIA



RECOMENDACIÓN



PUNTO DE BUENA PRÁCTICA



4.1 MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS TEMPORALES

4.1.1 CONSEJERÍA

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	A las mujeres que solicitan anticoncepción, se les debe ofertar todos los métodos anticonceptivos, incluyendo los métodos temporales.	Punto de buena práctica National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE clinical guideline no. 30 2005
	Las mujeres deben contar con el método anticonceptivo que sea más aceptable para ellas, siempre y cuando no esté contraindicado.	Punto de buena práctica National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE clinical guideline no. 30 2005
	Las mujeres que consideren un método temporal deben recibir información verbal o escrita, que las ayude a elegir el método más adecuado para ellas, considerando sus necesidades, la cual incluya: • Eficacia anticonceptiva. • Tiempo de duración. • Beneficios no anticonceptivos. • El proceso de su inserción y de su retiro o discontinuación. • En qué momento acudir con el personal médico, durante el uso del método.	Punto de buena práctica National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE clinical guideline no. 30 2005
	La consejería en planificación familiar debe considerar las diferencias culturales y religiosas.	Punto de buena práctica National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE clinical guideline no. 30 2005

	El personal profesional de la salud, debe contar con intérpretes para las mujeres que no hablen español o con discapacidad física y/o intelectual.	Punto de buena práctica National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE clinical guideline no. 30 2005
	De manera rutinaria para la elección de métodos anticonceptivos, se debe realizar historia clínica que incluya: antecedentes heredo-familiares, menstruales y anticonceptivos.	Punto de buena práctica National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE clinical guideline no. 30 2005
	El personal profesional de la salud que apoye a las mujeres a tomar decisiones anticonceptivas, debe conocer las normas a nivel nacional de acuerdo a los criterios médicos de elegibilidad y recomendaciones para el uso de éstos.	Punto de buena práctica National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE clinical guideline no. 30 2005
	Al considerar la elección de los métodos, para grupos específicos de mujeres y mujeres con condiciones médicas, las y los profesionales deben conocer y discutir de manera personalizada las cuestiones que puedan afectar su decisión.	Punto de buena práctica National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE clinical guideline no. 30 2005
	Las y los profesionales de la salud deben descartar el embarazo mediante la historia menstrual y sexual, antes de iniciar cualquier método anticonceptivo.	Punto de buena práctica National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE clinical guideline no. 30 2005
	Las y los profesionales de la salud que provean métodos anticonceptivos, deben promover el sexo seguro.	Punto de buena práctica National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE clinical guideline no. 30 2005

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	Los y las profesionales de la salud que otorguen métodos anticonceptivos deberán considerar los riesgos de infecciones de transmisión sexual (ITS) y realizar el estudio necesario.	Punto de buena práctica National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE clinical guideline no. 30 2005
	Los y las profesionales de la salud deberán otorgar información sobre los servicios locales para la detección, manejo y seguimiento de ITS.	Punto de buena práctica National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE clinical guideline no. 30 2005
	Cuando una persona con problemas de discapacidad intelectual esté imposibilitada para tomar decisiones sobre su salud sexual y reproductiva (o el uso de un anticonceptivo), las y los cuidadores, así como quienes sean responsables de su cuidado, revisarán y analizarán la situación para tomar una medida adecuada sin menoscabo de sus derechos.	Punto de buena práctica National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE clinical guideline no. 30 2005
	Las personas con problemas de aprendizaje y/o discapacidad física, deben ser informadas y orientadas para que tomen sus propias decisiones acerca de la anticoncepción.	Punto de buena práctica National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE clinical guideline no. 30 2005
	Antes de la elección del método, las y los profesionales de la salud, deben: • Informar y orientar a la mujer para que compare los riesgos y beneficios de todos los métodos de su interés. • explicarle los efectos secundarios más comunes, así como los riesgos.	Punto de buena práctica National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE clinical guideline no. 30 2005
	Las y los profesionales de la salud que coloquen anticonceptivos intrauterinos deben recibir formación para desarrollar y mantener las aptitudes pertinentes para poder proveer este método.	Punto de buena práctica National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE clinical guideline no. 30 2005

	Los dispositivos intrauterinos, deben ser aplicados únicamente por personal entrenado en su aplicación y con práctica que coloque al menos uno al mes.	C National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE clinical guideline no. 30 2005
---	--	--

4.2 DISPOSITIVO INTRAUTERINOS

4.2.1 DISPOSITIVO INTRAUTERINO DE COBRE

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	La historia clínica (incluyendo la historia sexual) debe realizarse de rutina en la evaluación para la anticoncepción intrauterina y si el uso del método es adecuado e identificar a quienes están en alto riesgo de infecciones de transmisión sexual (por ejemplo, en mujeres menores de 25 años o mayores de 25 años con un nuevo compañero sexual o más de un compañero sexual en el último año, o si su compañero tiene otras parejas).	C Faculty of sexual and reproductive healthcare clinical guidance intrauterine contraception 2007
	Los dispositivos intrauterinos (DIU's) actúan previniendo la fertilización.	B Faculty of sexual and reproductive healthcare clinical guidance intrauterine contraception 2007
	Se debe informar a las pacientes acerca de las bajas tasas de fallo de la anticoncepción intrauterina a cinco años de uso: menos de dos por ciento con la T de cobre 380 A y menos de uno por ciento con el DIU con levonorgestrel.	B Faculty of sexual and reproductive healthcare clinical guidance intrauterine contraception 2007
	Las y los profesionales de la salud deben saber que los métodos, actualmente, disponibles como dispositivos intrauterinos, anticonceptivos inyectables e implantes son más costo efectivos que los anticonceptivos combinados orales, incluso a un	A Faculty of sexual and reproductive healthcare clinical guidance intrauterine contraception

	año de uso. Los dispositivos y los implantes son aún más costo-efectivos que los anticonceptivos inyectables. Incrementar el uso de los métodos anteriores puede reducir el número de embarazos no planeados.	2007
	El tiempo de duración de los DIU's "T" de cobre es de 5 a 10 años, depende del tipo de DIU.	C Faculty of sexual and reproductive healthcare clinical guidance intrauterine contraception 2007
	La tasa de embarazo asociada con el uso de los DIU's que contienen 380 mm2 de cobre es muy baja (menos de 20 en 1000 mujeres usuarias por más de cinco años).	C National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE clinical guideline no. 30 2005
	No hay evidencia de que se retrase el regreso a la fertilidad después de retirar el DIU.	B Faculty of sexual and reproductive healthcare clinical guidance intrauterine contraception 2007
	Se debe informar a las pacientes que el sangrado tipo manchado, el sangrado leve, fuerte o prolongado es común en los primeros tres a seis meses de uso del DIU de cobre.	C Faculty of sexual and reproductive healthcare clinical guidance intrauterine contraception 2007
	Durante la consejería se le debe de informar a la mujer, acerca de las molestias durante y/o después de la inserción del dispositivo intrauterino	Punto de buena práctica Faculty of sexual and reproductive healthcare clinical guidance intrauterine contraception 2007
	Hasta el 50% de las mujeres dejan de usar el DIU dentro de los cinco años, las razones más comunes son sangrado vaginal y dolor inaceptable.	C National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE clinical guideline no. 30 2005

	No hay evidencia de alteraciones de peso por el DIU.	C National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE clinical guideline no. 30 2005
---	--	--

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	Los cambios de la libido, si llegan a presentarse, son mínimos, tanto con el DIU de cobre como con el de levonorgestrel.	C National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE clinical guideline no. 30 2005
	Informar a las mujeres de que el riesgo de perforación uterina, asociado con el dispositivo intrauterino, se puede presentar hasta en dos por 1000 inserciones.	B Faculty of sexual and reproductive healthcare clinical guidance intrauterine contraception 2007
	Informar a la mujer que puede incrementarse el riesgo de presentar infección pélvica en los 20 días siguientes a la inserción del dispositivo intrauterino sin embargo, este riesgo es similar en las no usuarias del DIU.	B Faculty of sexual and reproductive healthcare clinical guidance intrauterine contraception 2007
	El riesgo de desarrollar enfermedad inflamatoria pélvica, después de la inserción del DIU, es menor de uno en 100 en mujeres que tienen bajo riesgo de infecciones de transmisión sexual.	C National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE clinical guideline no. 30 2005
	El DIU puede ser expulsado, pero esto ocurre en menos de uno de cada 20 mujeres y es más común, en el primer año de uso, particularmente en los primeros meses de su inserción.	B Faculty of sexual and reproductive healthcare clinical guidance intrauterine contraception 2007

	El riesgo de embarazo ectópico, al usar el DIU, es menor en comparación con aquellas mujeres que no se utilizan métodos anticonceptivos.	B Faculty of sexual and reproductive healthcare clinical guidance intrauterine contraception 2007
	El riesgo total de embarazo ectópico, cuando se usa el DIU es muy bajo, aproximadamente uno de cada 1000 en 5 años.	C National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE clinical guideline no. 30 2005
	Si una mujer queda embarazada con el DIU colocado, el riesgo de embarazo ectópico es de uno en 20, por lo que se debe excluir un embarazo ectópico.	C National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE clinical guideline no. 30 2005
	Después de la consejería (acerca de la disminución de la fertilidad, los riesgos asociados con la inserción y la eficacia anticonceptiva) las mujeres que son usuarias del DIU de cobre a la edad de 40 años o más, pueden tener el dispositivo un año después del último periodo menstrual, o dos años si es mayor de 50 años o hasta que la anticoncepción no se requiera más.	B Faculty of sexual and reproductive healthcare clinical guidance intrauterine contraception 2007
	El riesgo de perforación está relacionado con la habilidad del personal profesional de la salud, de insertar el DIU.	Punto de buena práctica National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE clinical guideline no. 30 2005
	Después de la consejería y de que el DIU sea el método elegido, éste debe ser colocado por personal clínico con experiencia, en cualquier momento después de un aborto o si no hay sospecha de embarazo en ese momento.	Punto de buena práctica Faculty of sexual and reproductive healthcare clinical guidance intrauterine contraception 2007
	El personal clínico que coloque dispositivos intrauterinos, debe ser entrenado apropiadamente y actualizarse, mantener la competencia y asistir a las actualizaciones regulares para hacer frente a situaciones de emergencia.	C Faculty of sexual and reproductive healthcare clinical guidance intrauterine contraception

