

**COMPORTAMIENTO DEL DIU INSERTADO INTRACESÁREA EN MUJERES
MAYORES DE 17 AÑOS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL RAMÓN GONZALEZ
VALENCIA. BUCARAMANGA. FEBRERO – AGOSTO DE 2004
(Código de investigación # 3004008)**

LIBARDO AUGUSTO GÓMEZ CASTRO

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE SALUD
DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
BUCARAMANGA
NOVIEMBRE DE 2004**

**COMPORTAMIENTO DEL DIU INSERTADO INTRACESÁREA EN MUJERES
MAYORES DE 17 AÑOS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL RAMÓN GONZALEZ
VALENCIA. BUCARAMANGA. FEBRERO – AGOSTO DE 2004
(Código de investigación # 3004008)**

LIBARDO AUGUSTO GÓMEZ CASTRO

**Proyecto de grado presentado como requisito parcial para optar el título de
ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

**Directores del proyecto y Coinvestigadores:
DR. HERMES JAIMES CARVAJAL
DR. MIGUEL ÁNGEL ALARCÓN NIVIA**

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE SALUD
DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
BUCARAMANGA
NOVIEMBRE DE 2004**

DEDICATORIA

A mis padres Libardo Alfonso y Gladys Elena, mi hermana Martha Patricia y mi esposa Maria Milena quines han sido el pilar principal para poder realizar esta investigación y cuyo apoyo a sido fundamental para culminar con éxito este trabajo.

LIBARDO AUGUSTO

AGRADECIMIENTOS

El autor expresa sus agradecimientos:

A **DIOS**, compañero inseparable y guía espiritual de nuestras vidas

A la **UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER, FACULTAD DE SALUD** por la oportunidad brindada con la especialización en Ginecología y Obstetricia, que redundará en el mejoramiento de la calidad de vida de quienes acuden a las Instituciones de Salud.

A los Doctores **HERMES JAIMES Y MIGUEL ÁNGEL ALARCÓN**, Directores y coinvestigadores del proyecto, fuente de motivación y apoyo incondicional para resolver todos los inconvenientes que se presentaron desde que surgió la idea de realizar esta investigación

A **MIS COMPAÑEROS DE RESIDENCIA** quienes fueron apoyo permanente en los momentos de crisis y en fin a todos quienes de una u otra forma colaboraron con la realización de esta publicación.

A **TODAS AQUELLAS PERSONAS** que de una u otra forma aportaron su granito de Arena en beneficio de la presente investigación.

SINOPSIS DIVULGATIVA

La anticoncepción durante el periodo de lactancia materna, es la gran preocupación que surge en las mujeres después de tener un hijo, pues se cree de forma errónea que no existen métodos anticonceptivos seguros y que los existentes afectan la lactancia.

Se realizó un estudio en el hospital Ramón González Valencia, aprobado por la división de investigaciones de la facultad de salud de la Universidad Industrial de Santander, durante el periodo comprendido entre Febrero – Agosto del 2004, en mujeres embarazadas a las cuales se les realizaba cesárea, este consistió en la colocación del dispositivo intrauterino (T Cu 380 A) en el momento de la cesárea.

Este es un procedimiento sencillo, que consiste en colocar el dispositivo en el útero de la mujer, posterior a la extracción del recién nacido y la placenta; se demostró en este estudio que el comportamiento del dispositivo colocado en el momento de la cesárea es similar o incluso mejor que como se realiza tradicionalmente sesenta días después de la cirugía.

Este es el primer trabajo de colocación del dispositivo intrauterino en el momento de la cesárea que se realiza en Colombia y abre un nuevo campo para la anticoncepción durante el puerperio. Demostrando ser un método sencillo para su aplicación, seguro, eficaz y sin efectos secundarios para las usuarias; esperamos que esta sea una nueva opción ofrecida por los obstetras y solicitada por las pacientes a quienes se realiza cesárea y desean un método anticonceptivo temporal y que no interfiere con la lactancia.

RESUMEN

TITULO

COMPORTAMIENTO DEL DIU INSERTADO INTRACESÁREA EN MUJERES MAYORES DE 17 AÑOS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL RAMÓN GONZALEZ VALENCIA. BUCARAMANGA. FEBRERO – AGOSTO DE 2004. (Código de investigación # 3004008) *

AUTORES: Gómez Libardo, Jaimes Hermes, Alarcón Miguel **

PALABRAS CLAVE: Dispositivo intrauterino intracesárea, DIU intracesárea, Anticoncepción.

OBJETIVOS

Evaluar el comportamiento del Dispositivo Intrauterino Insertado Intracesárea como método de anticoncepción temporal. Describir las características sociodemográficas y las frecuencias de expulsión, sangrado, infección, migración, perforación y grado de satisfacción de las pacientes.

METODOS

Se realizó un estudio Descriptivo de Series Clínicas. Mujeres mayores de 18 años atendidas en el Hospital Universitario Ramón González Valencia de Bucaramanga llevadas a cesárea y que desean planificar con el DIU. Se intervinieron 48, insertándose 47 Dispositivos Intrauterinos, pues una de las pacientes se excluyó por presentar sangrado excesivo en el momento de la cesárea.

RESULTADOS

La edad promedio fue 23 años con una edad mínima de 18 años y una máxima de 38. La edad gestacional promedio de 38 semanas. Se realizó cesárea segmentaria al 100% de las mujeres. De urgencia 63.8% y 36.2% electivas. A los dos meses de insertado el DIU, el 87.8% de las pacientes refirieron sentirse Muy satisfechas, el 7.3% se sintieron satisfechas, el 2.4% dijo sentirse conforme y una paciente (2.4%) dijo estar insatisfecha. No se presentaron expulsiones ni infecciones, se retiró el dispositivo de una paciente por persistencia del sangrado abundante.

CONCLUSIONES

El Dispositivo Intrauterino T Cu 380 A, insertado Intracesárea, tiene similar comportamiento en la Retención, expulsión, perforación, migración e infección, que el insertado sesenta días Post Cesárea.

* TRABAJO DE GRADO

* UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER. FACULTAD DE SALUD, DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA. Director Dra. Susana García. Bucaramanga, Noviembre de 2004

ABSTRACT

TITLE: BEHAVIOR OF THE DIU INSERTED INTRACESAREAN IN GREATER WOMEN OF 17 YEARS TAKEN CARE OF IN THE HOSPITAL RAMON GONZALES VALENCIA. BUCARAMANGA. FEBRUARY - AUGUST OF 2004. *

AUTHORS: Gómez Libardo, Jaimes Hermes, Alarcón Migue I**

KEY WORDS: Intracesarean intrauterine device, intracesarean DIU, Contraception.

OBJECTIVE

To evaluate the behavior of intrauterine device intracesarea like temporary method of contraception. To describe the social characteristics and the frequencies of expulsion, bled, infection, migration, perforation and degree of patients satisfaction.

STUDY DESING

A descriptive study of series clinicas. Greater women of 18 years taken care of in the university hospital Bucaramanga Ramon Gonzalez Valencia, taken to cesarea and that wish to birth-control with the IUD. 48 patients entered to the study, being inserted 47 intrauterine devices, because one of the patients exclude to present bled excessive at the moment of the cesarea.

RESULTS

The age average was 23 years with an age minima of 18 years and maximum of 38. Age gestacional average of 38 weeks, cesarea segmentarea to the 100% of the women, urgency 63.8% and 36.2% elective. The two months of inserted the diu, 87.8% of the patients they referred to feel very satisfied, the 7,3% felt satisfied, 2,4 % said to feel conforms and a patient said to be insatisfied. Expulsions nor infections did not appear, retirement the device of a patient by persistence of the abundant bled.

CONCLUSION

The intrauterine device inserted intracesarea, has similar behavior in the retention, expulsion, perforation, migration and infection that inserted 60 days post cesarea.

* TRABAJO DE GRADO

** UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER. FACULTAD DE SALUD, DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA. Director Dra. Susana García. Bucaramanga, Noviembre de 2004

CONTENIDO

	Pág
INTRODUCCIÓN	17
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	19
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	19
JUSTIFICACIÓN	20
OBJETIVOS	21
OBJETIVO GENERAL	21
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	21
1. MARCO TEÓRICO	22
1.1. RESEÑA HISTÓRICA	22
1.2. ANTICONCEPCIÓN EN AMÉRICA LATINA	24
1.3. ANTICONCEPCIÓN EN COLOMBIA	25
1.4. MECANISMO DE ACCIÓN DEL DISPOSITIVO INTRAUTERINO	25
1.5. CRITERIO DE SELECCIÓN DE LAS PACIENTES USUARIAS DEL DIU.	27
1.6. DIU E INFECCIÓN PÉLVICA	27
1.7. DIU Y EXPULSIÓN	27
1.8. DIU Y PERFORACIÓN	28
1.9. CONTRAINDICACIONES RELATIVAS DEL DIU	28
1.10. DIU POST EVENTO OBSTÉTRICO INMEDIATO	28
2. METODOLOGÍA	31
2.1. DEFINICIÓN DEL MÉTODO	31
2.2. POBLACIÓN Y MUESTRA	31
2.3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN	31
2.4. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	32
2.5. VARIABLES	32
2.5.1. Manual de Codificación	32
2.6. INSTRUMENTO DE RECOLECCION	34
2.7. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN	35
2.7.1. Procedimiento	35
2.7.2. Control de Sesgos	35
2.8. PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN	35
2.8.1. Conformación de la Base de Datos	36
2.8.2. Análisis Estadístico	36
3. CONSIDERACIONES ÉTICAS	37
3.1. RECURSOS Y PRESUPUESTO	37
3.2. RECURSOS HUMANOS	37
3.3. INFRAESTRUCTURA	38
4. RESULTADOS.	39
5.	

	Pág
4.1 DESCRIPCIÓN TABULACIÓN PACIENTES	39
4.1.1 Edad	39
4.1.2 Estado Civil	41
4.1.3 Estrato Socioeconómico	42
4.1.4. Escolaridad	43
4.1.5. Número de Gestaciones	44
4.2 PARIDAD DE LAS PACIENTES	44
4.2.1 Partos	44
4.2.2 Edad Gestacional	45
4.2.3 Indicación de la Cesárea Actual	46
4.2.4 Elección de la Cesárea	47
4.2.5 Dilatación Cervical al Momento de la Cesárea	48
4.2.6 Quien Realizó el Procedimiento	49
4.2.7 Tipo de Cesárea Actual	50
4.2.8 Perforación en la Inserción	50
4.2.9 Expulsión Antes del Egreso	50
4.2.10 Sangrado Excesivo Antes del Egreso	50
4.2.11 Dolor Intenso o Secreción Fétida Antes del Egreso	50
4.3 PRIMER CONTROL POST INSERCIÓN DEL DIU (día 30)	50
4.3.1 Grado de Satisfacción Post Inserción del DIU (día 30).	51
4.3.2 Tipo de Sangrado Post Inserción del DIU (día 30).	52
4.3.3 Dolor Pélvico Post Inserción del DIU (día 30).	53
4.3.4 Disparéunia Post Inserción del DIU (día 30).	54
4.3.5 Infección Pélvica Post Inserción del DIU (día 30)	55
4.3.6 Expulsión Post Inserción del DIU (día 30)	55
4.3.7 Ecografía Post Inserción del DIU (día 30)	55
4.3.8 Retiro del DIU Post Inserción (día 30)	55
4.3.9. Hilos Evidentes al Examen Físico Post Inserción del DIU (día 30).	55
4.4 SEGUNDO CONTROL POST INSERCIÓN DEL DIU (día 60).	56
4.4.1 Grado de satisfacción post inserción del DIU (día 60).	57
4.4.2 Tipo de Sangrado Post Inserción del DIU (día 60).	58
4.4.3 Dolor Pélvico Post Inserción del DIU (día 60).	59
4.4.4 Disparéunia Post Inserción del DIU (día 60).	60
4.4.5 Infección Pélvica Post Inserción del DIU (día 60)	61
4.4.6 Expulsión Post Inserción del DIU (día 60)	61
4.4.7 Ecografía Post Inserción del DIU (día 60)	61
4.4.8 Migración Post Inserción del DIU (día 60)	61
4.4.9. Retiro del DIU Post Inserción (día 60).	61
4.4.10 Hilos Evidentes al Examen Físico Post Inserción del DIU (día 60).	62

4.5	COMPARACIÓN ENTRE LAS CITAS DE SEGUIMIENTO POST INSERCIÓN DIA 30 Y DIA 60.	63
4.5.1	Asistencia a las Citas de Seguimiento día 30 y día 60.	63
4.5.2	Grado de Satisfacción Post Inserción del DIU día 30 y día 60.	64
4.5.3	Tipo de Sangrado Post Inserción del DIU Día 30 y Día 60.	64
4.5.4	Dolor Pélvico Post Inserción del DIU Día 30 y Día 60.	65
4.5.5	Disparéunia Post Inserción del DIU Día 30 y Día 60.	65
4.5.6	Hilos Evidentes al Examen Físico Post Inserción DIU Día 30 y Día 60.	66
4.6	TABLAS DE COMPARACIÓN	66
4.7	DISCUSIÓN	68
5.	RESULTADOS DE GENERACIÓN DE CONOCIMIENTO	71
5.1	OBJETIVOS DEL PROYECTO APROBADO	71
5.1.1	Objetivo General.	71
5.1.2.	Objetivos Especificos	71
5.2.	RESULTADOS ESPERADOS (Según proyecto aprobado).	71
5.3	RESULTADOS OBTENIDOS	72
5.4	INDICADOR VERIFICABLE DEL RESULTADO	72
5.5	NÚMERO DE ANEXO DE SOPORTE.	73
5.6	OBSERVACIONES.	73
5.7	OTROS RESULTADOS OBTENIDOS	73
5.8	IMPACTO ACTUAL O POTENCIAL DE LOS RESULTADOS.	73
	CONCLUSIONES	75
	RECOMENDACIONES	76
	BIBLIOGRAFÍA	77
	ANEXOS	82

LISTA DE TABLAS

	Pág
Tabla No. 1. Población dada en millones de habitantes	25
Tabla No. 2. Incidencia de Endometritis en Pacientes Usuarías del DIU Post-Alumbramiento Inmediato	30
Tabla No. 3. Incidencia de Retiro por Sangrado en Pacientes Usuarías del DIU Post alumbramiento inmediato	31
Tabla No 4. Manual de codificación de variables	33
Tabla No. 5. Estadística Resumen de la Edad	40
Tabla No. 6. Frecuencia de edad de las maternas a quien se les insertó el DIU intracésarea.	41
Tabla No. 7. Distribución por ESTADO CIVIL. De las pacientes a quienes se les insertó el DIU intracésarea.	42
Tabla No. 8. Distribución de las pacientes de acuerdo al estrato socioeconómico.	43
Tabla No. 9. Distribución de las pacientes de acuerdo al nivel de escolaridad.	44
Tabla No. 10. Distribución de las pacientes de acuerdo al número de estaciones.	45
Tabla No. 11 Distribución de las pacientes de acuerdo al número de partos vaginales, cesáreas y número de abortos previos a la inserción del DIU.	45
Tabla No. 12. Estadística Resumen de la Edad gestacional.	46
Tabla No. 13. Distribución de las pacientes de acuerdo a la edad gestacional al momento de la cesárea.	46
Tabla No. 14. Distribución de las pacientes de acuerdo a la indicación de la cesárea actual.	47
Tabla No. 15. Distribución de las pacientes según la elección de la cesárea.	48
Tabla No. 16. Distribución de las pacientes de acuerdo a la dilatación cervical en CMS.	49
Tabla No. 17. Quien realizó el procedimiento.	50
Tabla No. 18. Grado de satisfacción de las pacientes en el primer control.	52
Tabla No.19. Sangrado uterino. Primer control.	53
Tabla No. 20. Dolor pélvico. Primer control.	54

	Pág
Tabla No. 21. Disparéunia. Primer control.	55
Tabla No. 22. Hilos evidentes al examen físico en el primer control	56
Tabla No. 23. Grado de satisfacción de las pacientes a quienes se les insertó el DIU intracésárea.	58
Tabla No. 24. Sangrado uterino. Segundo control.	59
Tabla No. 25. Dolor pélvico. Segundo control.	60
Tabla No. 26. Disparéunia. Segundo control.	61
Tabla No. 27. Retiro del DIU. Segundo Control	62
Tabla No. 28. Hilos evidentes al examen físico en el segundo control	63
Tabla No 29. Endometritis en pacientes usuarias del DIU post alumbramiento inmediato.	68
Tabla No 30: Retiro por sangrado en pacientes usuarias del DIU Post alumbramiento inmediato.	68
Tabla No 31. Expulsión del DIU insertado post alumbramiento inmediato.	69
Tabla No 32. Hilos no evidentes al examen físico, en DIU insertado Post alumbramiento inmediato.	69

LISTA DE GRÁFICAS

	Pág
Gráfico No. 1. Frecuencia de edad de las mujeres a quienes se inserto el DIU.	41
Gráfico No. 2. Distribución de las pacientes de acuerdo al estado civil.	42
Gráfico No. 3. Distribución de las pacientes de acuerdo al estrato socioeconómico.	43
Gráfico No. 4. Distribución de las pacientes de acuerdo al nivel de escolaridad.	44
Gráfico No. 5. Distribución de las pacientes de acuerdo a la edad gestacional.	47
Gráfico No. 6. Distribución de las pacientes de acuerdo a indicación de la cesárea.	48
Gráfico No. 7. Distribución de las pacientes según la elección de la cesárea.	49
Gráfico No. 8. Distribución de las pacientes de acuerdo a la dilatación cervical.	50
Gráfico No. 9. Asistencia de las pacientes al primer control.	51
Gráfico No. 10. Grado de satisfacción de las pacientes en el primer control.	52
Gráfico No. 11. Sangrado uterino. Primer control.	53
Gráfico No. 12. Dolor pélvico. Primer control	54
Gráfico No. 13. Disparéunia. Primer control	55
Gráfico No. 14. Hilos evidentes al examen físico en el primer control	57
Gráfico No. 15. Asistencia de las Pacientes a Segundo Control	57
Gráfico No. 16. Grado de Satisfacción de las Pacientes en el Segundo Control	58
Gráfico No. 17. Sangrado Uterino al Segundo Control	59
Gráfico No. 18. Hilos evidentes al examen Físico en el primer control	60
Gráfico No. 19. Asistencia de las pacientes al segundo control.	61
Gráfico No. 20. Grado de satisfacción de las pacientes en el segundo control.	62
Gráfico No. 21. Sangrado uterino al segundo control	63
Gráfico No. 22. Dolor pélvico en el segundo control.	64
Gráfico No. 23. Diaparéunia en el segundo control.	65
Gráfico No. 25. Retiro del DIU.	66
Gráfico No. 26. Hilos evidentes al examen físico.	66
Gráfico No. 27. Comparación de asistencia a las citas de seguimiento.	67

LISTA DE ANEXOS

	Pág
ANEXO No. 1 Formulario Selección de Pacientes para Inserción del DIU Intracésárea	82
ANEXO No. 2 Protocolo de Seguimiento, Primer Control	86
ANEXO No. 3 Protocolo de Seguimiento, Segundo Control	88
ANEXO No. 4. Protocolo Uso del DIU Intracésárea	90
ANEXO No. 5 Protocolo Uso del DIU Intracésárea	91

INTRODUCCIÓN.

La anticoncepción durante el puerperio ha sido un tema que ha presentado mucha confusión por parte de los médicos generales y por especialistas en Ginecología y obstetricia, dado a las condiciones fisiológicas y anatómicas particulares de la mujer durante este período y a su etapa de lactancia materna.

Hoy en día se puede ofrecer a las pacientes puérperas dentro del marco de asesoría en anticoncepción múltiples métodos tales como: Anticonceptivos orales de sólo gestadeno o minipíldora, anticonceptivos inyectables de depósito (Depoprovera), dispositivo intrauterino, métodos de barrera y la anticoncepción quirúrgica, algunos de estos métodos seguros para nuestras pacientes y lo más importante sin producir alteración en la lactancia materna.

Otro aspecto importante a destacar es la poca información y poca adherencia de las pacientes a los programas de anticoncepción; es así como se observa en el área de influencia de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario Ramón González Valencia (E.S.E. HURGV), estratos socioeconómicos 1, 2 y pacientes del área rural de los municipios de influencia del mismo, que más del 40% de las pacientes puérperas son adolescentes y cerca del 30% son grandes multíparas (más de 3 gestaciones) antes de los 28 años, esto sin tener en cuenta aquellas pacientes que ingresan al servicio de urgencias por abortos inducidos lo cual es imposible determinar. (6)

Además de esto, cabe mencionar la poca promoción y prevención por parte de las EPS, ARS, IPS y los profesionales de la salud en una adecuada y oportuna orientación en anticoncepción a la pareja, encontrando pacientes que resultan embarazadas mientras esperan una consulta de planificación familiar o la autorización para una esterilización quirúrgica.

En el momento, no existen trabajos publicados en el país de inserción del Dispositivo Intrauterino Intracésárea, por lo que este trabajo pretende observar el impacto en la población atendida, determinar las tasas de expulsión, infección, embarazo y comparar los resultados a lo informado en la literatura mundial para el uso del dispositivo intrauterino intracésárea.

Se ha detectado que las pacientes (área de influencia de la E.S.E. HURGV), no acuden oportunamente a las consultas de asesoría en anticoncepción, además, pacientes con paridad satisfecha que son desembarazadas por cesárea y que por problemas en la autorización (familiar o administrativo) no se les puede realizar esterilización quirúrgica; motivos estos, que llevan a un mayor número de embarazos no deseados, de periodo intergenésico corto y de abortos inducidos.

Debido a lo anterior, es válido poder ofrecer a nuestras pacientes que por indicación médica tengan su parto por cesárea, un método de planificación seguro con un buen índice de Pearl, reversible, de buena aceptación y económico, para lo cual el DIU intracesárea sería el método ideal.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se han detectado en las instituciones de salud, programas poco eficaces en el campo de la anticoncepción y con poca adherencia por parte de los pacientes, lo que ha llevado a que más del 50% de las pacientes menores de veinticinco años tengan un promedio tres gestaciones.(35)

Estas circunstancias llevan a una mayor incidencia de embarazos no deseados, aumento en las tasas de abortos y períodos intergenésicos cortos.

Este problema social, hace necesario implementar métodos de anticoncepción familiar, seguros, oportunos, reversibles, con pocos efectos secundarios y de fácil seguimiento y control. El dispositivo intrauterino es uno de los métodos que suple esta necesidad.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿El uso del dispositivo intrauterino T Cu 380 A, insertado intracesárea. tiene similar comportamiento en la retención, tasa de expulsión, tasa de perforación, tasa de migración y tasa de infección, que el insertado sesenta días Post Cesárea?

JUSTIFICACIÓN

Se desconoce el impacto en nuestro medio y la adherencia al uso del Dispositivo Intrauterino como método de planificación temporal, insertado durante el puerperio inmediato.

Además, no se conocen estudios en Colombia que muestren el comportamiento del Dispositivo Intrauterino colocado Intracésarea.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Evaluar el comportamiento del Dispositivo Intrauterino Insertado Intracésarea como método de anticoncepción temporal.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir las características sociodemográficas (Edad, Estado civil, Ocupación, Estrato socioeconómico y Escolaridad) de las mujeres sometidas a implantación de Dispositivo Intrauterino Intracésarea en la Empresa Social del Estado Hospital Universitario Ramón González Valencia de Bucaramanga durante el periodo de estudio.
- Observar el grado de satisfacción de las pacientes usuarias del Dispositivo Intrauterino colocado Intracésarea.
- Calcular la frecuencia de expulsión del Dispositivo Intrauterino colocado Intracésarea.
- Calcular la frecuencia de migración del Dispositivo Intrauterino colocado Intracésarea.
- Calcular la frecuencia de infección pélvica asociada a la colocación del Dispositivo Intrauterino colocado Intracésarea.
- Calcular la frecuencia de perforación uterina asociada a la colocación del Dispositivo Intrauterino colocado Intracésarea.

1. MARCO TEÓRICO

1.1. RESEÑA HISTÓRICA

La anticoncepción siempre ha sido motivo de estudio a lo largo de la historia de la humanidad, por ejemplo el papiro de Kahun (2000 AC), relata cómo era una práctica común, introducir placas realizadas con excrementos secos de cocodrilo o elefante en el fondo de la vagina, o tapones de estiércol de cocodrilo impregnados en miel. (6)

Aristóteles aconsejaba la ingesta de pociones ácidas de cedro, de gran eficacia anticonceptiva antes del coito, además de otros métodos mágicos como el rociar de sangre menstrual los amuletos que la mujer llevará sobre ella misma, la aplicación de diversas pociones compuestas de extractos de plantas, la ingesta de tapones impregnados de aceite, miel o menta, y el uso de ungüentos genitales con los cuales el hombre y la mujer humedecían sus órganos. (6)

Alberto el grande, por ejemplo, aconsejaba escupir tres veces en la boca de un sapo, comer abejas, tomar numerosas pociones, ponerse sobre el cuello la pata de un animal, guardar trigo en la mano izquierda, etc. (6)

Desde los tiempos más lejanos de la humanidad, el hombre ha intentado evitar voluntariamente el embarazo. El hombre tiene una capacidad infinita de tener hijos, desde que comienza sus eyaculaciones en la edad puberal hasta la ancianidad, siempre que mantenga condiciones óptimas de salud. Para colorear con una pincelada anecdótica, muchos ancianos ilustres y otros que no lo son tanto, han concebido hijos e hijas después de los 80. Es el caso de Paloma, la última hija de Picasso, el famoso pintor Francés. (1)

Las mujeres por su parte, aunque dejan de ovular cerca de los 50 años, y por tanto su etapa reproductiva cesa, pudieran tener alrededor de 30 hijos e hijas a lo largo de su vida fértil. (1)

El marco histórico permite conocer la evolución de la anticoncepción, basada en la necesidad de espaciar la reproducción. Sin embargo, la anticoncepción no fué considerada como necesidad para la humanidad, hasta que el balance entre muertes y nacimientos no fue lejano a cero y la migración ya no pudo aliviar los excesos en el crecimiento poblacional mediante la ocupación de amplias tierras habitadas. (2)

La situación cambió en el último siglo, cuando la reducción en la tasa de mortalidad condujo a presiones demográficas tanto para familias, como para ciudades, países y el mundo en general. (2)

Mientras la tasa de crecimiento poblacional alcanzaba su cumbre, surgieron en muchos países formas accesibles y culturalmente aceptadas de regulación de la fertilidad. (2)

En el siglo IV A.C. , Hipócrates fue el precursor del dispositivo intrauterino, ya que descubrió el efecto anticonceptivo que se derivaba de la colocación de un cuerpo extraño en el interior del útero y su utilización desde épocas remotas en las camellas de los nómadas del desierto, para evitar su preñez durante las largas travesías. (2)

Aunque durante siglos se intentó el empleo de fragmentos de madera o de hueso como dispositivos intracervicales, la anticoncepción intrauterina moderna se inicia en 1928 con la presentación por Richter de un auténtico dispositivo intrauterino que consistía en un lazo de hilo de seda. (2)

Grafenberg (1929) modificó el modelo anterior añadiéndole un hilo de una aleación de plata y cobre. Ota en 1934, consiguió su dispositivo cambiando los metales e introduciendo el plástico en su fabricación. Ambos publicaron en su tiempo las experiencias obtenidas.(2)

Sin embargo, tras estos balbuceos iniciales, y como sea que el riesgo de infección era importante en aquellos tiempos, unido a una serie de razones socioculturales, hizo que los dispositivos intrauterinos no experimentaran un nuevo avance hasta la década de los 50, en la que Openheimer (1959) presentó su experiencia con el anillo de Grafenberg, e Ishihma presentó la suya con el de Ota. Amobs confirmaron bajas cifras de embarazo. (2)

En 1960, Margulies presentó su dispositivo (SAFE – T – Coil), que se caracterizaba por ser un dispositivo abierto, construido en polietileno y recubierto por una capa de sulfato de bario, que facilitaba su localización radiológica, a la vez que se montaba en un aplicador de plástico para su inserción. Lippes fue quien sobre la base de la espiral de Margulies, diseñó su conocida Asa de Lippes, sin duda el DIU más utilizado en todo el mundo, el cual se fabrica en distintos tamaños para adaptarlo mejor a las dimensiones de la cavidad uterina y la única innovación que aportó fue la introducción de un hilo guía en la cola del DIU, que ayudaba a su localización y extracción. (2)

Zipper en 1967 diseño la conocida T con Cobre, un dispositivo de plástico en forma de T en cuyo brazo vertical se encuentra enrollada una espiral de cobre. Sobre esta base aparecieron el Cu – 7 y el Multiload, diseñado por Vans Os (1974), para reducir con su especial diseño la cifra de expulsiones. (2)