		2007
	Se debe firmar el consentimiento informado antes de la colocación del dispositivo intrauterino.	Punto de buena práctica Faculty of sexual and reproductive healthcare clinical guidance intrauterine contraception 2007
	Durante la colocación del dispositivo intrauterino debe de estar personal asistente entrenado, quien pueda monitorizar la condición de la paciente y asistir en caso de emergencia.	Punto de buena práctica Faculty of sexual and reproductive healthcare clinical guidance intrauterine contraception 2007
	La necesidad del alivio del dolor durante la colocación del dispositivo intrauterino, debe informarse a la usuaria y administrar algún tratamiento en caso necesario.	Punto de buena práctica Faculty of sexual and reproductive healthcare clinical guidance intrauterine contraception 2007
	Un equipo de emergencia debe de estar disponible en todas las unidades médicas, en donde se coloquen anticonceptivos intrauterinos, y tener protocolos de referencia para mujeres que requieran tratamiento médico adicional.	C Faculty of sexual and reproductive healthcare clinical guidance intrauterine contraception 2007
	A todas las mujeres que eligieron la colocación del dispositivo intrauterino, se les deberá realizar un examen pélvico bimanual.	C Faculty of sexual and reproductive healthcare clinical guidance intrauterine contraception 2007
	Antes de colocar el dispositivo intrauterino, hay que evaluar los signos vitales y ser documentados en el expediente, dependiendo de la situación clínica de la usuaria.	Punto de buena práctica Faculty of sexual and reproductive healthcare clinical guidance intrauterine contraception 2007

	Durante la colocación del dispositivo intrauterino, se debe estabilizar el cuello del útero con una pinza y evaluar la longitud de la cavidad uterina, para facilitar la colocación en el fondo del útero y reducir el riesgo de perforación.	Punto de buena práctica Faculty of sexual and reproductive healthcare clinical guidance intrauterine contraception 2007
	Debe de registrarse en el expediente clínico, el asesoramiento antes y después de la colocación del dispositivo, el procedimiento y el tipo de dispositivo utilizado.	C Faculty of sexual and reproductive healthcare clinical guidance intrauterine contraception 2007
	Se le debe de dar información oral o escrita acerca del dispositivo intrauterino colocado y el tiempo de uso.	Punto de buena práctica Faculty of sexual and reproductive healthcare clinical guidance intrauterine contraception 2007
	Se deben dar instrucciones a las mujeres de cómo sentir los hilos del dispositivo y advertirles que si no son capaces de sentirlos, existe la posibilidad de haberlo expulsado, entonces deberán usar un anticonceptivo alternativo hasta que acudan con su médico.	Punto de buena práctica Faculty of sexual and reproductive healthcare clinical guidance intrauterine contraception 2007
	Si la mujer selecciona el anticonceptivo intrauterino y tiene alto riesgo de infección de transmisión sexual (por ejemplo mujeres menores de 25 años o 25 años con una nueva pareja sexual o más de una pareja sexual en el último año o una pareja con otras parejas sexuales) utilizar el condón como método de apoyo.	Punto de buena práctica Faculty of sexual and reproductive healthcare clinical guidance intrauterine contraception 2007
	Antes de la inserción del DIU, se deben realizar estudios con búsqueda intencionada de: • Chlamydia trachomatis en mujeres con riesgo de ITS. • Neisseria gonorrhoeae en mujeres que se encuentran en lugares con alta prevalencia y que tienen riesgo para ITS.	Punto de buena práctica National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE clinical guideline no. 30 2005

	O cualquier tipo de ITS en las mujeres que lo soliciten.	
	Mujeres identificadas con riesgos asociados a infecciones uterinas o sistémicas necesitan investigación y tratamiento previo a la inserción del DIU.	Punto de buena práctica National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE clinical guideline no. 30 2005
	El DIU puede ser utilizado por adolescentes, pero hay que considerar el alto riesgo de ITS.	Punto de buena práctica National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE clinical guideline no. 30 2005
	El personal profesional de la salud, debe considerar que - El DIU no está contraindicado en nulíparas de cualquier edad. - Mujeres de cualquier edad pueden usar DIU.	Punto de buena práctica National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE clinical guideline no. 30 2005
	Las mujeres que están amamantando pueden usar el DIU de manera segura.	C National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE clinical guideline no. 30 2005
	El personal profesional de la salud tiene que considerar lo siguiente: - EL DIU no está contraindicado en mujeres con diabetes. - El DIU es un método anticonceptivo efectivo y seguro para mujeres con VIH o SIDA (en este grupo, recomendar el uso de los condones para el sexo seguro).	Punto de buena práctica National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE clinical guideline no. 30 2005
	El DIU más efectivo contiene un mínimo de 380 mm ² de cobre y tiene bandas en los brazos, esto junto con el tiempo de duración, debe tenerse en cuenta al decidir que DIU utilizar.	B National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE clinical guideline no. 30 2005

	A condición de que se esté plenamente seguro de que la mujer no está embarazada, o si actualmente está utilizando un método anticonceptivo seguro el DIU se puede insertar : • En cualquier momento del ciclo menstrual. Ideal los primeros cinco días del ciclo. • En el aborto sin infección la colocación inmediata o diferida con otro método anticonceptivo inmediato. Con infección: tratamiento más otro método anticonceptivo inmediato, curación y colocación a los tres meses. • Es posible la inserción inmediata dentro de los diez minutos de la expulsión placentaria y hasta 48 horas postparto o después de cuatro semanas del parto, independientemente de que haya sido por vía vaginal o cesárea. No debe aplicarse con antecedentes de RPM mayor de seis horas o trabajo de parto prolongado.	B National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE clinical guideline no. 30 2005
	En caso de colocarse el DIU a una mujer con epilepsia, debe tenerse medicamento contra dicha enfermedad, ya que puede presentar un ataque en el momento de la dilatación uterina.	Punto de buena práctica National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE clinical guideline no. 30 2005
	Eventos relacionados con la inserción del DIU. Efectos vagales: Hipotensión, bradicardia, mareos, pérdida de conocimiento y sudoración. Conducta inmediata: Colocar a la paciente en posición de trendelenburg. Eventual uso de ½ ampolleta de atropina subcutánea, suspender la maniobra de colocación, se puede reintentar la colocación luego de la recuperación clínica de la paciente y con el consentimiento de la misma.	Punto de buena práctica National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE clinical guideline no. 30 2005

	Se les debe informar a las pacientes acerca de pedir asistencia médica en cualquier momento, si desarrollan síntomas de infección pélvica, dolor, persistencia de anormalidades menstruales, retraso menstrual, que no se palpen los hilos o en su caso que sientan la rama vertical del dispositivo.	C Faculty of sexual and reproductive healthcare clinical guidance intrauterine contraception 2007
	La mujer debe ser informada: • Acerca de los síntomas de perforación uterina o infección que pudieran requerir revisión temprana. • Que la inserción del DIU puede provocar dolor o sangrado por unos días; debe indicarse a la mujer que tomar en caso de presentar dolor. • Acerca de cómo localizar los hilos del DIU y a hacerlo regularmente, para poder detectar una posible expulsión.	Punto de buena práctica National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE clinical guideline no. 30 2005
	Seguimiento después de la inserción del DIU. Consulta a los siete días con indicación de: Abstinencia sexual -No utilizar tampón vaginal -No bañarse en tina. Sigüientes controles: En la primera menstruación postinserción. Luego cada seis meses. Durante la lactancia: A los siete días. Cada tres meses hasta la normalización de los ciclos menstruales, luego, cada seis meses. En cada visita: reiterar causas de alarma. Interrogar sobre ritmo menstrual y sus características.	C Faculty of sexual and reproductive healthcare clinical guidance intrauterine contraception 2007
	En caso de presentar sangrado abundante o prolongado asociado al DIU, se puede tratar con antiinflamatorios no esteroideos y con ácido tranexámico.	B National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE clinical guideline no. 30 2005

	Contraindicaciones: • Embarazo. • La septicemia en el posparto o posaborto y la cervicitis purulenta actual, la infección por clamidia o gonorrea. • Las condiciones menos comunes para las cuales no debe usarse el DIU, incluyen el cáncer del endometrio o cervical, la cavidad uterina distorsionada, tuberculosis pelviana y el sangrado vaginal inexplicado que refleja una condición subyacente grave.	C Faculty of sexual and reproductive healthcare clinical guidance intrauterine contraception 2007
	Las mujeres que presenten sangrado abundante inaceptable, podrían considerar el cambio a un DIU con Levonorgestrel.	Punto de buena práctica National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE clinical guideline no. 30 2005
	La presencia de organismos como Actinomyces en un frotis cervical de una mujer con DIU requiere investigación para descartar infección pélvica. El retiro de rutina, no está indicado en mujeres sin signos de infección pélvica.	Punto de buena práctica National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE clinical guideline no. 30 2005
	Las mujeres que tienen un embarazo intrauterino con un DIU, deben ser orientadas para que se lo retiren antes de las 12 semanas de gestación.	Punto de buena práctica National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE clinical guideline no. 30 2005

4.2.2 DISPOSITIVO INTRAUTERINO CON LEVONORGESTREL

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	Después de la consejería, el DIU con levonorgestrel es la opción más adecuada para la mayoría de las mujeres que requieran de anticoncepción y/o para tratarse de menorragia.	C FFPRHC guidance the levonorgestrel-releasing intrauterine system (LNG-IUS) in contraception and reproductive health
	Después de la consejería acerca de otros métodos anticonceptivos, las mujeres quienes han sido evaluadas como de alto riesgo para infecciones de transmisión sexual, pueden continuar con la elección del uso del DIU con levonorgestrel.	Punto de buena práctica FFPRHC guidance the levonorgestrel-releasing intrauterine system (LNG-IUS) in contraception and reproductive health
	El DIU con levonorgestrel es el dispositivo intrauterino más efectivo actualmente disponible.	A Faculty of sexual and reproductive healthcare clinical guidance intrauterine contraception 2007
	Se les debe de informar a las mujeres que el DIU con levonorgestrel actúa de forma primaria produciendo cambios en el endometrio, en adición, con los cambios del moco cervical para prevenir la penetración espermática. La mayoría de las mujeres seguirán ovulando.	B FFPRHC guidance the levonorgestrel-releasing intrauterine system (LNG-IUS) in contraception and reproductive health
	Después de considerar otro método anticonceptivo, las mujeres pueden continuar utilizando el DIU con levonorgestrel durante los tres meses de tratamiento de infección pélvica, siempre y cuando no tengan signos ni síntomas.	Punto de buena práctica FFPRHC guidance the levonorgestrel-releasing intrauterine system (LNG-IUS) in contraception and reproductive health