Fue en 1970, cuando Scomegna demostró que añadiendo esteroides y concretamente progesterona a la rama horizontal de la T, se conseguía un efecto anticonceptivo similar, reduciendo notablemente la pérdida menstrual y la dismenorrea que acompañaban a la utilización de los anteriores dispositivos. Este mismo año se inició la fabricación de DIU s medicados o bioactivos, con iones de cobre y plata o con hormonas, incrementándose la eficacia anticonceptiva y reduciéndose los efectos secundarios. (2)

En América Latina, un 6.6% de mujeres utilizan el DIU para evitar el embarazo. En Suecia por ejemplo, el 30% de las mujeres que emplean métodos anticonceptivos reversibles eligen el DIU con un porcentaje de falla muy bajo. En Estados Unidos menos del 2% de las parejas usan este método. (2)

1.2. ANTICONCEPCIÓN EN AMÉRICA LATINA

América Latina es una región conformada por 21 países independientes, un territorio de 7 millones de millas cuadradas, lo cual representa el 12% de la superficie total de la tierra y una población total proyectada de más de 500 millones de habitantes. (3)

Tabla No 1. Población dada en millones de habitantes

AÑO	POBLACIÓN TOTAL	TOTAL DE MUJERES	MUJERES MENORES DE 14 AÑOS	MUJERES DE 15 A 19 AÑOS	MUJERES DE 20 A 24 AÑOS
1980	319.6	149.7	57.513	16.450	14.104
1985	157.3	179.942	66.733	19.115	17.406
1990	396.5	199.941	70.870	20.685	18.937
1995	435.2	219.581	72.592	22.494	20.526
1999	466.0	235.982	74.410	24.068	22.347
2000	473.8	239.597	74.205	24.306	22.363
2005	512.6	258.933	75.594	25.255	24.074

Fuente: Investigador

El 48% de las mujeres latinoamericanas en edad fértil no utilizan ningún método anticonceptivo para planificar su familia; en Colombia el 61% de las mujeres utilizan los métodos naturales. (3)

En la actualidad, se estima que en Latinoamérica existen 120 millones de mujeres en edad fértil, de las cuales unas 62 millones utilizan métodos anticonceptivos, de estas 25 millones utilizan métodos reversibles y casi 40 millones irreversibles. (3)

1.3. ANTICONCEPCIÓN EN COLOMBIA

Colombia ha sido considerado uno de los países latinoamericanos más exitosos en lograr un descenso rápido de su fecundidad. A este hecho han contribuido entre otros: la rápida urbanización, el aumento de la escolaridad y la gran aceptación de la planificación familiar por parte de la comunidad. Sin embargo, a pesar de la alta prevalencia en el uso de los métodos mostrada en la última encuesta de demografía y salud, existe una gran demanda insatisfecha, especialmente en las poblaciones rurales y en las urbanas menos favorecidas. (4)

En Colombia el uso de los métodos de planificación se ha generalizado cada vez más. La encuesta nacional de demografía y salud adelantada con la participación y esfuerzo de varias instituciones, informa que el 77 % de las mujeres casadas o unidas, el 84 % de las mujeres no unidas pero sexualmente activas y el 53 % de todas las mujeres en edad fértil encuestadas, están usando actualmente un método de planificación familiar, lo que junto a Brasil, nos coloca a la vanguardia en planificación familiar. (5)

Es así como está contemplado en el servicio de salud la anticoncepción post evento obstétrico (por ejemplo: DIU, oclusión tubárica bilateral); El DIU post parto vaginal se debe colocar entre 10 minutos a 48 horas después del alumbramiento y el DIU intracésárea se debe colocar antes de la histerorrafia. El DIU postparto o intracésárea, en los controles del mes y a los tres meses se debe recortar los hilos, si están visibles. (4)

Según el Ministerio de Seguridad Social el DIU post evento obstétrico debe ser insertado por un médico debidamente entrenado, previa consejería, elección informada, consentimiento informado, valoración de la usuaria y de acuerdo a los procedimientos seleccionados y criterios de elegibilidad. El dispositivo puede aplicarse intracésárea, post parto en las primeras 48 horas o post aborto. (4)

Se deben dar instrucciones post-aplicación y en la cita del puerperio visualizar si los hilos han descendido para recortarlos. Dar nueva cita para los tres meses post-aplicación para terminar de recortar los hilos. Se debe insistir a la usuaria, que el DIU no protege de enfermedades de transmisión sexual. (4)

1.4 MECANISMO DE ACCIÓN DEL DISPOSITIVO INTRAUTERINO

La presencia de un cuerpo extraño en el útero, como un DIU, produce cambios anatómicos y bioquímicos que parecen ser tóxicos para los espermatozoides. Algunos estudios por lo general han observado que los espermatozoides no son tan viables en las usuarias del DIU como en otras mujeres. (7)

Un informe de la Organización Mundial de la Salud concluyó, que, particularmente en presencia de dispositivos que contienen cobre, no hay espermatozoides o hay muy pocos en la parte superior del aparato genital femenino, estudios realizados

en Chile y Estados Unidos, llegaron a conclusiones similares en análisis realizados en 1996, relativas al mecanismo de acción. (7)

De la totalidad de las mujeres en edad reproductiva en los Estados Unidos, dos terceras partes están expuestas a un embarazo y de estas, el 90% utiliza algún método de planificación. El DIU en este país, es solo usado por menos del 1% de estas pacientes y el principal DIU utilizado es la T Cu 380 A, compuesto por polietileno, sulfato de bario, con 314 Mm. cuadrados en su parte vertical y 66 Mm. cuadrados en sus dos brazos horizontales, resultando una superficie de 380 Mm. Cuadrados; su vida media es de 10 años con un rango acumulativo de embarazos a 7 años de 1.6 por cada 100 usuarias. (8)

No se ha demostrado que el DIU ejerza algún efecto en la ovulación, pero sí es claro, que tiene tres potenciales formas contraceptivas: Interfiere con la migración y función de los espermatozoides, impide la fertilización, e inhibe la implantación; en cuanto al primer mecanismo, produce un incremento del moco cervical, haciéndose hostil para la migración de los espermatozoides, asegurando una poca cantidad de espermatozoides a nivel de las trompas de Falopio. Un segundo mecanismo está relacionado con la fertilización, se ha encontrado que las pacientes usuarias del DIU a nivel tubárico, se encuentra afectando el mecanismo de captación del óvulo y un tercer mecanismo dado en la cavidad endometrial, por una reacción inflamatoria local la cual no permite la implantación. (8)

La historia del dispositivo intrauterino liberador de hormonas, tiene su origen en 1960 cuando el Dr. Scommegna piensa en el efecto relajante de la progesterona a nivel local para reducir la tasa de expulsión del DIU. (9)

La idea de Scommegna no se materializa hasta 1976, cuando aparece en Estados Unidos el primer DIU liberador de hormonas con el nombre de Progestasert. Contenía 38 mg de progesterona liberada a una tasa de 65 microgramos día y tenía una vida efectiva de un año. En 1968 se realizan en Finlandia los estudios del llamado Levonorgestrel 20 que contiene 45-60 mg de Levonorgestrel y lo libera a razón de 20 microgramos día; este DIU liberador de hormona se comercializa en Europa en 1990 y en Colombia desde 1999 con el nombre de Mirena. (9)

El mecanismo de acción de estos DIU liberadores de hormona, provoca cambios en el endometrio que consisten en una supresión completa y uniforme del endometrio, que comienza a las pocas horas, se estabiliza durante los tres primeros ciclos y se prolonga a largo plazo. (9)

El rango de embarazos del DIU liberador de hormona en un rango de 5 años, es de 0.1 a 0.5 por 100 usuarias, con un índice de Pearl de 0.11, de los cuales el 50% según estudios, corresponden a embarazos ectópicos. (10)

1.5. CRITERIO DE SELECCIÓN DE LAS PACIENTES USUARIAS DEL DIU.

La Organización Mundial de la Salud a partir de 1994 estableció unos criterios de tipo médico para la elección de usuarias al DIU, dentro de los cuales las categorías I y II serían las indicadas, donde no hay restricciones para el uso, y donde los beneficios superan los riesgos y se consideran candidatas apropiadas:

- Mujeres jóvenes y adolescentes con vida sexual activa, que tengan una relación monogámica estable.
- Mujeres multíparas y nulíparas.
- En el post parto, bien sea cuatro semanas después del evento o de manera inmediata.
- Post aborto insertando el DIU inmediatamente después, sin complicaciones médicas asociadas.
- Durante la lactancia.
- En época perimenopáusica.
- Aquellas mujeres que han tenido un embarazo ectópico anterior, el nuevo riesgo es de 0.02 por 100 mujeres usuarias. (11)

1.6 DIU E INFECCIÓN PÉLVICA

Las infecciones del Tracto Genital relacionadas con el dispositivo intrauterino, son consideradas una limitante para el uso de este. Mujeres con infecciones pélvicas causadas por Gonococo o por Clamidia y usuarias del dispositivo intrauterino, tienen un alto riesgo de presentar salpingitis posterior a la inserción del DIU, por el contrario, mujeres sin infección pélvica y usuarias del DIU, tienen el mismo riesgo de presentar infección en algún momento de su vida. (12)

Pacientes con enfermedades de transmisión sexual causadas por Gonococo o Clamidia y a quienes se les realiza inserción del DIU, tienen un riesgo estimado del 0 al 15% de presentar enfermedad pélvica inflamatoria. (13)

El uso de antibiótico profiláctico en pacientes a quien se les inserta el DIU, no muestran disminución del riesgo de infección pélvica. Sí hay evidencia, que pacientes que presenten enfermedad de transmisión sexual previa, deben recibir manejo antibiótico completo antes de la inserción del DIU, para evitar una enfermedad pélvica inflamatoria. (14)

1.7 DIU Y EXPULSIÓN

El mayor inconveniente del DIU es su alta tasa de expulsión; se ha calculado que durante un año de uso, entre un 2 y un 20% de las mujeres, habrán presentado expulsión; la mayor tasa de expulsión ocurre en los tres primeros meses después de su inserción, generalmente asociados a la menstruación. Entre más tiempo pase después de su inserción, menor será la posibilidad de que se expulse. (15)

1.8 DIU Y PERFORACIÓN

Aunque es una complicación rara, es de las más serias. La perforación puede ser parcial, es decir parte del DIU sobresale por la pared del útero y parte, permanece en su interior; o puede ser total, saliendo el DIU entero del útero a la cavidad pélvica. En este último caso, el DIU corre el riesgo de emigrar a otros órganos y ser englobado por ellos, originando a veces urgencias médicas. La perforación es más frecuente durante la inserción, debido principalmente a dificultades técnicas, o a la elección de un momento inadecuado para realizarlo. (15)

La perforación no suele acompañarse de síntoma alguno; el primer signo puede ser un acortamiento de los hilos, o la ausencia de los mismos durante el examen físico. (15)

1.9. CONTRAINDICACIONES RELATIVAS DEL DIU

- Mujeres para quienes el embarazo es una meta a corto plazo.
- Mujeres con citología cervicovaginal anormal.
- Mujer con sangrado vaginal irregular o anormal.
- Mujer con cervicitis agudas.
- Mujer con difícil acceso a los centros de tratamiento.
- Mujeres con enfermedades sanguíneas o trastornos de la coagulación.
- Mujeres con endometriosis.
- Mujeres con enfermedades malignas ginecológicas.
- Mujeres con antecedente de enfermedad pélvica inflamatoria en los tres meses anteriores.
- Mujeres con compañeros sexuales múltiples o compañero de alto riesgo. (15)

1.10. DIU POST EVENTO OBSTÉTRICO INMEDIATO

La planificación familiar en el periodo posparto, conlleva en particular, enormes ventajas logísticas, merced a la facilidad en la aproximación entre las usuarias y los proveedores, y a la gran motivación de estas pacientes, interesadas en espaciar sus embarazos y planear la conformación de sus familias. (17)

El uso de dispositivos intrauterinos durante este período, definido como la inserción que tiene lugar entre los 10 primeros minutos después del alumbramiento y las primeras 48 horas después del parto, ha tenido lugar en diversos centros alrededor del mundo desde hace más de tres décadas; aunque los resultados iniciales no fueron alentadores en términos de perforaciones y expulsiones, el desarrollo de nuevas y mejores técnicas de inserción, aunado al desarrollo de mejores dispositivos, ha hecho de esta una práctica que puede considerarse actualmente como segura y eficaz, que además de las ventajas

mencionadas de la aplicación puerperal, no interfiere con la lactancia, la cual debe ser una prioridad en los países en desarrollo. (17)

La efectividad en torno al desempeño clínico del DIU, en la inserción puerperal, presenta índices de Pearl de entre 1 y 4 por 100 mujeres año, con unas tasas de expulsión similares a los aplicados 4 o más semanas posparto. La perforación uterina en los últimos estudios, muestran valores menores a uno por cada 1000 inserciones, los retiros por dolor o sangrado excesivos muestran menos del 5%, valor éste, menor que la aplicación a intervalo que informa porcentajes que varían entre el 10 y 15%. En cuanto a la infección no se ha demostrado un aumento de ésta, comparada con el riesgo que existe en aquellas pacientes con enfermedades de transmisión sexual activa al momento de la inserción. (17)

Las altas tasas de expulsión, favorecida por el proceso de involución uterina con fuertes contracciones con el cuello abierto. Estas expulsiones han sido correlacionadas con factores tales, como la técnica de inserción, siendo menor con inserción manual, la ubicación del DIU contra el fondo uterino, la experiencia del profesional que realice el procedimiento, el tipo de DIU y el tiempo de la inserción, siendo menores conforme más cercana, es la inserción al alumbramiento. (17)

Existen además evidencias que la aplicación del DIU posterior al alumbramiento disminuye el sangrado del puerperio inmediato, y mejora el tono uterino por efecto mecánico que este ejerce en la cavidad endometrial. (18).

Tabla No. 2. Incidencia de Endometritis en Pacientes Usuarias del DIU Post-Alumbramiento Inmediato

AUTOR	INCIDENCIA DE ENDOMETRITIS
AZNAR – RAMOS et all, 1980	1.2%
REYNOSO et all, 1982	0.6% - 2.2%
BELTRAN & WASZAK, 1985	2.2% - 4.1%
PEREZ-MARRERO et all, 1988	0.38% - 3.84%
MOLINA – SOSA et all, 1991	8%
BRENNER et all, 1983	1%
RUIZ – GÓMEZ, 1998	2.1%
ROSENFELD et all, 1974	1.1% - 7.6%
HAGBARD et all, 1978	0%

Fuente: Investigador

Tabla 3. Incidencia de Retiro por Sangrado en Pacientes Usuarias del DIU post alumbramiento inmediato

AUTOR	PORCENTAJE
VEGA et all	19.7
AZNAR – RAMOS et all, 1980	2.5
MENDOZA – DIAZ et all, 1987	0.6
GUZMAN et all, 1995	13.7 – 15.6
ROSENFELD et all, 1974	2 – 24
KAMAL et all, 1980	1
LAUFE et all, 1979	1.7
RUIZ – GÓMEZ, 1998	4.13

Fuente: Investigador

2. METODOLOGÍA

2.1 DEFINICIÓN DEL MÉTODO

Se realizará un estudio Descriptivo de Series Clínicas sin grupo Control

2.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

Se toma como Población las Mujeres embarazadas con edad de 18 y más años pertenecientes al Régimen Subsidiado atendidas en el Hospital Universitario Ramón González Valencia de Bucaramanga que son llevadas a cesárea electiva o de urgencia y desean planificar con el dispositivo intrauterino.