	La tasa de embarazo asociada con el uso de DIU con levonorgestrel es muy baja (menos de 10 en 1000 más de cinco años).	C National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE clinical guideline no. 30 2005
	A las mujeres se les debe informar que el dispositivo intrauterino con levonorgestrel, es un método efectivo, reversible con tasas de fallo de menos de uno por 100 mujeres/año.	A FFPRHC guidance the levonorgestrel-releasing intrauterine system (LNG-IUS) in contraception and reproductive health
	El tiempo de duración anticonceptiva del DIU con levonorgestrel es de cinco años.	D FFPRHC guidance the levonorgestrel-releasing intrauterine system (LNG-IUS) in contraception and reproductive health
	Todas las mujeres, usuarias del DIU con levonorgestrel, se les debe de orientar para que regresen a revisión después de cinco años de uso y discutir la necesidad de retirar y reemplazar.	Punto de buena práctica FFPRHC guidance the levonorgestrel-releasing intrauterine system (LNG-IUS) in contraception and reproductive health
	No hay evidencia de retraso en el retorno a la fertilidad, después de la remoción o expulsión del DIU-LNG.	C National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE clinical guideline no. 30 2005
	Hasta el 60% de las mujeres dejan de usar el DIU-LNG en el plazo de cinco años. Las razones más comunes son, sangrado vaginal y dolor intenso, una razón menos común es la amenorrea.	C National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE clinical guideline no. 30 2005
	No hay evidencia de que el uso del DIU-LNG cause variaciones en el peso.	C National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE clinical guideline no. 30 2005

	En el uso de todos los DIU's, existen cambios mínimos similares en el estado de ánimo y la libido.	C National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE clinical guideline no. 30 2005
	Puede haber mayor probabilidad de desarrollar acné como resultado de la absorción de progesterona, pero son pocas las mujeres que interrumpen el uso del DIU-LNG por esta razón.	C National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE clinical guideline no. 30 2005
	El riesgo de perforación uterina en el momento de la inserción del DIU-LNG es muy bajo (menos de uno de cada 1000).	D National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE clinical guideline no. 30 2005
	El DIU-LG puede ser expulsado, pero esto ocurre en menos de uno de cada 20 mujeres en cinco años.	C National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE clinical guideline no. 30 2005
	El riesgo de embarazo ectópico durante el uso del DIU-LNG es muy bajo, uno de cada 1000 en cinco años y es menor, que cuando no se utiliza algún método anticonceptivo.	Punto de buena práctica National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE clinical guideline no. 30 2005
	Si una mujer queda embarazada con el DIU-LNG, el riesgo de embarazo ectópico es de uno en 20.	Punto de buena práctica National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE clinical guideline no. 30 2005
	Las mujeres que son mayores de 45 años o más en el momento de la inserción del DIU-LNG y que son amenorreicas, pueden mantener el dispositivo hasta que ya no requieran anticoncepción, aunque esto esté más allá de su duración.	D National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE clinical guideline no. 30 2005

	Las y los profesionales de la salud, deben ser conscientes de que el riesgo de perforación está relacionado con la habilidad del profesional de insertar el DIU-LNG.	Punto de buena práctica National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE clinical guideline no. 30 2005
	Antes de la inserción del DIU LNG se deben excluir los siguientes microorganismos: • Chlamydia trachomatis en mujeres con riesgo de ITS. • Neisseria gonorrhoeae en mujeres que habitan en lugares con alta prevalencia y con riesgo elevado de ITS. • En cualquier mujer con una ITS.	Punto de buena práctica National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE clinical guideline no. 30 2005
	Mujeres con riesgos asociados a una infección sistémica o uterina, deben ser investigadas y tratadas antes de la inserción del DIU-LNG.	Punto de buena práctica National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE clinical guideline no. 30 2005
	Las y los profesionales de la salud tienen que considerar lo siguiente: • El uso del DIU-LNG en la adolescencia: No es de primera elección y hay que tomar en cuenta el alto riesgo de ITS. • El uso durante la lactancia: Después de las seis semanas, sin riesgo para el/ la recién nacido/a.	D National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE clinical guideline no. 30 2005
	No existe evidencia de que cualquier otro medicamento reduzca la eficacia del DIU-LNG.	D National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE clinical guideline no. 30 2005
	El DIU-LNG no está contraindicado en mujeres con diabetes.	Punto de buena práctica National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE clinical guideline no. 30 2005

	El DIU-LNG es un método anticonceptivo efectivo y seguro para mujeres con VIH/SIDA (en este grupo, alentar el uso de los condones para el sexo seguro).	Punto de buena práctica National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE clinical guideline no. 30 2005
	Mujeres con historia de migraña con síntomas focales, pueden utilizar el DIU con levonorgestrel. Sin embargo, si los síntomas focales se desarrollan con el uso, estos nuevos síntomas deben ser investigados y discutir otras opciones de métodos anticonceptivos.	Punto de buena práctica FFPRHC guidance the levonorgestrel-releasing intrauterine system (LNG-IUS) in contraception and reproductive health
	Los anticonceptivos no hormonales, son más apropiados para mujeres con historia de cáncer de mama. Sin embargo, el DIU con levonorgestrel puede ser considerado de manera individual y consultando con el oncólogo tratante, si así fuera el caso.	Punto de buena práctica FFPRHC guidance the levonorgestrel-releasing intrauterine system (LNG-IUS) in contraception and reproductive health
	El DIU-LNG es seguro para mujeres que tienen contraindicados los estrógenos.	Punto de buena práctica National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE clinical guideline no. 30 2005
	El o la profesional de la salud debe estar pendiente que cuando existe un tumor no diagnosticado de mama, el utilizar el DIU con levonorgestrel, según los criterios médicos de elegibilidad de la OMS, los beneficios superan los riesgos teóricos o probados.	C UK medical eligibility criteria for contraceptive use. 2009
	El profesional de la salud tiene que estar pendiente, cuando hay patología benigna de mama y con historia familiar de cáncer, donde se puede utilizar el DIU con levonorgestrel de acuerdo a los criterios médicos de elegibilidad de la OMS.	C UK medical eligibility criteria for contraceptive use. 2009
	A todas las mujeres que consideren el uso del DIU con levonorgestrel, deben ser informadas acerca de los cambios potenciales en el ciclo menstrual y de los síntomas hormonales que pueden ocurrir con el uso de éste método anticonceptivo.	Punto de buena práctica FFPRHC guidance the levonorgestrel-releasing intrauterine system (LNG-IUS) in contraception and reproductive health

R	Las mujeres pueden estar seguras de que hay un rápido retorno de la fertilidad después del retiro del dispositivo con levonorgestrel.	B FFPRHC guidance the levonorgestrel-releasing intrauterine system (LNG-IUS) in contraception and reproductive health
R	Se les debe informar a las mujeres que el uso del DIU con levonorgestrel, puede disminuir en hasta un 90% el flujo menstrual: Sangrado irregular y manchado son comunes durante los primeros seis meses posteriores a la inserción. La oligomenorrea o amenorrea son frecuentes después del primer año de uso.	A FFPRHC guidance the levonorgestrel-releasing intrauterine system (LNG-IUS) in contraception and reproductive health
R	A las mujeres se les informará que con el uso del DIU con levonorgestrel, se han reportado síntomas hormonales, sin embargo, estos no son significativamente diferentes con los síntomas de las usuarias de DIU con cobre.	A FFPRHC guidance the levonorgestrel-releasing intrauterine system (LNG-IUS) in contraception and reproductive health
R	Las mujeres serán informadas que a pesar de que los quistes ováricos, se presentan en las usuarias de DIU con levonorgestrel, no hay un riesgo incrementado comparado con las usuarias del DIU de cobre.	A FFPRHC guidance the levonorgestrel-releasing intrauterine system (LNG-IUS) in contraception and reproductive health
R	Se debe de orientar a las mujeres que no hay evidencia que sugiera que el DIU con levonorgestrel, tenga un efecto en la disminución de la densidad mineral ósea.	C FFPRHC guidance the levonorgestrel-releasing intrauterine system (LNG-IUS) in contraception and reproductive health
R	Si tiene ciclos menstruales: -Puede insertarse el DIU-LNG en cualquier momento dentro de los primeros siete días, después del inicio del sangrado menstrual. No se necesita protección anticonceptiva adicional. - También puede insertarse en cualquier otro momento durante el ciclo menstrual, si existe la seguridad de que no hay embarazo.	C FFPRHC guidance the levonorgestrel-releasing intrauterine system (LNG-IUS) in contraception and reproductive health

	- Si han transcurrido más de siete días desde el inicio del sangrado menstrual, deberá abstenerse de tener relaciones sexuales o utilizar protección anticonceptiva adicional durante los siete días siguientes..	
R	Posparto y lactancia materna (incluso post-cesárea) -Si la mujer tiene cuatro o más semanas posparto y está en amenorrea, puede insertarse un DIU-LNG si existe la seguridad de que no hay embarazo. No se necesita protección anticonceptiva adicional. -Si la mujer tiene cuatro o más semanas posparto o más, y se han reanudado los ciclos menstruales, puede insertarse un DIU-LNG y deberá abstenerse de tener relaciones sexuales o utilizar protección anticonceptiva adicional durante los siete días siguientes. -No debe insertarse un DIU-LNG a mujeres con sepsis puerperal. -En el caso de mujeres con más de 48 horas y menos de cuatro semanas posparto, no se recomienda habitualmente usar DIU-LNG, a menos que no estén disponibles otros métodos más apropiados o no sean aceptables.	C <i>FFPRHC guidance the levonorgestrel-releasing intrauterine system (LNG-IUS) in contraception and reproductive health</i>
R	Contraindicaciones: • Cáncer de mama actual. • Múltiples factores de riesgo cardiovascular. • Migraña con aura. • Sangrado vaginal de origen desconocido. • Cáncer de mama con más de cinco años de remisión. • Diabetes con enfermedad vascular. • Hepatopatía complicada. • Medicamentos que afectan el metabolismo de los anticonceptivos.	C <i>FFPRHC guidance the levonorgestrel-releasing intrauterine system (LNG-IUS) in contraception and reproductive health</i>