De acuerdo al tipo de Estudio, no es necesario realizar un diseño muestral, pues se tomara según los criterios de inclusión y exclusión de manera secuencial pacientes a quienes se realiza cesárea electiva o de urgencia durante el periodo comprendido entre Febrero 9 y Agosto 9 de 2004 y que desean planificar con el Dispositivo Intrauterino colocado Intra cesárea; posterior a una adecuada asesoría sobre planificación familiar y firma del Consentimiento Informado.

Se escogió éste modelo descriptivo debido a que es la primera aproximación al problema de estudio, ajustándose al cumplimiento de los objetivos de la investigación y teniendo en cuenta los costos necesarios para el mismo.

2.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Toda mujer con embarazo a término o alrededor del término sin importar la gravidez ni la paridad.
- Mayor o igual a 18 años de edad.
- Firmar el consentimiento informado para la realización del procedimiento.
- Tener facilidad de seguimiento (área metropolitana y teléfono)
- Placenta normo inserta.
- Ausencia de trastornos sanguíneos o síndrome de HELLP.
- Con cesárea segmentárea previa y actual.
- Útero sin malformaciones.
- Ausencia de Coriamnionitis en el presente embarazo.
- Con citología del último año normal.
- No haber tenido enfermedades de Transmisión Sexual durante el último año.
- Poder responder el interrogatorio adecuadamente.

2.4 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- La paciente que voluntariamente se hace retirar el dispositivo antes de dos meses.
- La paciente a quien no se le puede hacer seguimiento adecuado durante dos meses.
- Complicaciones durante la cirugía, tales como hemorragia excesiva, atonía uterina, desgarro del segmento uterino.

2.5 VARIABLES

2.5.1 Manual de Codificación

Tabla No 4. Manual de codificación de variables

No.	NOMBRE	OPERACIONALIZACIÓN	NATURALEZA	NIVEL DE MEDICIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	CODIFICACIÓN
1	Edad	Edad en años cumplidos	Cuantitativa	De razón	Años	-
2	Estado Civil	Estado de un individuo en lo que toca a sus relaciones con la sociedad.	Cualitativa	Nominal	-	1. Casada 2. Soltera 3. Unión libre 4. Viuda
3	Ocupación	Actividad que realiza durante la mayor parte del día.	Cualitativa	Nominal	-	-
4	Estrato Socioeconómico	Estrato dado por el lugar de Residencia	Cualitativa	Ordinal	-	1. Estrato 1 2. Estrato 2 3. Estrato 3 4. Estrato 4 5. Estrato 5 6. Estrato 6
5	Escolaridad	Nivel de estudios alcanzados.	Cualitativa	Ordinal	-	0. Ninguno 1. Primaria 2. Secundaria 3. Superior 4. No formal
6	Gravidez	Número total de gestaciones.	Cuantitativa	De razón	Número entero	-
7	Paridad	Número de Partos Vaginales	Cuantitativa	De razón	Número entero	-
8	Cesáreas	Operación que consiste en extraer un feto, practicando una incisión en las paredes del abdomen y del útero de la madre durante su vida reproductiva. Tipo de cesárea realizada si lo conoce (corporal o segmentaréa)	Cuantitativa	De razón	Número entero	-

No.	NOMBRE	OPERACIONALIZACIÓN	NATURALEZA	NIVEL DE MEDICIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	CODIFICACIÓN
9	Indicación de la Cesárea actual	Motivo por el cual se decide desembrazar por vía alta	Cualitativa	Nominal	-	1. Sufrimiento fetal agudo. 2. Desproporción Cefalopélvica 3. Macrosomía fetal 4. Distocias del presentación. 5. Distocias del trabajo de parto. 6. Peso menor de 1000 grs. 7. Precesareada 8. Hemorragias del tercer trimestre no relacionadas con discrasias sanguíneas, síndrome de HELLP o placenta acreta, pécrceta o íncreta. 9. Embarazos múltiples. 10. Causa No clara 11. Otras (Especificar)
10	Tipo de Cesárea actual	Clasificación de acuerdo a la clase de cesárea realizada	Cualitativa	Nominal	-	1. Corporal 2. Segmentarea 3. Segmento corporal
11	Elección de cesárea	Designación de la cesárea para su realización.	Cualitativa	Nominal	-	1. Electiva 2. Urgencia
12	Embarazos Ectópicos	Número de embarazos que ocurren como consecuencia de la implantación del blastocisto en un sitio diferente del endometrio, durante su vida reproductiva.	Cuantitativa	De razón	Números absolutos	-
13	Infecciones Pélvicas previas.	Procesos inflamatorios secundarios a invasión bacteriana, que hallan ocurrido en alguna etapa de su vida.	Cualitativa	Nominal	-	1. Endometritis 2. Miometritis 3. Salpingitis 4. Enfermedad Pélvica Inflamatoria. 5. Abscesos pélvicos. 6. Apendicitis 7. Ninguna 8. Otra (Especificar)
14	Dilatación Cervical	Medida subjetiva de la dilatación de la cerviz.	Cuantitativa	De razón	Cms.	-
15	Edad de Gestación	Tiempo de embarazo dado en semanas a partir de la fecha de la última menstruación.	Cuantitativa	De razón	Semanas	-
16	Satisfacción	Dado como la complacencia de la paciente al Método anticonceptivo.	Cualitativa	Ordinal	-	1. Totalmente insatisfecha 2. Insatisfecha 3. Conforme 4. Satisfecha 5. Muy insatisfecha
17	Sangrado uterino	Dado por la persistencia de loquios hemáticos 72 horas después de la inserción del Dispositivo Intrauterino.	Cualitativa	Ordinal	-	1. Sangrado abundante persistente. 2. Sangrado escaso 3. Manchado ocasional 4. Ausencia total de sangrado.

No.	NOMBRE	OPERACIONALIZACIÓN	NATURALEZA	NIVEL DE MEDICIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	CODIFICACIÓN
18	Dolor Pélvico	Sensación molesta y aflictiva de la región pélvica la cual produce incapacidad para realizar sus actividades diarias y que persiste por más de un mes.	Cualitativa	Ordinal	-	1. Dolor intenso 2. Dolor ocasional 3. Dolor solo cuando realiza algún esfuerzo físico. 4. Ausencia total de dolor.
19	Dispareunia	Dolor coital percibido por la paciente.	Cualitativa	Nominal	-	1. No ha iniciado actividad sexual (Coito) 2. Ya inició actividad sexual (coito) 2.1. Dolor intenso 2.2. Dolor leve 2.3. No hay dolor 2.4. Ha referido su pareja molestias con los hilos del DIU.
20	Infección Postinserción	Presencia de respuesta inflamatoria a nivel pélvico, acompañada de dolor intenso, secreción vaginal fétida y o purulenta, que se presente hasta siete días después de la inserción del dispositivo intrauterino.	Cualitativa	Nominal	-	1. Si 2. No
21	Perforación Uterina	Pacientes que presentan ruptura de la pared uterina como complicación de la inserción del dispositivo intrauterino intrauterino.	Cualitativa	Nominal	-	1. Si 2. No
22	Expulsión	Salida parcial o total del dispositivo de la cavidad endometrial que puede ser detectado por la paciente o por el médico en los controles posteriores.	Cualitativa	Nominal	-	1. Si 2. No
23	Migración	Desplazamiento del Dispositivo de la cavidad endometrial a las vísceras pélvicas.	Cualitativa	Nominal	-	1. Si 2. No

Fuente: Investigador

2.6 INSTRUMENTO DE RECOLECCION

Formulario de selección de pacientes (Ver Anexo No. 1)
Formulario de seguimiento (Ver Anexos No. 2, 3 y 4)

2.7 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN

Las pacientes serán captadas por los ginecólogos o médicos residentes de Ginecología y Obstetricia, que participen en el presente estudio, según los criterios de inclusión y exclusión, realizando previamente una consejería en anticoncepción a las pacientes, diligenciando los formularios de inclusión y seguimiento, previa firma del consentimiento informado.

2.7.1 Procedimiento. Posteriormente a la captación de la paciente para el presente estudio, se procederá a la inserción del DIU intracésárea.

- En el momento de la cesárea, tan pronto se pinze el cordón umbilical del recién nacido, se colocarán 10 unidades de oxitocina endovenosos directos a la paciente.
- Se realiza manejo activo del alumbramiento.
- Con una compresa limpia, se realiza limpieza de la cavidad uterina.
- Se toma el Dispositivo Intrauterino (T Cu 380 A) en los dedos índice y medio; en el otro extremo se aseguran los hilos con una pinza de Rochester.
- Se introduce el dispositivo hasta el fondo uterino, asegurándose que éste no quede incrustado en la pared del útero.
- Con la pinza de Rochester se asegura que los hilos, queden en el canal vaginal (luego se retira la pinza contaminada del instrumental quirúrgico). En algunas ocasiones, los hilos no alcanzarán a llegar hasta el orificio cervical externo.
- Se procede a la realización de la Histerorrafia y resto del procedimiento cesárea normal.
- 48 horas después del procedimiento, se realiza el egreso de la paciente.
- Se cita a la paciente para seguimiento a los treinta días; se cortan los hilos del DIU. Nuevo control a los sesenta días; si al examen físico no hay evidencia de los hilos del DIU, se procederá a realizar Ecografía pélvica.

2.7.2 Control de Sesgos. Los sesgos de selección se controlaran teniendo en cuenta los criterios de Inclusión y Exclusión de las pacientes.

Otra manera de control de sesgos es la capacitación de los Médicos participantes en cuanto la estandarización de la técnica quirúrgica para la implantación del Dispositivo Intrauterino así como la utilización del Dispositivo **T Cu 380 A**, en todas las pacientes intervenidas (Ver Procedimiento).

2.8 PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

La recolección de pacientes para el presente estudio se realizo desde el día 09 de Febrero del año 2004 hasta el día 31 de Agosto del 2004.

La recolección de las pacientes se realizó según los criterios de inclusión y exclusión, y en la institución previamente mencionada para este estudio.

Se utilizaron los formularios de inclusión al estudio y los formularios para el primer control a los treinta días y segundo control a los sesenta días pos inserción del DIU (Ver Anexos No. 1, 2, 3 y 4). Se realizó ecografía pélvica a todas las pacientes incluidas en el presente estudio en el primer y segundo control, teniendo como valores normales la visión del dispositivo en la cavidad endometrial en los cortes longitudinales, asegurándose que este no se encontrara rotado y como distancia, máximo 25 mm del fondo uterino para el primer control y 15 mm para el segundo control. Las pacientes que aceptaron voluntariamente participar en este estudio, firmaron un consentimiento informado. (ver anexo).

2.8.1 Conformación de la Base de Datos. La información de las pacientes antes de la Cesárea, durante la implantación del Dispositivo Intrauterino y los controles posteriores, se recolectó en formularios primarios; luego se digitaron en una hoja electrónica de EXCEL para su almacenamiento y posteriormente se conformó la base de datos final en el programa SPSS versión 10.0 para su análisis.

2.8.2 Análisis Estadístico. El análisis estadístico se efectuó con el programa SPSS versión 10.0. Los gráficos, cuadros y tablas se realizaron en EXCEL. Se realizó un análisis estadístico de tipo descriptivo que permite evaluar las diferentes variables y cumplir con los objetivos del estudio:

- o Se analizaron las variables sociodemográficas (edad, Estado civil, Ocupación, Estrato socioeconómico y Escolaridad) que permitieron caracterizar a las pacientes mediante distribuciones de frecuencia y porcentuales así como por cruces de variables.
- o Se obtuvieron medidas de tendencia central como la Media, la Mediana y la Moda. Medidas de Dispersión como la Varianza, la Desviación estándar y el Coeficiente de variación el cuál expresa la desviación estándar como un porcentaje de la media. También se obtuvieron medidas de posición como cuartiles y percentiles para algunas variables.
- o Se hallaron las frecuencias de Incidencia para las variables: Expulsión, Migración, Infección y Perforación, entre otras.

3. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Este trabajo de investigación está diseñado de acuerdo a los principios fijados en la declaración de Helsinki y según las regulaciones éticas del país (Res 008430 de 1993, Min. Salud); toda paciente de este estudio conoce los beneficios y efectos secundarios que se puedan presentar por la inserción del DIU intracavidad, como constancia de esto firman voluntariamente un consentimiento informado. (Ver anexo)

Este trabajo de investigación se encuentra aprobado por la división de investigaciones de la facultad de salud de la Universidad Industrial de Santander e igualmente por el comité de ética Médica bajo el código No 3004008.

El presente es un trabajo donde el riesgo de las pacientes que participaron en este, nunca fue superior al que presenta cualquier mujer en edad reproductiva y usuaria del Dispositivo Intrauterino T Cu 380 A.

Confidencialidad: Los resultados aquí obtenidos pueden utilizarse solamente en el Proyecto de grado presentado como requisito parcial para optar el título de especialista en Ginecología y Obstetricia y para su publicación requieren autorización adicional de los investigadores.

Para el presente trabajo de grado en ningún momento se harán públicos los nombres o la identificación de las pacientes sometidas al proceso quirúrgico para el implante del Dispositivo Intrauterino Intracavidad y en caso de ser necesario en un futuro, se contará con la autorización expresa de las mismas.

3.1 RECURSOS Y PRESUPUESTO

El presente estudio se realizó con la colaboración de la Universidad Industrial de Santander, El Hospital Universitario Ramón González Valencia y la clínica Sun Light IPS.

3.2 RECURSOS HUMANOS

Docentes del departamento de Ginecología y Obstetricia de la Universidad Industrial de Santander, Ginecólogos adjuntos del servicio de sala de partos del Hospital Universitario Ramón González Valencia, médicos residentes, médicos

internos, enfermeras jefes, auxiliares de enfermería y estudiantes de medicina que se encuentren rotando por sala de partos.