	La mujer debe ser informada: • Acerca de los síntomas de perforación uterina o infección que pudieran requerir revisión temprana. • La inserción del DIU-LNG puede provocar dolor o sangrado por unos días por lo que puede indicarse un tratamiento en caso de presentar dolor. • Acerca de como localizar los hilos del DIU-LNG y a hacerlo regularmente, para poder detectar una posible expulsión.	Punto de buena práctica <i>National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE clinical guideline no. 30 2005</i>
	El seguimiento se hará después del primer mes de colocación o tres a seis semanas posteriores a la inserción, para excluir infección, perforación o expulsión. Posterior a ese lapso, las mujeres pueden acudir para aclarar cualquier duda o cuando desee cambiar de método o cuando sea momento de su retiro. Seguimiento: Después de la siguiente menstruación a la inserción, posteriormente, cada seis meses. Durante la lactancia: A los siete días después de la inserción y posteriormente cada tres meses hasta la normalización de los ciclos menstruales, finalmente cada seis meses.	Punto de buena práctica <i>National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE clinical guideline no. 30 2005</i>
	La presencia de organismos como Actinomyces en un frotis cervical de una mujer con DIU-LNG, requiere investigación para descartar infección pélvica. El retiro de rutina, no está indicado en mujeres sin signos de infección pélvica.	Punto de buena práctica <i>National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE clinical guideline no. 30 2005</i>
	Las mujeres que tienen un embarazo intrauterino con un DIU-LNG insertado, deben ser orientadas para que retiren el DIU-LNG antes de las 12 semanas de gestación.	Punto de buena práctica <i>National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE clinical guideline no. 30 2005</i>
	El dispositivo con levonorgestrel puede ser retirado en cualquier momento, en que la mujer decida concebir; las relaciones sexuales sin protección deben evitarse en los siete días previos a su retiro.	Punto de buena práctica <i>FFPRHC guidance the levonorgestrel-releasing intrauterine system (LNG-IUS) in contraception and reproductive health</i>

4.3 CONDOMES MASCULINO Y FEMENINO

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	Realizar historia clínica para quienes hayan presentado síntomas de irritación genital local, asociada con el uso de condones de látex. Una investigación adicional puede ser requerida y considerar la referencia para tratar de identificar la causa y dar tratamiento, si se ameritara.	Punto de buena práctica Faculty of Family Planning & Reproductive Health Care, Clinical Guidance, Male and Female Condoms, 2007. Royal College of Obstetricians & Gynaecologists
	Los y las profesionales de la salud deben promover el uso frecuente y correcto del condón de látex como método anticonceptivo, como protección para infección del virus de inmunodeficiencia humana y otras infecciones de transmisión sexual. A los hombres y mujeres se les debe dar información acerca de los condones masculinos y femeninos.	A <i>Canada contraception consensus 2004 part 3 of 3</i>
	Mujeres que utilicen métodos anticonceptivos de barrera, se les tiene que proporcionar consejería relevante, sobre la anticoncepción de emergencia.	B <i>Canada contraception consensus 2004 part 3 of 3</i>
	Los y las profesionales de la salud deben asesorar a hombres y mujeres acerca del correcto uso de los métodos de barrera, enfatizando la necesidad de protección complementaria contra embarazo e infecciones.	A <i>Canada contraception consensus 2004 part 3 of 3</i>
	Los y las profesionales de la salud deben promover el uso frecuente y correcto del condón de látex como método anticonceptivo como protección para infección del virus de inmunodeficiencia humana y otras infecciones de transmisión sexual. A los hombres y mujeres se les debe dar información acerca de los condones masculinos y femeninos.	A <i>Canada contraception consensus 2004 part 3 of 3</i>

	A mujeres que utilicen métodos anticonceptivos de barrera, se les debe de proporcionar consejería relevante sobre la anticoncepción de emergencia.	B <i>Canada contraception consensus 2004 part 3 of 3</i>
	Los y las profesionales de la salud deben asesorar a los hombres y mujeres, acerca del correcto uso de los métodos de barrera. Deben enfatizar la necesidad de protección complementaria contra embarazo e infecciones.	B <i>Canada contraception consensus 2004 part 3 of 3</i>
	Orientar a hombres y mujeres acerca del uso correcto de los condones, el uso apropiado de lubricantes, tamizaje de infecciones de transmisión sexual y cuando la anticoncepción de emergencia pueda ser requerida.	Punto de buena práctica <i>Faculty of Family Planning & Reproductive Health Care, Clinical Guidance, Male and Female Condoms, 2007. Royal College of Obstetricians & Gynaecologists</i>
	La única contraindicación para el uso de condón de látex, es para las personas que son sensibles o tienen alergia a las proteínas del mismo.	III <i>Faculty of Family Planning & Reproductive Health Care, Clinical Guidance, Male and Female Condoms, 2007. Royal College of Obstetricians & Gynaecologists</i>
	La alergia al látex es la aparición de los síntomas tipo uno. La presencia de una prueba cutánea positiva a los alérgenos del látex o la demostración de inmunoglobulinas E específicas en el suero, se describe como sensibilidad al látex. El diagnóstico de una verdadera alergia al látex es difícil. Repetir la exposición puede incrementar el riesgo de la reacción. Informes de casos han identificado reacciones alérgicas con el uso de condones de látex.	III <i>Faculty of Family Planning & Reproductive Health Care, Clinical Guidance, Male and Female Condoms, 2007. Royal College of Obstetricians & Gynaecologists</i>
	Se recomienda el uso de condones de poliuretano para hombres y mujeres con sensibilidad o alergia a las proteínas del látex. La evidencia sugiere que el uso de condones desproteinizados pueden ser usados	III <i>Faculty of Family Planning & Reproductive Health Care, Clinical Guidance,</i>

	en pacientes con alergia al látex.	Male and Female Condoms, 2007. Royal College of Obstetricians & Gynaecologists
E	El nonoxinol-9 es un lubricante que rompe las membranas celulares y que es irritante en modelos animales y humanos. Se ha notado la ruptura del epitelio vaginal y rectal con su uso. El potencial efecto irritante del N-9 en la mucosa, puede incrementar la posibilidad de las infecciones de transmisión sexual incluyendo el virus de la inmunodeficiencia adquirida. El daño epitelial es más probable con su uso frecuente. Algunos estudios han investigado la seguridad y la efectividad del N-9, y han sido revisadas por la OMS y el Centro de Prevención y Control de Enfermedades. No hay evidencia que los condones lubricados con N-9 den protección adicional contra el embarazo ni las infecciones de transmisión sexual, comparada con los condones no lubricados sin espermaticida.	III Faculty of Family Planning & Reproductive Health Care, Clinical Guidance, Male and Female Condoms, 2007. Royal College of Obstetricians & Gynaecologists
R	El uso de condones lubricados con espermaticidas no se debe recomendar. Sin embargo, el uso de Nonoxynol-9 es preferible a no usar condón.	C <i>Canada contraception consensus 2004 part 3 of 3</i>
R	El nonoxynol-9 no debe utilizarse para reducir el riesgo de infecciones de transmisión sexual y de infección del VIH. Los condones siempre deben ser usados para reducir el riesgo de infecciones.	A <i>Canada contraception consensus 2004 part 3 of 3</i>
R	Desde que se conoce que el nonoxynol-9 puede causar daño epitelial e incrementar el riesgo de infecciones de transmisión sexual, las mujeres que tienen múltiples contactos sexuales al día, se les tiene que informar sobre la necesidad de suspender el uso de productos con nonoxynol-9.	A <i>Canada contraception consensus 2004 part 3 of 3</i>

	Generalmente no se recomienda el uso de condones lubricados con espermaticidas.	B Faculty of Family Planning & Reproductive Health Care, Clinical Guidance, Male and Female Condoms, 2007. Royal College of Obstetrician s & Gynaecologists
	Informar que se tiene que revisar las medidas de seguridad marcadas en el empaque de los condones y la caducidad antes de su uso.	Punto de buena práctica Faculty of Family Planning & Reproductive Health Care, Clinical Guidance, Male and Female Condoms, 2007. Royal College of Obstetrician s & Gynaecologists
	El uso incorrecto de lubricantes (aplicarlo en la punta del pene debajo del condón) incrementa el riesgo de deslizamiento.	B Faculty of Family Planning & Reproductive Health Care, Clinical Guidance, Male and Female Condoms, 2007. Royal College of Obstetrician s & Gynaecologists
	Cuando se usa lubricante con los condones de látex se recomienda no utilizar las preparaciones a base de aceite.	B Faculty of Family Planning & Reproductive Health Care, Clinical Guidance, Male and Female Condoms, 2007. Royal College of Obstetrician s & Gynaecologists
	Las tasas de ruptura del condón son similares para los estándar y los reforzados.	B Faculty of Family Planning & Reproductive Health Care, Clinical Guidance, Male and Female Condoms, 2007. Royal College of Obstetrician s & Gynaecologists

	El uso de un condón reforzado (más grueso) en lugar de los condones estándar, no reduce el riesgo de ruptura y generalmente no se recomienda	C Faculty of Family Planning & Reproductive Health Care, Clinical Guidance, Male and Female Condoms, 2007. Royal College of Obstetrician s & Gynaecologists
	Se evaluaron los resultados en la eficacia del condón para la prevención del embarazo la tasa de ruptura y deslizamiento. Un estudio prospectivo no aleatorizado investigó la frecuencia y las determinantes de ruptura y el deslizamiento durante el uso de condones masculinos y femeninos. Las fallas de ambos, tanto para ruptura y deslizamiento disminuyeron con el uso frecuente. La ruptura fue menos común en los condones femeninos (0.1%; 95% CI 0.05–0.21) que los condones masculinos (no especifica el tipo) (3.1%; 95% CI 2.8–3.42). El deslizamiento fue mas común en los condones femeninos (5.6%; 95% CI 5.1–6.13 que en los masculinos (1.1%; 95% CI 0.9–1.28).	IIb Faculty of Family Planning & Reproductive Health Care, Clinical Guidance, Male and Female Condoms, 2007. Royal College of Obstetrician s & Gynaecologists
	Una revisión sistemática Cochrane de estudios controlados aleatorizados comparó ocho condones de látex masculinos y cuatro condones no masculinos sin látex en términos de eficacia anticonceptiva, tasas de deslizamiento y de ruptura, seguridad, discontinuación de uso y preferencias del usuario. Una proporción sustancial de participantes prefirieron los condones sin látex, y estos tuvieron tasas más altas de ruptura durante la relación sexual o retirada (ruptura clínica) que los condones de látex. No se encontró diferencia en la ruptura no clínica (al abrir o extraerlo del paquete o cuando se colocó el condón) o deslizó parcial o completamente (durante la relación sexual) entre los dos condones de látex y sin él. La tasa de fallo (falla de método) para el condón masculino en el primer año de uso es de 2%. La tasa de fallo típico de uso (falla de método más falla de usuario) es 15%.	Ia Faculty of Family Planning & Reproductive Health Care, Clinical Guidance, Male and Female Condoms, 2007. Royal College of Obstetrician s & Gynaecologists

	Tres ensayos aleatorizados evaluaron la eficacia anticonceptiva, dos ensayos clínicos únicamente no reportaron diferencias significativas en las tasas de embarazo entre los condones masculinos de látex y sin látex.	Ib Faculty of Family Planning & Reproductive Health Care, Clinical Guidance, Male and Female Condoms, 2007. Royal College of Obstetrician s & Gynaecologists
	Hombres y mujeres deben ser informados que cuando usan frecuente y correctamente los condones masculinos tienen más del 98% de efectividad para prevenir el embarazo y son similares para los condones de látex y los que no tienen látex	C Faculty of Family Planning & Reproductive Health Care, Clinical Guidance, Male and Female Condoms, 2007. Royal College of Obstetricians & Gynaecologists
	Con el uso constante y correcto la tasa de falla del condón femenino es del 5% mientras que la falla típica de uso es del 21%. Un ensayo clínico reporta siete embarazos no planeados durante 437 meses de uso dando una tasa de fallo de efectividad del 15% a doce meses (95% CI 3.5–26)	III Faculty of Family Planning & Reproductive Health Care, Clinical Guidance, Male and Female Condoms, 2007. Royal College of Obstetrician s & Gynaecologists
	En un estudio multicéntrico de condones femeninos la tasa acumulada de embarazos fué de 12.4% (USA) y 22.2% (Latinoamérica) a seis meses. La tasa de deslizamiento (deslizamiento fuera de la vagina o dentro de la vagina) fue 5.6%. Un ensayo clínico aleatorizado encontró la tasa total clínica de fallo (ruptura durante la relación sexual, que se volteara completamente o parcialmente de dentro hacia fuera, desplazamiento completo hacia fuera, o desplazamiento del anillo hacia fuera, o penetración fuera del condón) de 5.24%.	Ib Faculty of Family Planning & Reproductive Health Care, Clinical Guidance, Male and Female Condoms, 2007. Royal College of Obstetrician s & Gynaecologists
	En general la evidencia sustenta que el uso del condón reduce el riesgo de infecciones de transmisión sexual. Sin embargo, incluso con el uso correcto y constante, la transmisión puede ocurrir.	C Faculty of Family Planning & Reproductive Health Care, Clinical Guidance, Male and Female Condoms, 2007. Royal College of Obstetricians &

		Gynaecologists
	Se debe de ofrecer y proporcionar la anticoncepción de emergencia con progesterona a mujeres que sólo utilizan el condón como método anticonceptivo.	C Faculty of Family Planning & Reproductive Health Care, Clinical Guidance, Male and Female Condoms, 2007. Royal College of Obstetricians & Gynaecologists

5. ANEXOS

5.1 PROTOCOLO DE BÚSQUEDA

La búsqueda sistemática de información se enfocó a documentos que fueron obtenidos sobre la temática **“Métodos anticonceptivos temporales: Dispositivo Intrauterino y condón. Consideraciones de uso y aplicación”**. La búsqueda se realizó en las bases de datos que incluyen: PubMed, Biblioteca Cochrane, Portal de Evidencias, LILACS, Guía Salud, NICE, SIGN, ICSI, NGC, CMA Infobase y Fisterra.

Criterios de inclusión:

- Documentos escritos en idioma inglés y español
- Publicados durante los últimos 5 años

Estrategia de búsqueda

La estrategia de búsqueda consistió de tres etapas:

Primera etapa

Se identificaron los términos en Decs y MeSH sobre el tema **“Métodos anticonceptivos temporales: Dispositivo Intrauterino y condón. Consideraciones de uso y aplicación”**, teniendo como resultado los descriptores: métodos anticonceptivos temporales, anticoncepción temporal, temporary contraception, contraceptive, dispositivo intrauterino, intrauterine device, DIU, IUD, condom, condom, use y application. Se realizó la búsqueda combinando algunos de los descriptores como se describe a continuación:

Búsquedas	Bases de Datos	Resultados
temporary contraception	PubMed, Cochrane, Portal de Evidencias, LILACS, Guía Salud, NICE, SIGN, ICSI, NGC, CMA Infobase y Fisterra.	41
Anticoncepción temporal		8
contraceptive		7603
intrauterine device		1211
DIU		779
IUD		1087
condom		2716
condon		399

Se obtuvieron un total de 13,844 referencias, resultados del período de los últimos 5 años. Siendo demasiados registros, se decidió hacer una nueva estrategia de búsqueda con criterios de inclusión y exclusión específicos y dar paso a la segunda etapa.

Segunda etapa

En esta etapa, se realizó una nueva estrategia de búsqueda y se utilizaron los siguientes límites en PubMed: Humans, Meta-Analysis, Practice Guidelines, Review, Evaluation Studies, English, Spanish, published in the last five years. Se descartaron las Bases de Datos: Guía Salud, NGC y Fisterra, puesto que no arrojaron resultados pertinentes en la primera etapa.

Búsquedas	Bases de Datos	Resultados
intrauterine device AND use AND application	PubMed, Cochrane, Portal de Evidencias, LILACS, NICE, SIGN, ICSI, CMA Infobase.	0
DIU AND use AND application		0
IUD AND use AND application		0
intrauterine device AND use		537
IUD AND use		527
condom AND use		1701
condon AND uso		139
DIU AND uso		192

Se obtuvieron un total de 2,765 resultados, siendo demasiados, la mayoría a partir de la combinación de los descriptores: condom AND use y condon AND uso, los cuales arrojaron resultados muy generales. Por lo que se decidió realizar una tercera etapa.

Tercera etapa

Para esta etapa, se determinó hacer una nueva búsqueda en las mismas bases de datos que en la etapa anterior, pues arrojaron resultados adecuados. En PubMed se utilizaron los mismos límites pero con una nueva combinación de descriptores.

Búsquedas	Bases de Datos	Resultados
Intrauterine device AND condom AND use	PubMed, Cochrane, Portal de Evidencias, LILACS, NICE, SIGN, ICSI, CMA Infobase.	23
IUD AND condom AND use		23
DIU AND condon AND uso		2

El total de resultados fue de 48. Se identificó que las dos primeras estrategias de búsqueda arrojaron el mismo número de registros (23) sin embargo, los documentos fueron distintos.

Algoritmo de búsqueda

1	intrauterine devices [MeSH Terms]	OR
2	intrauterine [All Fields]	AND
3	devices [All Fields]	OR
4	intrauterine devices [All Fields]	OR
5	intrauterine [All Fields]	AND
6	device [All Fields]	OR
7	intrauterine device [All Fields]	AND
8	condoms [MeSH Terms]	OR
9	condoms [All Fields]	OR
10	condom [All Fields]	AND
11	utilization [Subheading]	OR
12	utilization [All Fields]	OR
13	use [All Fields]	AND
14	humans [MeSH Terms]	AND
15	Meta-Analysis [ptyp]	OR
16	Practice Guideline [ptyp]	OR
17	Review [ptyp]	OR
18	Evaluation Studies [ptyp]	AND
19	English [lang]	OR
20	Spanish [lang]	AND
21	2007/03/04 [PDat] : 2012/03/01 [PDat]	

Del total de resultados (48), nueve fueron seleccionados como útiles para la elaboración de la Guía de Práctica Clínica.

5.2 ESCALAS DE GRADACIÓN

Grado de Recomendación Significado

A Extremadamente recomendable (buena evidencia de que la medida es eficaz y los beneficios superan ampliamente a los perjuicios a la salud).

B Recomendable (al menos moderada evidencia de que la medida es eficaz y los beneficios superan a los perjuicios a la salud).

C Ni recomendable ni desaconsejable (al menos moderada evidencia de que la medida es eficaz, pero los beneficios son muy similares a los perjuicios y no puede justificarse una recomendación general).

D Desaconsejable (al menos moderada evidencia de que la medida es ineficaz o de que los perjuicios a la salud superan a los beneficios).

I Evidencia insuficiente, de mala calidad o contradictoria, y el balance entre beneficios y perjuicios a la salud no pueden ser determinados.

Nivel de evidencia Tipo de estudio

1++ Meta-análisis de gran calidad, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados o ensayos clínicos aleatorizados con muy bajo riesgo de sesgos.

1+ Meta-análisis bien realizados, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados o ensayos clínicos aleatorizados con bajo riesgo de sesgos.

1- Meta-análisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados o ensayos clínicos aleatorizados con alto riesgo de sesgos.

2++ Revisiones sistemáticas de alta calidad de estudios de cohortes o de casos y controles, o Estudios de cohortes o de casos y controles de alta calidad, con muy bajo riesgo de confusión, sesgos o azar y una alta probabilidad de que la relación sea causal.

2+ Estudios de cohortes o de casos y controles bien realizados, con bajo riesgo de confusión, sesgos o azar y una moderada probabilidad de que la relación sea causal.

2- Estudios de cohortes o de casos y controles con alto riesgo de confusión, sesgos o azar y una significativa probabilidad de que la relación no sea causal.

3 Estudios no analíticos (observaciones clínicas y series de casos).

4 Opiniones de personas expertas.

Nivel de evidencia Tipo de estudio

I Al menos un ensayo clínico controlado y aleatorizado diseñado de forma apropiada.

II-1 Ensayos clínicos controlados bien diseñados, pero no aleatorizados.

II-2 Estudios de cohortes o de casos y controles bien diseñados, preferentemente multicéntricos.

II-3 Múltiples series comparadas en el tiempo, con o sin intervención, y resultados sorprendentes en experiencias no controladas.

III Opiniones basadas en experiencias clínicas, estudios descriptivos, observaciones clínicas o informes de comités de personas expertas.

5.3 TÉCNICAS DE INSERCIÓN DEL DIU

TÉCNICA DE INSERCIÓN DEL DIU NORMA OFICIAL MEXICANA, NOM 005-SSA2-1993, De los Servicios de Planificación Familiar

Para la inserción del DIU durante el intervalo intergenésico, el puerperio mediano y el posaborto de 12 semanas de edad gestacional o menos, se requiere del insertor que acompaña al DIU. En los periodos postplacenta, transcesárea, postaborto de más de 12 semanas de gestación y el posparto mediano (prealta) no debe usarse el insertor.

Explique con amabilidad y respeto a la usuaria el procedimiento a realizar, la importancia de su colaboración durante el mismo.

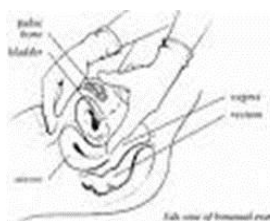


Antes del procedimiento, la usuaria debe evacuar la vejiga. Se debe dar apoyo emocional a la posición ginecológica



Equipo para la inserción:
Espéculos: pequeño, mediano y grande. Tenáculo. Portatorundas. Histerómetro. Tijeras. Guantes quirúrgicos

Se debe hacer una exploración pélvica bimanual previa a la colocación del DIU para precisar la forma, tamaño y posición del útero, así como para descartar alguna patología pélvica.