3.3 INFRAESTRUCTURA

- Sala de partos de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario Ramón González Valencia.
 - Salas de Hospitalización del departamento de Ginecología y Obstetricia de la E.S.E. H.U.R.G.V.
 - Departamento de Ecografía de la E.S.E. H.U.R.G.V.
 - Consulta externa de Gineco-Endocrinología de la E.S.E. H.U.R.G.V.
 - Clínica Sun Light IPS.

4. RESULTADOS.

COMPORTAMIENTO DEL DIU INSERTADO INTRACESÁREA EN MUJERES MAYORES DE 17 AÑOS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL RAMÓN GONZALEZ VALENCIA. BUCARAMANGA, FEBRERO – AGOSTO DE 2004.

Se intervinieron 48 pacientes que cumplían los criterios de inclusión, insertándose 47 Dispositivos Intrauterinos, pues una de las pacientes se excluyó por presentar sangrado excesivo en el momento de la cesárea. A continuación se presenta la caracterización de las 47 pacientes antes de la cirugía y durante la hospitalización antes del egreso.

4.1 DESCRIPCIÓN TABULACIÓN PACIENTES

4.1.1 Edad

Tabla No. 5. Estadística Resumen de la Edad

Estadística resumen de la Edad		
Promedio		23.0
Mediana		23.0
Moda		18.0
Desviación estándar		4.5
Varianza		20.1
Edad mínima		18.0
Edad máxima		38.0
Percentil	25	19.0
Percentil	50	23.0
Percentil	75	25.0

FUENTE: Base de Datos de las mujeres a quienes se les insertó el DIU intracesárea en el Hospital Ramón González Valencia. Régimen subsidiado. Bucaramanga, Febrero – Agosto de 2004.

La edad promedio de las mujeres a quienes se les insertó el DIU intracesárea fue de 23 años con una edad mínima de 18 años y una máxima de 38. El percentil 50

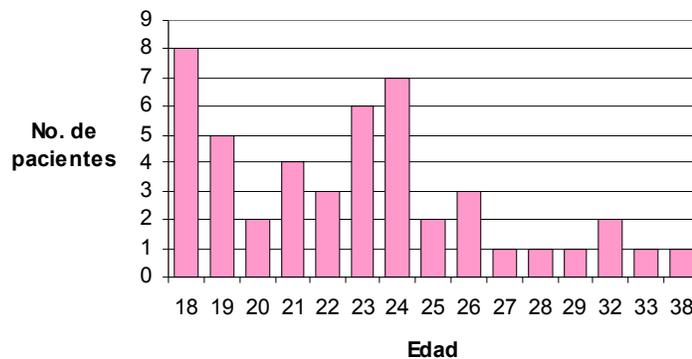
de las mujeres correspondió a 23 años, el 25 a 19 años y el 75 a 25 años. La edad más frecuentes fue de 18 años.

Tabla No. 6. Frecuencia de edad de las maternas a quien se les insertó el DIU intracésárea.

Edad	No. De pacientes	Porcentaje %	% Acumulado
18	8	17.02	17.02
19	5	10.64	27.66
20	2	4.26	31.91
21	4	8.51	40.43
22	3	6.38	46.81
23	6	12.77	59.57
24	7	14.89	74.47
25	2	4.26	78.72
26	3	6.38	85.11
27	1	2.13	87.23
28	1	2.13	89.36
29	1	2.13	91.49
32	2	4.26	95.74
33	1	2.13	97.87
38	1	2.13	100.00
Total	47	100.00	

FUENTE: Base de Datos de las mujeres a quienes se les insertó el DIU intracésárea en el Hospital Ramón González Valencia. Régimen subsidiado. Bucaramanga, Febrero – Agosto de 2004.

Gráfico No. 1. Frecuencia de edad de las mujeres a quienes se les inserto el DIU intracésárea



FUENTE: Base de Datos de las mujeres a quienes se les insertó el DIU intracésárea en el Hospital Ramón González Valencia. Régimen subsidiado. Bucaramanga, Febrero – Agosto de 2004.

4.1.2 Estado Civil

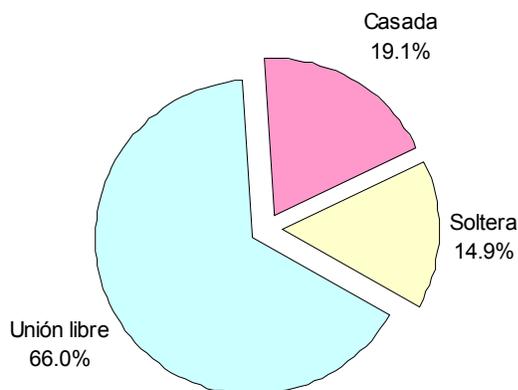
Tabla No. 7. Distribución por ESTADO CIVIL. De las pacientes a quienes se les insertó el DIU intracésárea.

Estado civil	No. De pacientes	Porcentaje %
Unión libre	31	66.0
Casada	9	19.1
Soltera	7	14.9
Total	47	100.0

FUENTE: Base de Datos de las mujeres a quienes se les insertó el DIU intracésárea en el Hospital Ramón González Valencia. Régimen subsidiado. Bucaramanga, Febrero – Agosto de 2004.

El comportamiento de las pacientes a quienes se les insertó el DIU intracésárea según el estado civil, muestra que el 66% conviven en unión libre, el 19.1% están casadas y el 14.9% restante son madres solteras.

Gráfico No. 2. Distribución de las pacientes de acuerdo al Estado civil



FUENTE: Base de Datos de las mujeres a quienes se les insertó el DIU intracésárea en el Hospital Ramón González Valencia. Régimen subsidiado. Bucaramanga, Febrero – Agosto de 2004.

4.1.3 Estrato Socioeconómico

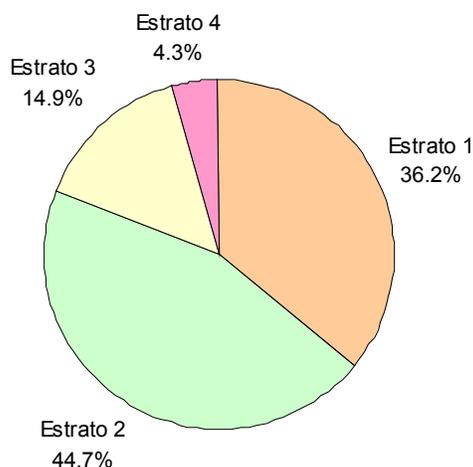
Tabla No. 8. Distribución de las pacientes de acuerdo al estrato socioeconómico.

Estrato Socioeconómico	No. De pacientes	Porcentaje %
Estrato 1	17	36.2
Estrato 2	21	44.7
Estrato 3	7	14.8
Estrato 4	2	4.3
Total	47	100.0

FUENTE: Base de Datos de las mujeres a quienes se les insertó el DIU intracésárea en el Hospital Ramón González Valencia. Régimen subsidiado. Bucaramanga, Febrero – Agosto de 2004.

El comportamiento de las pacientes a quienes se les insertó el DIU intracésárea según el estrato socioeconómico, muestra que el 36.2% pertenece al estrato 1, el 44.7% pertenecen al estrato 2, el 14.9% pertenecen al estrato 3 y el 4.3% al estrato 4.

Gráfico No. 3. Distribución de las pacientes según el estrato socioeconómico



FUENTE: Base de Datos de las mujeres a quienes se les insertó el DIU intracésárea en el Hospital Ramón González Valencia. Régimen subsidiado. Bucaramanga, Febrero – Agosto de 2004.

4.1.4. Escolaridad

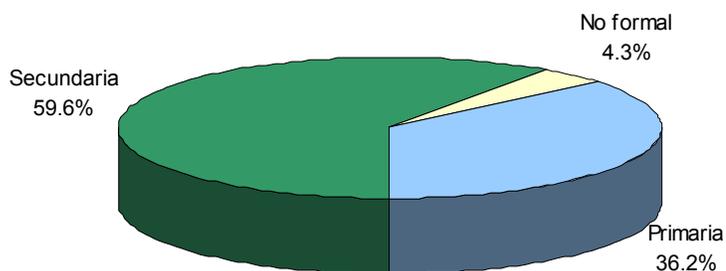
Tabla No. 9. Distribución de las pacientes de acuerdo al nivel de escolaridad.

Escolaridad	no. De pacientes	Porcentaje %
Primaria	17	36.2
Secundaria	28	59.6
No formal	2	4.2
Total	47	100.0

FUENTE: Base de Datos de las mujeres a quienes se les insertó el DIU intracésárea en el Hospital Ramón González Valencia. Régimen subsidiado. Bucaramanga, Febrero – Agosto de 2004.

El comportamiento de las pacientes a quienes se les insertó el DIU intracésárea según el nivel de escolaridad, muestra que el 36.2% curso solo hasta la primaria, el 59.6% tiene grado de bachillerato y el 4.3% ha realizados estudios no formales.

Gráfico No. 4. Distribución de las pacientes de acuerdo al nivel de escolaridad



FUENTE: Base de Datos de las mujeres a quienes se les insertó el DIU intracésárea en el Hospital Ramón González Valencia. Régimen subsidiado. Bucaramanga, Febrero – Agosto de 2004.

4.1.5. Número de Gestaciones

Tabla No. 10. Distribución de las pacientes de acuerdo al número de estaciones.

Número de Gestaciones	No. De pacientes	Porcentaje %
1	24	51.1
2	17	36.2
3	4	8.5
4	2	4.2
Total	47	100.0

FUENTE: Base de Datos de las mujeres a quienes se les insertó el DIU intracésárea en el Hospital Ramón González Valencia. Régimen subsidiado. Bucaramanga, Febrero – Agosto de 2004.

El comportamiento de las pacientes a quienes se les insertó el DIU intracésárea según el número de gestaciones, muestra que el 51.1% (n = 24) solo ha tenido una gestación, el 36.2% (n = 17) ha tenido dos gestaciones, el 8.5% (n = 4) ha tenido tres y el 4.3% (n = 2) cuatro gestaciones.

4.2 PARIDAD DE LAS PACIENTES

4.2.1 Partos

Tabla No. 11 Distribución de las pacientes de acuerdo al número de partos vaginales, cesáreas y número de abortos previos a la inserción del DIU.

Número de Partos Vaginales	No. De pacientes	Porcentaje %	Número de Cesáreas	No. De pacientes	Porcentaje %	Número de Abortos	No. De pacientes	Porcentaje %
0	41	87.2	1	29	61.7	0	43	91.5
1	4	8.5	2	18	38.3	1	3	6.4
2	2	4.3				2	1	2.1
Total	47	100.0		47	100.0		47	100.0

FUENTE: Base de Datos de las mujeres a quienes se les insertó el DIU intracésárea en el Hospital Ramón González Valencia. Régimen subsidiado. Bucaramanga, Febrero – Agosto de 2004.

4.2.2 Edad Gestacional

Tabla No. 12. Estadística Resumen de la Edad gestacional.

Edad Gestacional en Semanas		
Promedio		38
Mediana		39
Moda		39
Mínima		29
Máxima		42
Percentil	25	38
Percentil	50	39
Percentil	75	40

FUENTE: Base de Datos de las mujeres a quienes se les insertó el DIU intracésárea en el Hospital Ramón González Valencia. Régimen subsidiado. Bucaramanga, Febrero – Agosto de 2004.

La edad gestacional promedio de las mujeres a quienes se les insertó el DIU intracésárea fue de 38 semanas con una edad mínima de 29 semanas y una máxima de 42. El percentil 50 tenían una edad gestacional 39 semanas al

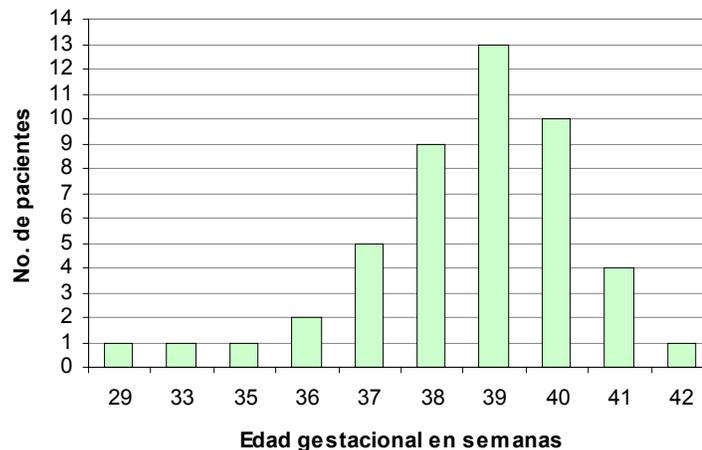
momento de la cesárea, el 25 tenía una edad gestacional de 38 semanas y el 75 tenía una edad gestacional de 40 semanas. La edad gestacional más frecuentes fue de 39 semanas.

Tabla No. 13. Distribución de las pacientes de acuerdo a la edad gestacional al momento de la cesárea.

Edad Gestacional en Semanas	No. De pacientes	Porcentaje %	% Acumulado
29	1	2.1	2.1
33	1	2.1	4.2
35	1	2.1	6.3
36	2	4.3	10.6
37	5	10.6	21.3
38	9	19.1	40.4
39	13	27.7	68.1
40	10	21.3	89.4
41	4	8.5	97.6
42	1	2.1	100.0
Total	47	100.0	

FUENTE: Base de Datos de las mujeres a quienes se les insertó el DIU intracésárea en el Hospital Ramón González Valencia. Régimen subsidiado. Bucaramanga, Febrero – Agosto de 2004.

Gráfico No. 5. Distribución de las pacientes de acuerdo a la edad gestacional



FUENTE: Base de Datos de las mujeres a quienes se les insertó el DIU intracésárea en el Hospital Ramón González Valencia. Régimen subsidiado. Bucaramanga, Febrero – Agosto de 2004.

4.2.3 Indicación de la Cesárea Actual

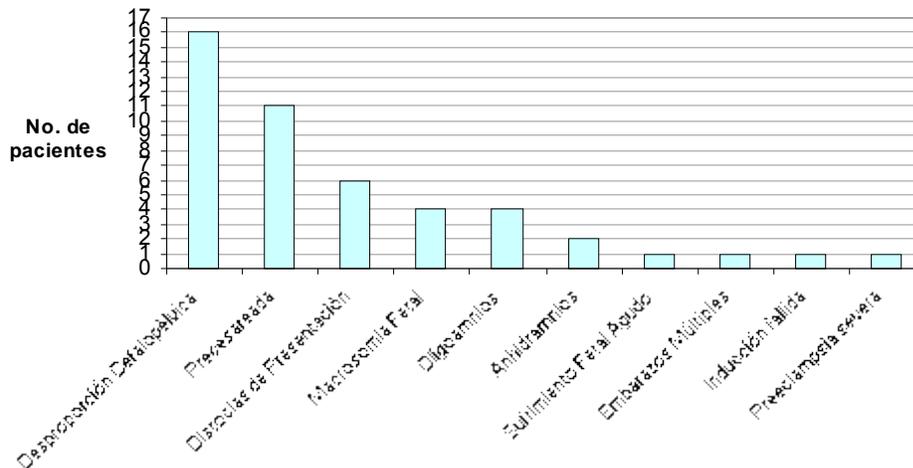
Tabla No. 14. Distribución de las pacientes de acuerdo a la indicación de la cesárea actual.