Realizar limpieza perianal con solución antiséptica



Con la ayuda de un espéculo vaginal, se visualizará el cérvix y se hará limpieza del cuello uterino, empleando una gasa con solución antiséptica.



Empleando pinza de Pozzi, se toma el labio anterior del cuello uterino, y se tracciona suavemente para rectificar el ángulo entre el canal cervical y la cavidad uterina



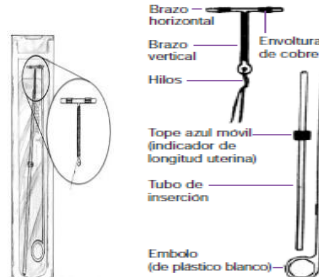
Con un histerómetro, de preferencia maleable, se determina la longitud de la cavidad uterina. Se registra la distancia entre el orificio cervical externo y el fondo de la cavidad.

Si la longitud es menor a seis cm no debe insertarse el DIU

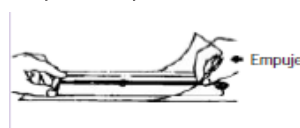


Preparación del DIU

Con la Técnica "sin tocar" que consiste en colocar el DIU en el tubo de inserción mientras ambas partes aún están en la envoltura estéril.



Coloque el envase sobre una superficie dura, plana y limpia, con la parte del plástico transparente hacia arriba. Abra parcialmente el envase desde el extremo marcado "ABRIR" ("open"), aproximadamente hasta la mitad del tope azul indicador de longitud uterina.



Coloque el émbolo dentro del tubo de inserción, casi tocando el extremo de la "T". Asegúrese de que el brazo vertical de la T esté completamente dentro del tubo de inserción.

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, mientras con la otra mano maniobra el tubo para facilitar la introducción.



Ajuste el tope azul (marcador de longitud uterina), con ayuda de la escala impresa en la etiqueta colocada en el envase, de acuerdo a lo medido previamente con el histerómetro.

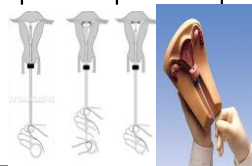
El tope debe ubicarse en el mismo plano que los brazos de la T



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

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

El DIU ya está listo para su inserción. Asegurar una posición en el plano frontal del útero.
☐ Aplicar el DIU lo más cercano al fondo del útero.
Se mantiene firme el émbolo y se retira el aplicador para la aplicación del DIU.



Una vez terminada la inserción, se retira la pinza de Pozzi, se verifica que no exista hemorragia en los sitios de prensión, se recortan los hilos guía a 2 cm del orificio externo del cérvix en caso necesario y se retira el espéculo vaginal.



Inserción postplacenta

Existen dos técnicas para la inserción del DIU: con pinza y manual.

Técnica con pinza

Esta técnica se realiza con dos pinzas de anillos (Forester), una recta y una curva, así como dos valvas vaginales:

- 1) Se toma el DIU con la pinza de Forester curva, procurando que el tallo vertical de la "T" forme un ángulo de 45 grados con el tallo de la pinza, con el fin de alejar los hilos guía; la pinza se deja a la mano en la mesa de instrumentos.
- 2) Se expone el cérvix con las valvas vaginales y con la pinza Forester recta (no debe usarse pinza de Pozzi), se toma el labio anterior que se tracciona ligeramente para corregir la posición del útero.
- 3) Con la otra mano se introduce la pinza que sostiene el DIU, hasta el fondo de la cavidad uterina.
- 4) Se suelta la pinza que sostiene el labio anterior del cérvix y con la mano libre se palpa la parte más alta del útero.
- 5) Empujando ligeramente la pinza con el DIU, se confirma que éste esté en el fondo de la cavidad uterina; se abre la pinza liberando el DIU y se la retira cuidando de no jalar los hilos y se cortan éstos a dos cm por fuera del orificio externo del cérvix, cuando el DIU tiene hilos de 30 cm de longitud. Cuando el DIU tiene hilos de 12 a 15 cm de longitud, éstos no deben ser visibles al través del cérvix si la aplicación es correcta; luego se retira la pinza del cérvix y las valvas vaginales.

Técnica manual

- 1) El DIU se coloca entre los dedos índice y medio con los hilos guía en el dorso de la mano.
- 2) La otra mano se coloca en el abdomen sobre la parte superior del útero.

3) Se introduce la mano que porta el DIU a través del cérvix, hasta el fondo de la cavidad uterina y se suelta éste.

4) Se retira la mano de la cavidad uterina cuidando de no jalar los hilos guía. Se cortan éstos como se indicó en la técnica con pinza.

Las dos técnicas son satisfactorias y sin diferencia significativa en las tasas de expulsión; sin embargo, se debe recomendar que se use la técnica con pinza para las mujeres a quienes no se les proporcionó anestesia general o bloqueo peridural para la atención del parto.

Transcesárea

La inserción del DIU transcesárea se realiza con las técnicas con pinza y manual.

Técnica con pinza

Esta técnica se realiza con dos pinzas de anillos (Forester). El procedimiento es el siguiente:

1) Después del alumbramiento se limpia la cavidad uterina y se coloca una pinza de Forester en el borde superior de la histerotomía.

2) El DIU se toma con una pinza de anillos en la forma que fue descrita para su inserción en posplacenta.

3) Con una mano se levanta la pinza que sostiene el borde superior de la histerotomía.

4) Con la otra mano se introduce la pinza que lleva el DIU hasta el fondo de la cavidad uterina.

5) Se suelta la pinza que sostiene el borde superior de la histerotomía y con esa mano, mediante la palpación en la parte superior del útero, se verifica que la pinza con el DIU se encuentre en el fondo de la cavidad.

6) Se libera el DIU y se retira la pinza con cuidado, para no jalar los hilos guía, dejando el extremo distal de éstos en el segmento uterino. No hay necesidad de sacar los hilos a la vagina a través del cérvix, ya que esto ocurre espontáneamente.

Técnica manual

1) Se toma el DIU entre los dedos de la mano en la forma ya descrita, para su inserción en posplacenta.

2) La otra mano se coloca en la parte más alta del útero para verificar que el DIU llegue al fondo de la cavidad.

3) Se introduce la mano que lleva el DIU a través de la histerotomía, hasta el fondo de la cavidad uterina y se suelta éste.

4) Se retira la mano de la cavidad cuidando no jalar los hilos guía. El extremo distal de éstos se deja dentro del útero a nivel del segmento, ya que los hilos guía pasan espontáneamente a la vagina.

Se debe tener cuidado de no incluir los hilos guía del DIU al realizar la histerorrafia.

Posaborto

La inserción del DIU en posaborto de 12 semanas o menos, resuelto mediante legrado instrumental o aspiración endouterina, debe efectuarse con el insertor, usando la técnica de aplicación descrita para el intervalo intergenésico.

Para los abortos de más de 12 semanas, resueltos mediante legrado instrumental, se usará la técnica con pinza. Si se hubieren resuelto por legrado digital, la inserción puede hacerse con técnica manual o con pinza, según fue descrito.

Prealta

El DIU puede aplicarse previamente al alta hospitalaria de la mujer, siguiendo la técnica de aplicación con pinza, descrita para la inserción postplacenta y postaborto del segundo trimestre. La inserción del DIU antes del egreso constituye un recurso para aquellas mujeres que no habían aceptado el DIU antes del parto y que después de recibir consejería optan por este método, así como aquellas que hubieren superado la causa de contraindicación o precaución.

Para retirarlo

Se deberá cumplir con la misma antisepsia rigurosa que para la colocación.

Con una pinza de anillos se tracciona suavemente de los hilos del dispositivo; pero no de las puntas sino de un punto lo más alto posible (Una fuerza excesiva puede cortarlas). Se tendrá en cuenta que la mujer puede experimentar alguna molestia, como dolor tipo cólico, sangrado o mareo, por lo que deberá contemplarse para su recuperación.

CONDÓN FEMENINO:

Se inserta en la vagina previamente a tener relaciones sexuales, justo antes o hasta con ocho horas de anticipación

Se abre el empaque con cuidado, tirando de la punta superior derecha. No usar tijeras, uñas ni dientes.



El condón tiene dos anillos. El anillo más grande se usa para cubrir los genitales externos y el más pequeño para insertar el condón y mantenerlo en el lugar correcto durante la relación sexual. Se pueden agregar más lubricante para evitar que haga ruido y aumentar la sensibilidad



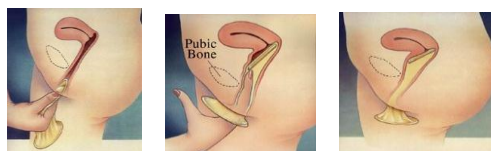
Buscar el anillo cerrado que está en uno de los extremos del preservativo, éste es el extremo que debe introducirse en la vagina. Luego, tomar el anillo de la parte cerrada del condón (interno) y apretarlo entre los dedos pulgar e índice hasta flexionarlo en forma ocho



Introducir el aro interno en la vagina. Para ello ubicarse en una posición cómoda para proceder a la colocación del preservativo. Las posiciones más cómodas suelen ser parada con un pie encima de una silla; sentada y con las piernas bien abiertas, agachada o acostada.



Una vez que se introdujo el preservativo en la vagina, colocar el dedo índice en el interior del condón, empujando (en forma cuidadosa) lo más profundo que se pueda para llevarlo hasta el fondo. Normalmente, una vez que alcanzamos el hueso púbico, el anillo queda correctamente colocado y en su lugar. El hueso púbico se alcanza sin mucho esfuerzo con el dedo. Podemos retirar el dedo.

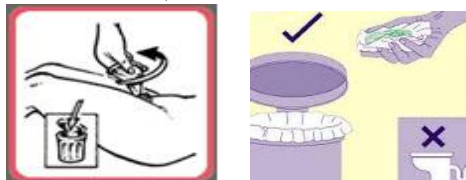


Luego acomodar el anillo exterior del preservativo para que cubra los genitales externos de la mujer, el condón femenino ya estará listo para usarse:

Guiar el pene hacia el centro del preservativo femenino. Tener cuidado de que no ingrese por fuera del condón.



Para remover el condón luego de la eyaculación y de retirar el pene (Al concluir la relación sexual), es necesario apretar y gire el anillo externo, para evitar que el semen se derrame y jálalo cuidadosamente. Nunca volver a usarlo. Téilo a la basura, nunca en el inodoro.



Si durante la relación sexual, el preservativo se escurre dentro de la vagina, interrumpir la relación inmediatamente y sacar con mucho cuidado evitando que su contenido se derrame. Para continuar la relación utilizar otro condón. Se aconseja colocar y retirar el condón femenino por lo menos una vez antes de usarlo durante la relación sexual para familiarizarse con su uso.