Indicación de la Cesárea actual	No. De pacientes	Porcentaje %
Desproporción Cefalopélvica	16	34.0
Cesárea previa	11	23.4
Distocias de Presentación	6	12.8
Macrosomia Fetal	4	8.5
Oligoamnios	4	8.6
Anhidramnios	2	4.3
Sufrimiento Fetal Agudo	1	2.1
Embarazos Múltiples	1	2.1
Inducción fallida	1	2.1
Preeclampsia severa	1	2.1
Total	47	100.0

FUENTE: Base de Datos de las mujeres a quienes se les insertó el DIU intracésárea en el Hospital Ramón González Valencia. Régimen subsidiado. Bucaramanga, Febrero – Agosto de 2004.

Los principales motivos para la indicación de la cesárea fueron: desproporción cefalopélvica 34%, cesárea previa 23.4%, distocias de presentación 12.8%, macrosomia fetal y oligoamnios 8.5% cada una.

Gráfico No. 6. Distribución de las pacientes de acuerdo a la Indicación de la Cesárea actual



FUENTE: Base de Datos de las mujeres a quienes se les insertó el DIU intracésárea en el Hospital Ramón González Valencia. Régimen subsidiado. Bucaramanga, Febrero – Agosto de 2004.

4.2.4 Elección de la Cesárea

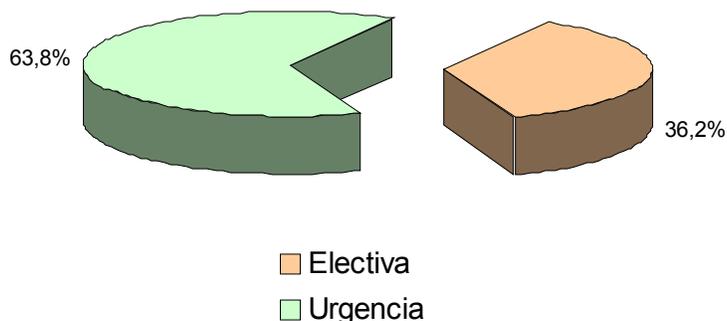
Tabla No. 15. Distribución de las pacientes según la elección de la cesárea.

Elección de Cesárea	No. De pacientes	Porcentaje %
Electiva	17	36.2
Urgencia	30	63.8
Total	47	100.0

FUENTE: Base de Datos de las mujeres a quienes se les insertó el DIU intracésárea en el Hospital Ramón González Valencia. Régimen subsidiado. Bucaramanga, Febrero – Agosto de 2004.

Del total de las cesáreas, se practicaron de urgencia 30 (63.8%) y 17 (36.2%) fueron electivas.

Gráfico No. 7. Distribución de las pacientes según la elección de la cesárea



FUENTE: Base de Datos de las mujeres a quienes se les insertó el DIU intracésárea en el Hospital Ramón González Valencia. Régimen subsidiado. Bucaramanga, Febrero – Agosto de 2004.

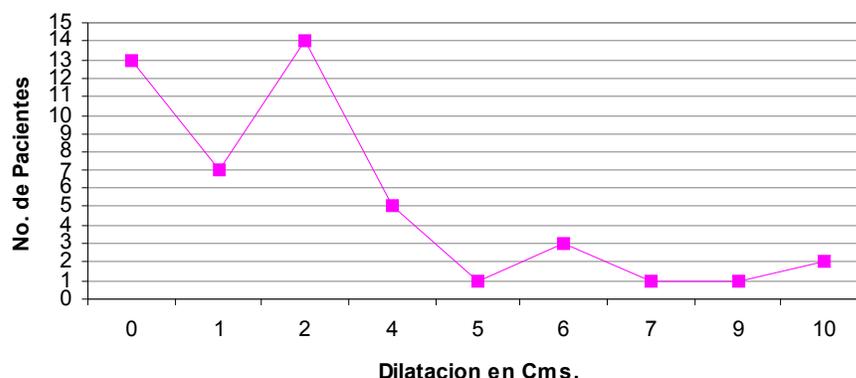
4.2.5 Dilatación Cervical al Momento de la Cesárea

Tabla No. 16. Distribución de las pacientes de acuerdo a la dilatación cervical en CMS.

Dilatación Cervical (CMS.)	No. De pacientes	Porcentaje %
0	13	27.7
1	7	14.9
2	14	29.8
4	5	10.6
5	1	2.1
6	3	6.4
7	1	2.1
9	1	2.1
10	2	4.3
Total	47	100.0

FUENTE: Base de Datos de las mujeres a quienes se les insertó el DIU intracésárea en el Hospital Ramón González Valencia. Régimen subsidiado. Bucaramanga, Febrero – Agosto de 2004.

Gráfico No. 8. Distribución de las pacientes de acuerdo a la Dilatación cervical



FUENTE: Base de Datos de las mujeres a quienes se les insertó el DIU intracésárea en el Hospital Ramón González Valencia. Régimen subsidiado. Bucaramanga, Febrero – Agosto de 2004.

4.2.6 Quien Realizó el Procedimiento

Tabla No. 17. Quien realizó el procedimiento.

Quién realizó el Procedimiento	No. De cesáreas	Porcentaje %
RIII AÑO (Dr. GÓMEZ)	19	40.4
RI AÑO (Dr. LARA)	6	12.8
RI AÑO (Dr. SUAREZ)	4	8.5
RII AÑO (Dr. PINZÓN)	4	8.5
RII AÑO (Dr. RODRIGUEZ)	3	6.4
RI AÑO (Dra: CAROL)	2	4.3
RIII AÑO (Dr. COBOS)	2	4.3
GINECOBSTETRA (Dr. ARIAS)	1	2.1
GINECOBSTETRA (Dr. CUBILL)	1	2.1
GINECOBSTETRA (Dr. REYES)	1	2.1
GINECOBSTETRA (Dr.ZÚÑIGA)	1	2.1
RII AÑO (Dr. MESA)	1	2.1
RII AÑO (Dr: DIAZ)	1	2.1
RIII AÑO (Dr. ORTEGA)	1	2.1
Total	47	100.0

FUENTE: Base de Datos de las mujeres a quienes se les insertó el DIU intracésárea en el Hospital Ramón González Valencia. Régimen subsidiado. Bucaramanga, Febrero – Agosto de 2004.

4.2.7 Tipo de Cesárea Actual. Se realizó cesárea segmentaria al 100% de las mujeres intervenidas.

4.2.8 Perforación en la Inserción. Ninguna paciente tuvo perforación al momento de insertar el Dispositivo Intrauterino.

4.2.9 Expulsión Antes del Egreso. Ninguna de las pacientes expulso el DIU antes del egreso del hospital.

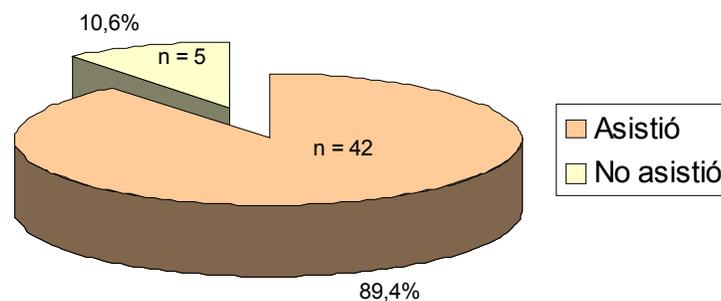
4.2.10 Sangrado Excesivo Antes del Egreso. No se presento sangrado excesivo en ninguna de las pacientes antes del egreso.

4.2.11 Dolor Intenso o Secreción Fétida Antes del Egreso. Mientras estuvieron hospitalizadas, ninguna paciente presento dolor intenso ni secreción fétida.

4.3 PRIMER CONTROL POST INSERCIÓN DEL DIU (día 30).

De las 47 pacientes a las que se les insertó el DIU intracesárea, 5 (10.6%) no asistieron a la cita de primer control, quedando un total de 42 pacientes para la realización del análisis estadístico (ver gráfico No. 1).

Gráfico No. 9. Asistencia de las pacientes al primer control



FUENTE: Base de Datos de las mujeres a quienes se les insertó el DIU intracésárea en el Hospital Ramón González Valencia. Régimen subsidiado. Bucaramanga, Febrero – Agosto de 2004.

4.3.1 Grado de Satisfacción Post Inserción del DIU (día 30).

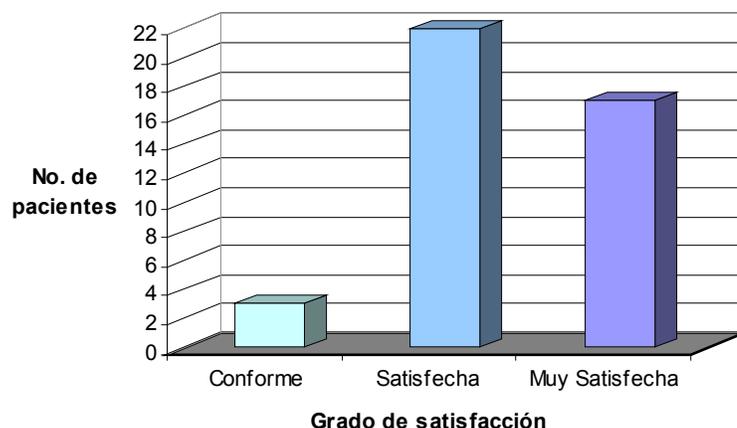
Tabla No. 18. Grado de satisfacción de las pacientes en el primer control.

Grado de Satisfacción	No. De pacientes	Porcentaje %
Conforme	3	7.1
Satisfecha	22	52.4
Muy Satisfecha	17	40.5
Insatisfecha	0	0
Total	42	100.0

FUENTE: Registro de consulta del primer control de las mujeres a quienes se les insertó el DIU intracésárea en e Hospital Ramón González Valencia. Régimen Subsidiado. Bucaramanga, Febrero – Agosto de 2004.

En el primer control, el 52.4% de las pacientes refirieron sentirse satisfechas con el DIU, el 40.5% se sintieron muy satisfechas y el 7.1% dijo sentirse conforme, ninguna paciente refirió estar insatisfecha con la inserción del DIU.

Gráfico No. 10. Grado de satisfacción de las pacientes en el primer control



FUENTE: Registro de consulta del primer control de las mujeres a quienes se les Insertó el DIU intracésárea en e Hospital Ramón González Valencia. Régimen Subsidiado. Bucaramanga, Febrero – Agosto de 2004.

4.3.2 Tipo de Sangrado Post Inserción del DIU (día 30).

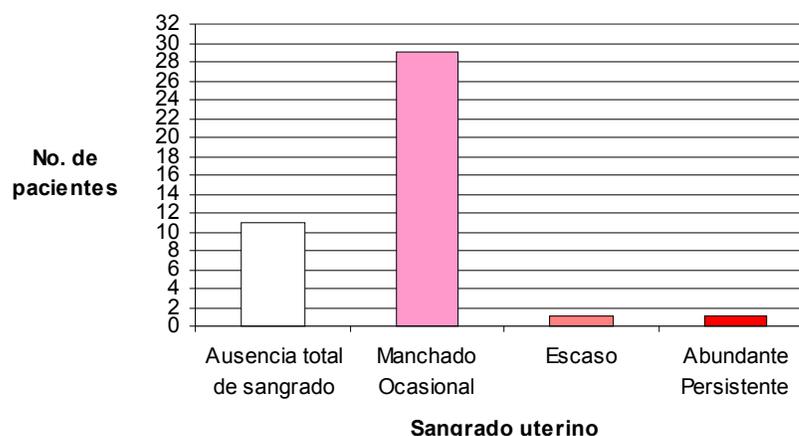
Tabla No.19. Sangrado uterino. Primer control.

Sangrado Uterino	No. de pacientes	Porcentaje %
Ausencia total de sangrado	11	26.2
Manchado Ocasional	29	69.0
Escaso	1	2.4
Abundante Persistente	1	2.4
Total	42	100.0

FUENTE: Registro de consulta del primer control de las mujeres a quienes se les Insertó el DIU intracésárea en e Hospital Ramón González Valencia. Régimen Subsidiado. Bucaramanga, Febrero – Agosto de 2004.

Del total de las pacientes que asistieron al primer control , el 26.2% no había presento sangrado, el 69% manifestó tener manchado ocasional, Una paciente (2.4%) dijo haber tenido sangrado escaso, e igualmente solo una paciente (2.4%) tuvo sangrado abundante y persistente.

Gráfico No. 11. Sangrado uterino. Primer control



FUENTE: Registro de consulta del primer control de las mujeres a quienes se les Insertó el DIU intracésárea en e Hospital Ramón González Valencia. Régimen Subsidiado. Bucaramanga, Febrero – Agosto de 2004.

4.3.3 Dolor Pélvico Post Inserción del DIU (día 30).

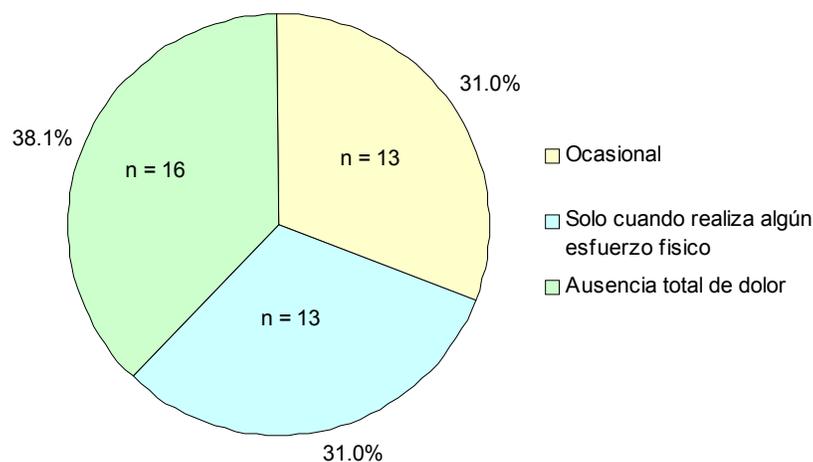
Tabla No. 20. Dolor pélvico. Primer control.