CONDÓN MASCULINO

Primero: siempre coloque el condón antes de que el pene toque la vagina, la boca o el ano de la pareja. Verifique que el sobre del condón tenga aire y no esté dañado, que la fecha de vencimiento no esté pasada y la fecha de fabricación esté dentro de los cinco años de su fabricación. Guarde el condón en lugares frescos y secos.

Fíjese que el empaque no este roto y que al oprimirlo forme una bolsa de aire. Abre con la mano el sobre; NO con los dientes



Póngase el condón sólo con el pene erecto. Tome la punta o reservorio del condón entre los dedos índice y pulgar y apriete para sacar la mayor cantidad de aire. Coloque sobre la punta o cabeza del pene. Con la mano contraria desenróllelo hasta la base del pene. Al desenrollarlo revise que no haya roturas en el condón.



Condón masculino



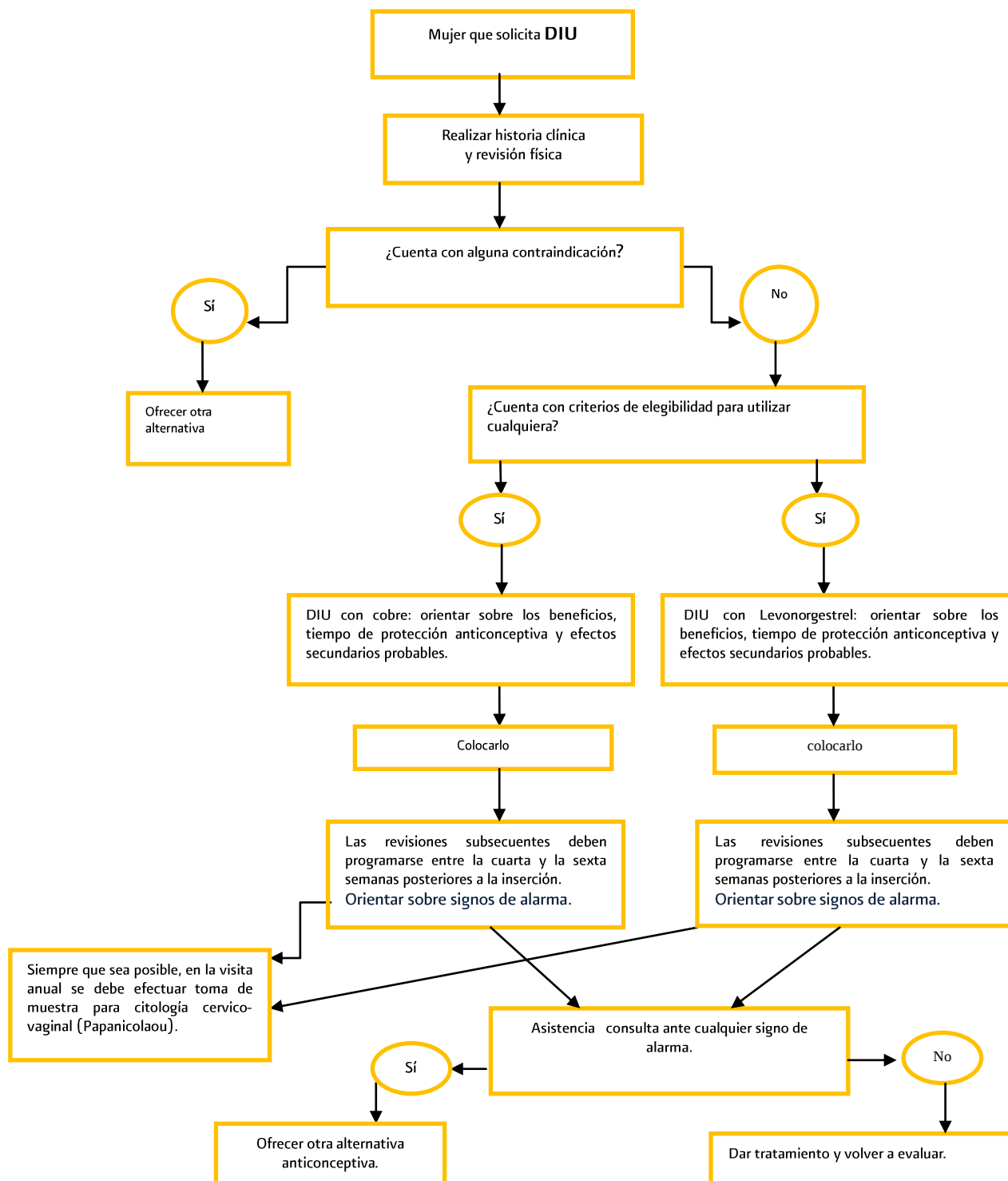
Después de la eyaculación, y antes de retirar el pene de la vagina, cuando éste aún esté erecto, es importante presionar el borde inferior del condón y retirarlo, antes de que se pierda la erección

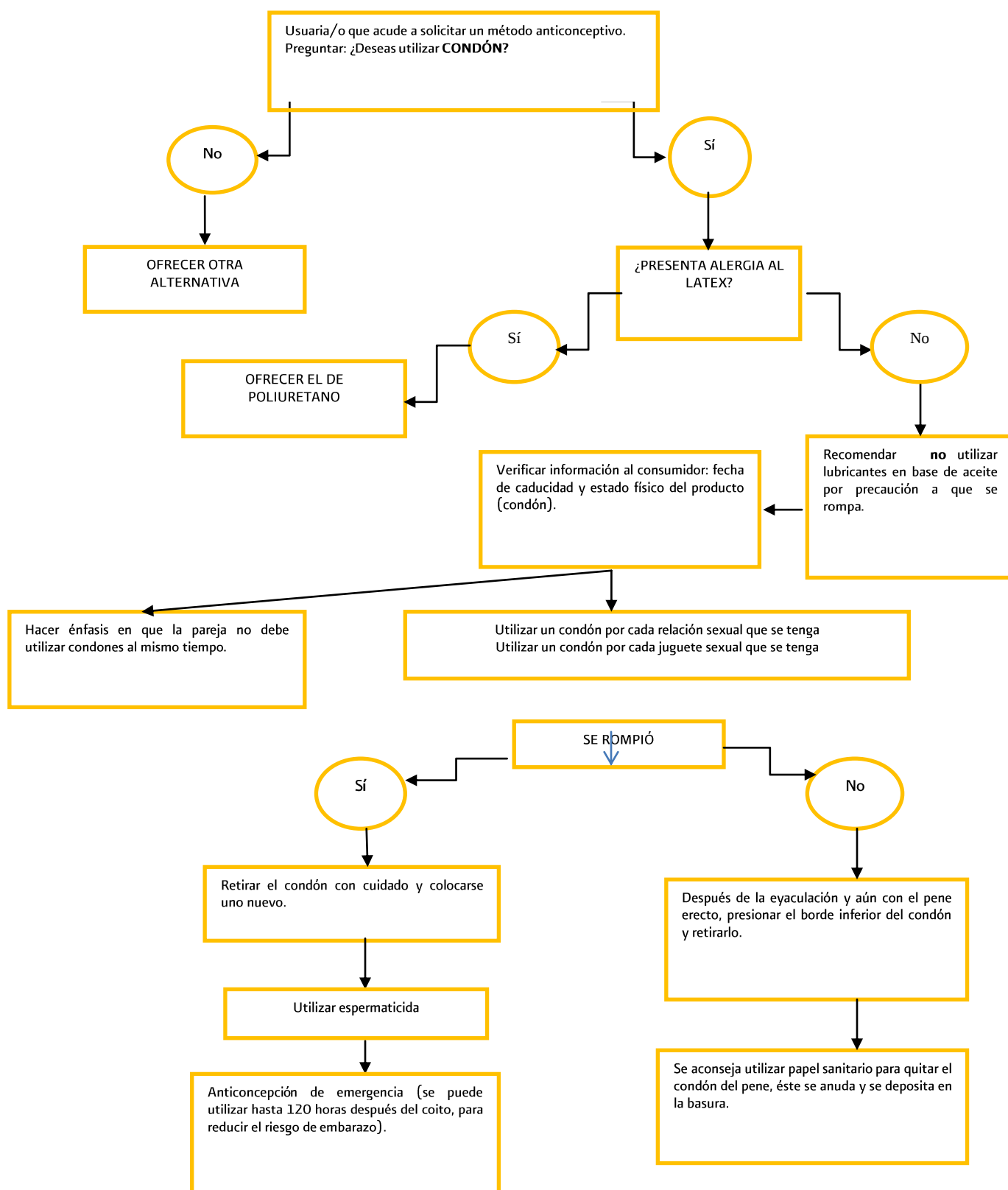


Al retirar el condón, se debe hacer un nudo para que el esperma no se salga y tirarlo en la basura, no en el excusado.



5.4 DIAGRAMAS DE FLUJO





5.5 TABLA DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL DE CURACIÓN

Medicamentos mencionados en la guía e indicados en el tratamiento de <nombre del padecimiento> del Cuadro Básico de <IMSS o ISSSTE> y del Cuadro Básico Sectorial:

Cuadro Básico y Catálogo de Medicamentos

Clave	Nombre Genérico	Descripción	Cantidad	Presentación
010.000.2208.00	Levonorgestrel	Polvo	52 mg	Envase con un dispositivo.

Clave	Principio activo	Dosis recomendada	Presentación	Tiempo	Efectos adversos	Interacciones	Contraindicaciones
010.000.1206.00	Bromuro de butilhioscina	10 mg c/8 hrs.	grageas	72 hrs.	Taquicardia		
010.000.0104.00	Paracetamol	500 mg c/8 hrs.	tabletas	72 hrs.	Taquicardia		

Cuadro Básico y Catálogo de Material de Curación

GENÉRICO	CLAVE	NOMBRE GENÉRICO ESPECÍFICO	ESPECIALIDAD O SERVICIO
DISPOSITIVOS	060.308.0029	Intrauterino. T de cobre, 380 A. Anticonceptivo estéril con 380 mm ² , de cobre, plástico grado médico 77% y sulfato de bario USP 23%, con filamento largo de 30 cm con tubo insertor, tope y émbolo insertor. Pieza.	Planificación Familiar y Ginecología.
	060.308.0193	Dispositivo Intrauterino, T de cobre para nulíparas, estéril, con 380 mm ² de cobre enrollado con bordes redondos, con longitud horizontal de 22.20 a 23.20 mm, longitud vertical de 28.0 a 30.0 mm, filamento de 20 a 25 cm, bastidor con una mezcla del 77 al 85% de plástico grado médico y del 15 al 23% de sulfato de bario, con tubo insertor y aplicador montable con tope cervical. Pieza.	Planificación Familiar y Ginecología.
CONDÓN FEMENINO	060.308.0227	De poliuretano .con dos anillos flexibles en los extremos. Envase con 1, 2 ó 3 piezas en empaque individual.	Planificación Familiar y Ginecología
CONDÓN MASCULINO	060.308.0177	De hule látex. Envase con 100 piezas.	Planificación Familiar.