Dolor Pélvico	No. De pacientes	Porcentaje %
Ocasional	13	31.0
Solo cuando realiza algún esfuerzo físico	13	31.0
Ausencia total de dolor	16	38.0
Total	42	100.0

FUENTE: Registro de consulta del primer control de las mujeres a quienes se les Insertó el DIU intracésárea en e Hospital Ramón González Valencia. Régimen Subsidiado. Bucaramanga, Febrero – Agosto de 2004.

El 38.1% no presento dolor, 31% de las pacientes tuvo dolor ocasional, igualmente 13 pacientes (31%) del total manifestó sentir dolor solo al realizar algún esfuerzo físico.

Gráfico No. 12. Dolor pélvico. Primer control



FUENTE: Registro de consulta del primer control de las mujeres a quienes se les Insertó el DIU intracésárea en e Hospital Ramón González Valencia. Régimen Subsidiado. Bucaramanga, Febrero – Agosto de 2004.

4.3.4 Dispareunia Post Inserción del DIU (día 30).

Tabla No. 21. Dispareunia. Primer control.

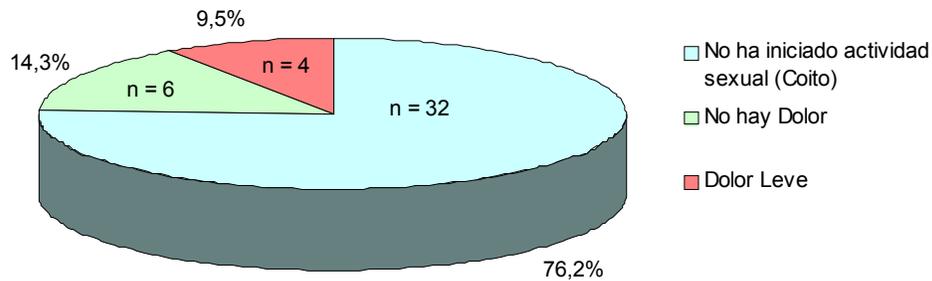
Dispareunia	No. De pacientes	Porcentaje %
No ha iniciado actividad sexual (Coito)	32	76.2
No hay Dolor	6	14.3
Dolor Leve	4	9.5
Total	42	100.0

FUENTE: Registro de consulta del primer control de las mujeres a quienes se les Insertó el DIU intracésárea en e Hospital Ramón González Valencia. Régimen Subsidiado. Bucaramanga, Febrero – Agosto de 2004.

Al momento del primer control, el 76.2% de las pacientes, manifestó no haber iniciado actividad sexual (coito) después de la inserción del DIU intracésárea; el

14.3% dijo no tener dolor con las relaciones sexuales y solo el 9.5% presentó dolor leve al tener relaciones sexuales.

Gráfico No. 13. Disparéunia. Primer control



FUENTE: Registro de consulta del primer control de las mujeres a quienes se les insertó el DIU intracésárea en el Hospital Ramón González Valencia. Régimen Subsidiado. Bucaramanga, Febrero – Agosto de 2004.

4.3.5 Infección Pélvica Post Inserción del DIU (día 30). Hasta el momento del primer examen de control ninguna de las pacientes había presentado infección post inserción del DIU intracésárea.

4.3.6 Expulsión Post Inserción del DIU (día 30). Ninguna paciente había expulsado el DIU al primer mes de insertado intracésárea.

4.3.7 Ecografía Post Inserción del DIU (día 30). La ecografía realizada al mes de la cesárea fue normal para el total de las pacientes que asistieron al primer examen de control.

4.3.8 Retiro del DIU Post Inserción (día 30). Hasta la fecha del primer control no se retiró el dispositivo intrauterino a ninguna paciente.

4.3.9. Hilos Evidentes al Examen Físico Post Inserción del DIU (día 30).

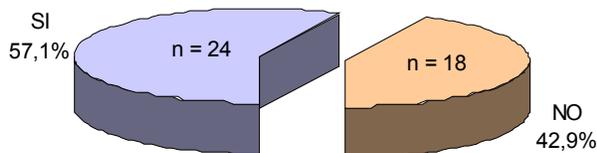
Tabla No. 22. Hilos evidentes al examen físico en el primer control

Hilos Evidentes al Examen Físico	No. de pacientes	Porcentaje %
SI	24	57.1
NO	18	42.9
Total	42	100.0

FUENTE: Registro de consulta del primer control de las mujeres a quienes se les Insertó el DIU intracésárea en e Hospital Ramón González Valencia. Régimen Subsidiado. Bucaramanga, Febrero – Agosto de 2004.

En el primer control, durante el examen físico se evidenciaron los hilos al 57.1% de las pacientes.

Gráfico No 14. Hilos evidentes al examen físico en el primer control.

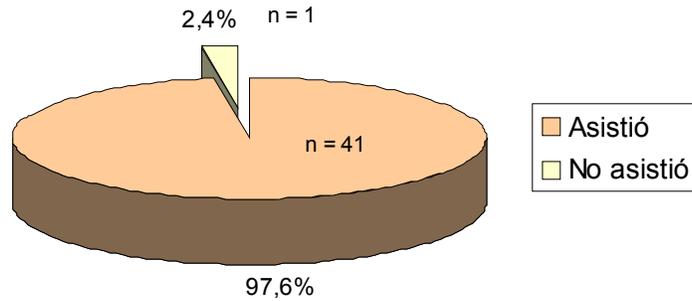


FUENTE: Registro de consulta del primer control de las mujeres a quienes se les Insertó el DIU intracésárea en e Hospital Ramón González Valencia. Régimen Subsidiado. Bucaramanga, Febrero – Agosto de 2004.

4.4 SEGUNDO CONTROL POST INSERCIÓN DEL DIU (día 60).

De las 42 pacientes a las que se les insertó el DIU intracésárea y que asistieron al primer control, solo una dejó de asistir al segundo control, quedando un total de 41 pacientes para la realización del análisis estadístico.

Gráfico No. 15. Asistencia de las pacientes al segundo control



FUENTE: Registro de consulta del primer control de las mujeres a quienes se les Insertó el DIU intracésárea en e Hospital Ramón González Valencia. Régimen Subsidiado. Bucaramanga, Febrero – Agosto de 2004.

4.4.1 Grado de satisfacción post inserción del DIU (día 60).

Tabla No. 23. Grado de satisfacción de las pacientes a quienes se les insertó el DIU intracésárea.

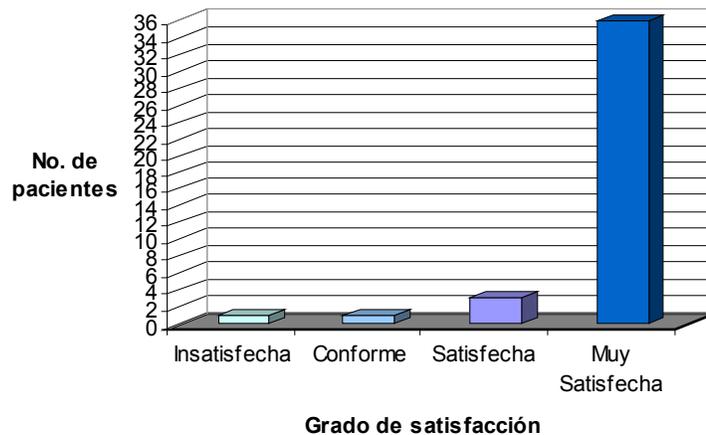
Grado de Satisfacción	No. De pacientes	Porcentaje %
Insatisfecha	1	2.4
Conforme	1	2.4
Satisfecha	3	7.4
Muy Satisfecha	36	87.8
Total	41	97.6

FUENTE: Registro de consulta del primer control de las mujeres a quienes se les Insertó el DIU intracésárea en e Hospital Ramón González Valencia. Régimen Subsidiado. Bucaramanga, Febrero – Agosto de 2004.

En el segundo control, a los tres meses de insertado el dispositivo intrauterino, el 87.8% de las pacientes refirieron sentirse Muy satisfechas con el DIU, el 7.3% se sintieron satisfechas, el 2.4% dijo sentirse conforme y solo una paciente (2.4%) dijo estar insatisfecha. Se observa que al transcurrir el tiempo (con respecto al

primer control) aumento el numero de las pacientes que se sintieron muy satisfechas con el uso del DIU.

Gráfico No. 16. Grado de satisfacción de las pacientes en el segundo control



FUENTE: Registro de consulta del primer control de las mujeres a quienes se les Insertó el DIU intracésárea en e Hospital Ramón González Valencia. Régimen Subsidiado. Bucaramanga, Febrero – Agosto de 2004.

4.4.2 Tipo de Sangrado Post Inserción del DIU (día 60).

Tabla No. 24. Sangrado uterino. Segundo control.

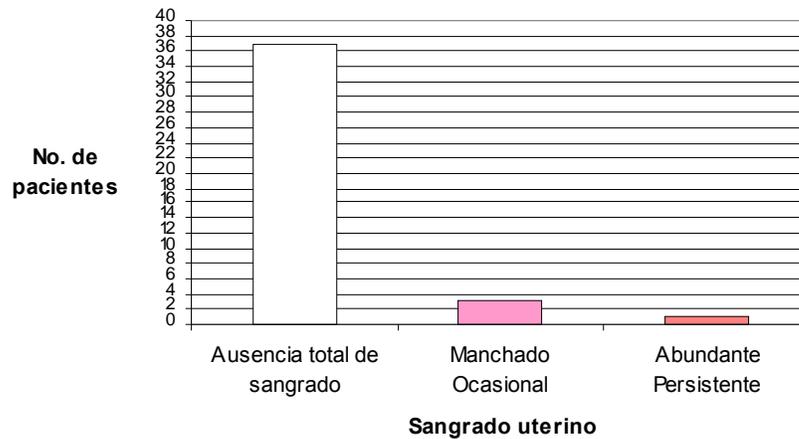
Sangrado Uterino	No. de pacientes	Porcentaje %
Ausencia total de sangrado	37	90.2
Manchado Ocasional	3	7.3
Abundante Persistente	1	2.5
Total	41	100.0

FUENTE: Registro de consulta del primer control de las mujeres a quienes se les Insertó el DIU intracésárea en e Hospital Ramón González Valencia. Régimen Subsidiado. Bucaramanga, Febrero – Agosto de 2004.

Del total de las pacientes que asistieron al segundo control , el 90.2% no había presento sangrado, el 7.3% manifestó tener manchado ocasional, Una paciente (2.4%) dijo haber tenido sangrado abundante y persistente.

Se observa una disminución del sangrado con el transcurso del tiempo (a los tres meses del segundo control).

Gráfico No. 17 Sangrado uterino al segundo control



FUENTE: Registro de consulta del primer control de las mujeres a quienes se les Insertó el DIU intracésárea en e Hospital Ramón González Valencia. Régimen Subsidiado. Bucaramanga, Febrero – Agosto de 2004.

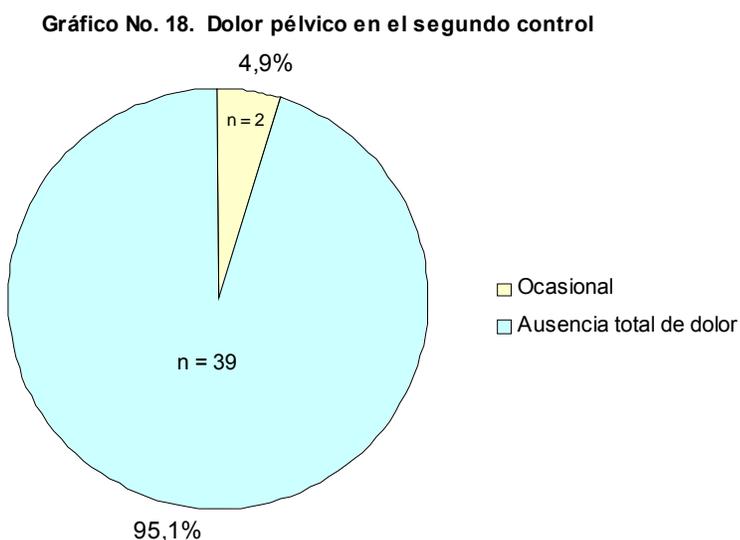
4.4.3 Dolor Pélvico Post Inserción del DIU (día 60).

Tabla No. 25. Dolor pélvico. Segundo control.

Dolor Pélvico	No. pacientes	DePorcentaje %
Ocasional	2	4.9
Ausencia total de dolor	39	95.1
Total	41	100.0

FUENTE: Registro de consulta del primer control de las mujeres a quienes se les Insertó el DIU intracésárea en e Hospital Ramón González Valencia. Régimen Subsidiado. Bucaramanga, Febrero – Agosto de 2004.

El 95.1% no presento dolor y solo el 4.9% de las pacientes tuvo dolor ocasional. Aquí también se observa que aumentó el número de las pacientes que manifestó no tener dolor pélvico con respecto al primer control.



FUENTE: Registro de consulta del primer control de las mujeres a quienes se les Insertó el DIU intracésárea en e Hospital Ramón González Valencia. Régimen Subsidiado. Bucaramanga, Febrero – Agosto de 2004.

4.4.4 Dispareunia Post Inserción del DIU (día 60).

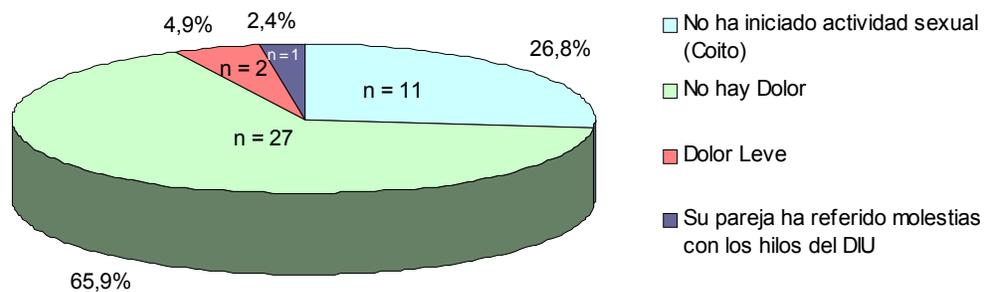
Tabla No. 26. Dispareunia. Segundo control.

Dispareunia	No. De pacientes	Porcentaje %
No ha iniciado actividad sexual (Coito)	11	26.8
No hay Dolor	27	65.9
Dolor Leve	2	4.9
Su pareja ha referido molestias con los hilos del DIU	1	2.4
Total	41	100.0

FUENTE: Registro de consulta del primer control de las mujeres a quienes se les Insertó el DIU intracésárea en e Hospital Ramón González Valencia. Régimen Subsidiado. Bucaramanga, Febrero – Agosto de 2004.