6. GLOSARIO.

DIU: Dispositivo intrauterino.- Es un artefacto de polietileno que se coloca dentro de la cavidad uterina, con fines anticonceptivos de forma temporal.

DIU-LNG: es un dispositivo intrauterino que contiene levonorgestrel, con forma de una pequeña T. La forma de T lo ajusta a la forma del útero. El brazo vertical de la estructura contiene un cilindro donde se encuentra una hormona, levonorgestrel, que es similar a una de las hormonas que de forma natural produce el organismo. Este cilindro libera la hormona dentro del útero de forma constante pero en cantidades muy pequeñas (20 microgramos cada 24 horas). En la terminación inferior, el brazo lleva dos finos hilos para su extracción.

ITS: Infecciones de transmisión sexual.- Son aquellas que se transmite principalmente mediante relaciones sexuales (vaginales, anales y orales) desprotegidas (sin condón) con una persona infectada. Son una de las principales causas de enfermedad aguda, infertilidad y discapacidad a largo plazo en el mundo y puede causar la muerte.

N-9: Nonoxinol-9: Mezcla de surfactantes no iónicos que varían en el número de grupos etoxi (oxi-1,2-etanolílicos) que se repiten. Son utilizados como detergentes, emulsificantes, agentes humectantes y desespumantes, etc. Nonoxinol-9, el compuesto con 9 repeticiones del grupo etoxi, es un espermaticida, formulado primeramente como un componente de espumas y cremas vaginales.

RPM: Ruptura prematura de membranas.- Es la pérdida de continuidad de las membranas corio-amnióticas antes del inicio del parto, independientemente que se produzca antes del término, a término o después del término.

VIH/SIDA: Virus de inmunodeficiencia humana.- Es un microorganismo, agente infeccioso encuadrado en el tipo *Lentivirus* (caracterizado por un largo período de incubación) Este virus ataca al Sistema Inmunológico de las personas, debilitándolo y haciéndoles vulnerables ante a una serie de infecciones, algunas de las cuáles ponen en peligro la vida. /Síndrome de inmunodeficiencia adquirida.- El término fue acuñado inicialmente por los epidemiólogos, preocupados por la aparición, en 1981, de un conglomerado de enfermedades relacionadas con la pérdida de la inmunidad celular en personas adultas que no mostraban una causa evidente para tales deficiencias inmunitarias. Más adelante se demostró que el sida era la fase clínica tardía de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana.

7. BIBLIOGRAFÍA.

1. Faculty of Family Planning & Reproductive Health Care Clinical Guidance. Male and Female Condoms. Clinical Effectiveness Unit, 2007; 1-16.
2. Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care Clinical Effectiveness Unit, The levonorgestrel-releasing intrauterine system (LNG-IUS) in contraception and reproductive health. 2004; 30(2): 99-109.
3. Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare, Clinical Guidance Intrauterine Contraception. Clinical Effectiveness Unit, 2007; 1-20.
4. Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare, UK MEDICAL ELIGIBILITY CRITERIA
5. FOR CONTRACEPTIVE USE, 2009; 1-148.
6. México, Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993, De los servicios de planificación familiar, Diario Oficial de la Federación, 30 de mayo de 1994
7. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health, Long-acting reversible contraception, the effective and appropriate use of long-acting reversible contraception, 2005; 1-176.
8. National Institute for Health and Clinical Excellence. Long-acting reversible contraception. Clinical guideline no. 30, 2005; 4-47.
9. SOGC CLINICAL PRACTICE GUIDELINES. Canadian Contraception Consensus, 2004; No. 143-Part 3 of 3: 348-387. Consultado en: <http://www.sogc.org/guidelines/public/143E-CPG3-April2004.pdf>

8. AGRADECIMIENTOS.

Se agradece a las autoridades del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva las gestiones realizadas para que el personal adscrito al centro o grupo de trabajo que desarrolló la presente guía asistiera a los eventos de capacitación en Medicina Basada en la Evidencia y temas afines, coordinados por el **Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud**, y el apoyo, en general, al trabajo de las y los autores.

Asimismo, se agradece a las autoridades de <institución que colaboró> que participó en los procesos de <validación interna, validación externa, verificación y revisión editorial> su valiosa colaboración en esta guía.

9. COMITÉ ACADÉMICO.

Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

M. en A. María Luisa González Rétiz
Dr. Juan Manuel Alvisua Ponce
Dra. Selene Martínez Aldana
Dr. Pedro Nieves Hernández
Dra. Sandra Danahe Díaz Franco

Dra. Maricela Sánchez Zúñiga
Lic. J. Ulises San Miguel Medina
Desarrollo de GPC
Dr. Eric Romero Arredondo
Dr. Jesús Ojino Sosa García
Dr. Arturo Ramírez Rivera
Dra. Jovita Lorraine Cárdenas Hernández
Lic. Alonso Max Chagoya Álvarez
Dra. Gilda Morales Peña
Lic. Luis Manuel Hernández Rojas

Directora General
Director de Integración de Guías de Práctica Clínica
Subdirectora de Guías de Práctica Clínica
Subdirector de Gestión de Guías de Práctica Clínica
Departamento de Validación y Normatividad de GPC
Departamento de Apoyo Científico para GPC
Departamento de Coordinación de Centros de
Coordinador de guías de cirugía
Coordinador de guías de medicina interna
Coordinador de guías de pediatría
Coordinadora de guías de gineco-obstetricia
Investigación documental
Coordinación de Información
Revisión Editorial

10. DIRECTORIOS

Directorio sectorial.

Secretaría de Salud.

Mtro Salomón Chertorivski Woldenberg.

Secretario de Salud.

Instituto Mexicano del Seguro

Social / IMSS.

Mtro. Daniel Karam Toumeh.

Director General.

Instituto de Seguridad y Servicios

Sociales para los Trabajadores del

Estado / ISSSTE.

Mtro. Sergio Hidalgo Monroy Portillo.

Director General.

Sistema Nacional para el Desarrollo

Integral de la Familia / DIF.

Lic. María Cecilia Landerreche Gómez Morín.

Titular del organismo SNDIF.

Petróleos Mexicanos / PEMEX.

Dr. Juan José Suárez Coppel.

Director General.

Secretaría de Marina.

Almirante Mariano Francisco Saynez Mendoza.

Secretario de Marina.

Secretaría de la Defensa Nacional.

General Guillermo Galván Galván.

Secretario de la Defensa Nacional.

Consejo de Salubridad General.

Dr. Enrique Ruelas Barajas.

Secretario del Consejo de Salubridad General.

Directorio del centro desarrollador

Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva / CNEGSR

Dra. Prudencia Cerón Mireles

Directora General

Dra. Rosa María Núñez Urquiza

Directora General Adjunta de Salud Materna y Perinatal

Dra. Aurora del Río Zolezzi

Directora General Adjunta de Equidad de Género

Dra. Mirella Loustalot Laclette

Directora General Adjunta de Salud Reproductiva

Dr. Marco Antonio Olaya Vargas

Director de Planificación Familiar

Dra. Rocío Cuevas Vargas

Subdirectora de Planificación Familiar

Dr. Alejandro Rosas Solís

Subdirector de Salud Sexual y Reproductiva

11. COMITÉ NACIONAL DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

Dr. Germán Enrique Fajardo Dolci Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud	Presidente
M en A María Luisa González Rétiz Directora General del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud	Titular y Suplente del presidente del CNGPC
Dr. Esteban Hernández San Román Director de Evaluación de Tecnologías en Salud, CENETEC	Secretario Técnico
Dr. Pablo Kuri Morales Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud	Titular
Dr. Romeo Rodríguez Suárez Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad	Titular
Mtro. David García Junco Machado Comisionado Nacional de Protección Social en Salud	Titular
Dr. Jorge Manuel Sánchez González Secretario Técnico del Consejo Nacional de Salud	Titular
Dr. Pedro Rizo Ríos Director General Adjunto de Priorización del Consejo de Salubridad General	Titular
General de Brigada M. C. Ángel Sergio Olivares Morales Director General de Sanidad Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional	Titular
Vicealmirante Servicio de Sanidad Naval, M. C. Rafael Ángel Delgado Nieto Director General Adjunto de Sanidad Naval de la Secretaría de Marina, Armada de México	Titular
Dr. Santiago Echevarría Zuno Director de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social	Titular
Dr. Gabriel Ricardo Manuell Lee Director Médico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	Titular
Dr. Víctor Manuel Vázquez Zárate Subdirector de Servicios de Salud de Petróleos Mexicanos	Titular
Lic. Guadalupe Fernandez Vega AlbaFull Directora General de Rehabilitación y Asistencia Social del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia	Titular
Dr. José Meljem Moctezuma Comisionado Nacional de Arbitraje Médico	Titular
Dr. Francisco Hernández Torres Director General de Calidad y Educación en Salud	Titular
Dr. Francisco Garrido Latorre Director General de Evaluación del Desempeño	Titular
Lic. Juan Carlos Reyes Oropeza Directora General de Información en Salud	Titular
Dr. James Gómez Montes Director General de los Servicios de Salud y Director General del Instituto de Salud en el Estado de Chiapas	Titular 2011-2012
Dr. José Armando Ahued Ortega Secretario de Salud del Gobierno del Distrito Federal	Titular 2011-2012
Dr. José Jesús Bernardo Campillo García Secretario de Salud Pública y Presidente Ejecutivo de los Servicios de Salud en el Estado de Sonora	Titular 2011-2012
Dr. David Kershenobich Stalnikowitz Presidente de la Academia Nacional de Medicina de México	Titular
Acad. Dr. Francisco Javier Ochoa Carrillo Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía	Titular
Dra. Mercedes Juan López Presidenta Ejecutiva de la Fundación Mexicana para la Salud	Asesor Permanente
Dra. Sara Cartés Bargalló Presidenta de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina	Asesor Permanente
Dr. Francisco Bañuelos Téllez Presidente de la Asociación Mexicana de Hospitales	Asesor Permanente
Dr. Sigfrido Rangel Fraustro Presidente de la Sociedad Mexicana de Calidad de Atención a la Salud	Asesor Permanente