Al momento del segundo control (dos meses después de insertado el DIU intracésárea), el 26.8% de las pacientes, manifestó no haber iniciado actividad sexual (coito); el 65.9% dijo no tener dolor con las relaciones sexuales, el 4.9% presentó dolor leve al tener relaciones sexuales y solo una paciente (2.4%) manifestó que su pareja refirió molestias con los hilos del DIU durante la relación sexual.

Gráfico No. 19. Disparéunia en el segundo control



FUENTE: Registro de consulta del primer control de las mujeres a quienes se les insertó el DIU intracésárea en el Hospital Ramón González Valencia. Régimen Subsidiado. Bucaramanga, Febrero – Agosto de 2004.

4.4.5 Infección Pélvica Post Inserción del DIU (día 60). Hasta el momento del segundo examen de control (dos meses) ninguna de las pacientes había presentado infección post inserción del DIU intracésárea.

4.4.6 Expulsión Post Inserción del DIU (día 60). Ninguna paciente había expulsado el DIU insertado intracésárea al segundo mes.

4.4.7 Ecografía Post Inserción del DIU (día 60). La ecografía realizada al segundo mes de la cesárea fue normal para el total de las pacientes que asistieron al segundo examen de control.

4.4.8 Migración Post Inserción del DIU (día 60). Hasta la fecha del segundo control, ninguna paciente había presentado migración del DIU.

4.4.9. Retiro del DIU Post Inserción (día 60).

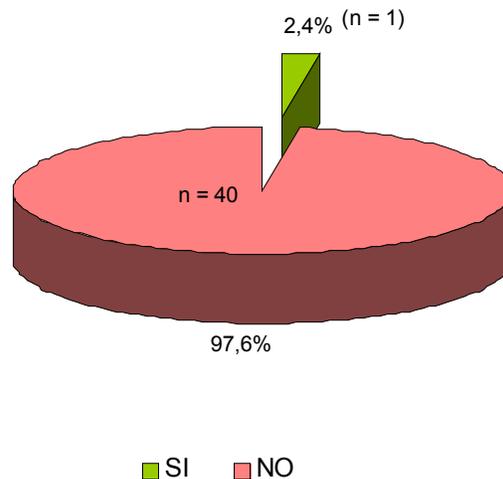
Tabla No. 27. Retiro del DIU. Segundo Control

Retiro del DIU	No. De pacientes	Porcentaje %
SI	1	2.4
NO	40	97.6
Total	41	100.0

FUENTE: Registro de consulta del primer control de las mujeres a quienes se les Insertó el DIU intracésárea en e Hospital Ramón González Valencia. Régimen Subsidiado. Bucaramanga, Febrero – Agosto de 2004.

En el segundo control se retiro un Dispositivo a una paciente de 26 años que presento sangrado abundante desde el momento de insertar el DIU.

Gráfico No. 20. Retiro del DIU



FUENTE: Registro de consulta del primer control de las mujeres a quienes se les Insertó el DIU intracésárea en e Hospital Ramón González Valencia. Régimen Subsidiado. Bucaramanga, Febrero – Agosto de 2004.

4.4.10 Hilos Evidentes al Examen Físico Post Inserción del DIU (día 60).

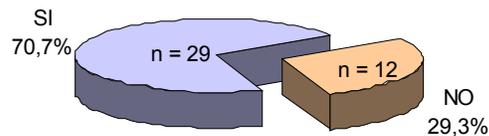
Tabla No. 28. Hilos evidentes al examen físico en el segundo control

Hilos Evidentes al Examen Físico	No. de pacientes	Porcentaje %
SI	29	70.7
NO	12	29.3
Total	41	100.0

FUENTE: Registro de consulta del primer control de las mujeres a quienes se les Insertó el DIU intracésárea en e Hospital Ramón González Valencia. Régimen Subsidiado. Bucaramanga, Febrero – Agosto de 2004.

En el segundo control, durante el examen físico se evidenciaron los hilos al 70.7% (n = 29) de las pacientes.

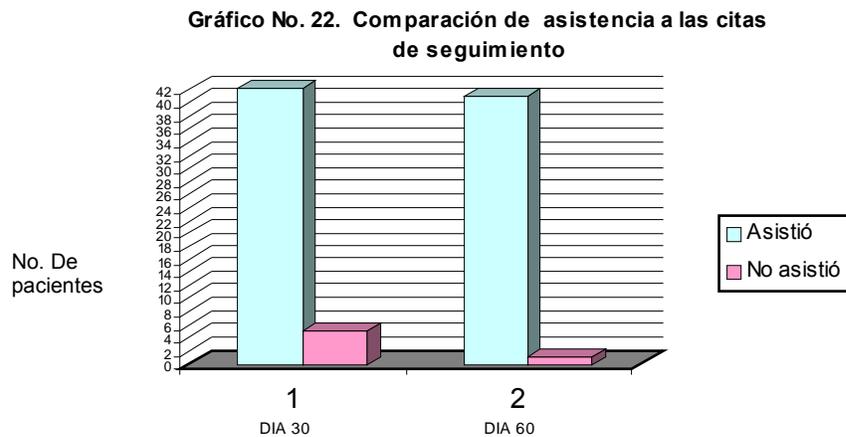
Gráfico No. 21. Hilos evidentes al examen físico



FUENTE: Registro de consulta del primer control de las mujeres a quienes se les Insertó el DIU intracésárea en e Hospital Ramón González Valencia. Régimen Subsidiado. Bucaramanga, Febrero – Agosto de 2004.

4.5 COMPARACIÓN ENTRE LAS CITAS DE SEGUIMIENTO POST INSERCIÓN DIA 30 Y DIA 60.

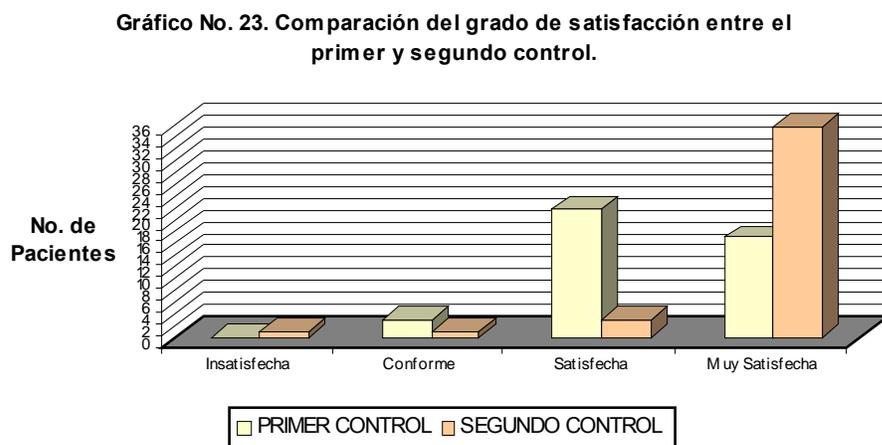
4.5.1 Asistencia a las Citas de Seguimiento día 30 y día 60.



FUENTE: Registro de consulta del primer control de las mujeres a quienes se les Insertó el DIU intracésárea en e Hospital Ramón González Valencia. Régimen Subsidiado. Bucaramanga, Febrero – Agosto de 2004.

Se observó una mayor inasistencia al primer examen de control debido en la mayoría de pacientes al cambio de ciudad. En el segundo examen de control solo faltó una paciente programada.

4.5.2 Grado de Satisfacción Post Inserción del DIU día 30 y día 60.

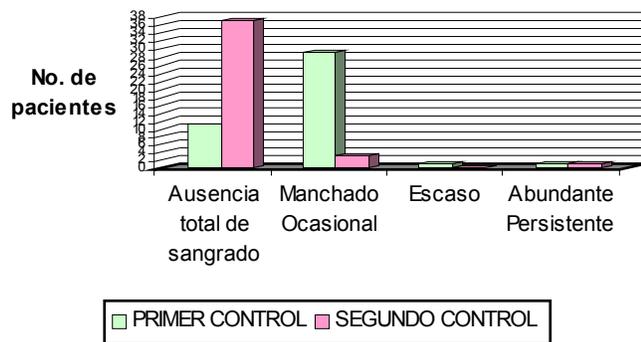


FUENTE: Registro de consulta del primer control de las mujeres a quienes se les Insertó el DIU intracésárea en e Hospital Ramón González Valencia. Régimen Subsidiado. Bucaramanga, Febrero – Agosto de 2004.

Se observa aumento del grado de satisfacción de las pacientes a quienes se les inserto intracésárea con el uso del DIU a medida que transcurre el tiempo.

4.5.3 Tipo de Sangrado Post Inserción del DIU Día 30 y Día 60.

Gráfico No. 24. Sangrado uterino, comparación entre el primer y segundo control

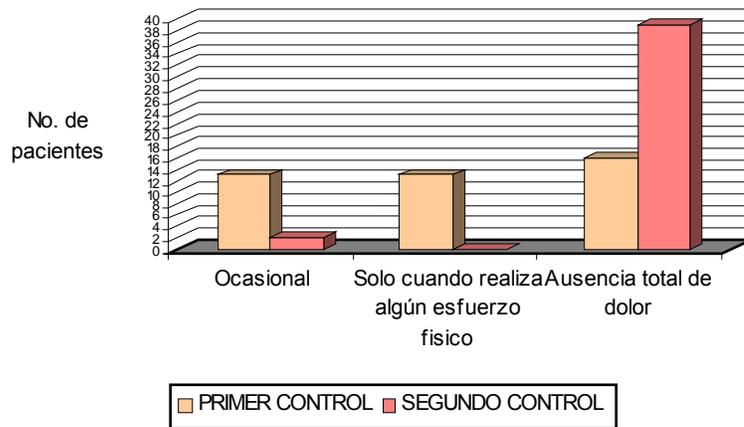


FUENTE: Registro de consulta del primer control de las mujeres a quienes se les Insertó el DIU intracésárea en e Hospital Ramón González Valencia. Régimen Subsidiado. Bucaramanga, Febrero – Agosto de 2004.

El sangrado fue disminuyendo con el transcurso del tiempo y a los dos meses, momento en que se realizó el segundo examen de control. Solo una paciente presento sangrado abundante y persistente en los dos exámenes.

4.5.4 Dolor Pélvico Post Inserción del DIU Día 30 y Día 60.

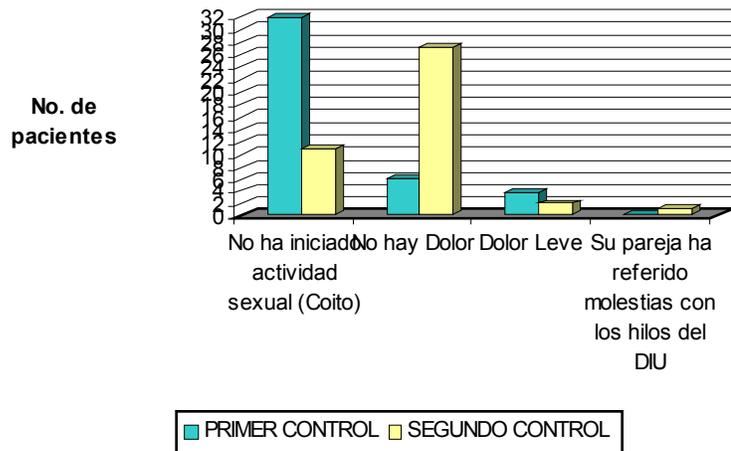
Gráfico No. 25. Dolor pélvico, comparación entre el primer y segundo control



FUENTE: Registro de consulta del primer control de las mujeres a quienes se les Insertó el DIU intracésárea en e Hospital Ramón González Valencia. Régimen Subsidiado. Bucaramanga, Febrero – Agosto de 2004.

4.5.5 Disparéunia Post Inserción del DIU Día 30 y Día 60.

Gráfico No. 26. Disparéunia, comparación entre el primer (día 30) y segundo control (día 60).

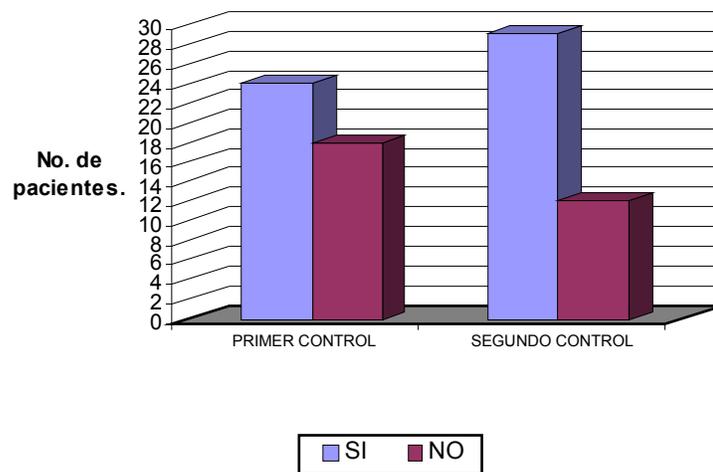


FUENTE: Registro de consulta del primer control de las mujeres a quienes se les Insertó el DIU intracésárea en e Hospital Ramón González Valencia. Régimen Subsidiado. Bucaramanga, Febrero – Agosto de 2004
 Al primer mes, el 76.2% de las pacientes no había iniciado su actividad sexual (coito), mientras que para el tercer mes (segundo examen de control) solo era el 26.8% que no había practicado el coito. De las pacientes que tuvieron relaciones

sexuales penetrativas vaginales, la mayoría no manifestó dolor y en el segundo control solo una paciente manifestó que su pareja refirió molestias con los hilos del DIU durante las relaciones sexuales.

4.5.6 Hilos Evidentes al Examen Físico Post Inserción DIU Día 30 y Día 60.

Gráfico No. 27. Hilos evidentes al examen físico, comparación entre el primer y segundo control.



FUENTE: Registro de consulta del primer control de las mujeres a quienes se les insertó el DIU intracésárea en el Hospital Ramón González Valencia. Régimen Subsidiado. Bucaramanga, Febrero – Agosto de 2004

Los hilos se hicieron más evidentes al examen físico en el segundo control: 70.7% con respecto al 57.1% del primer control de las pacientes examinadas.

4.6 TABLAS DE COMPARACIÓN

A continuación se presenta la relación de tablas que permiten establecer elementos de comparación de los resultados obtenidos

Tabla No 29. Endometritis en pacientes usuarias del DIU post alumbramiento inmediato.

AUTOR	INCIDENCIA DE ENDOMETRITIS
AZNAR – RAMOS et all, 1980	1.2%
REYNOSO et all, 1982	0.6% - 2.2%
BELTRÁN & WASZAK, 1985	2.2% - 4.1%
PÉREZ-MARRERO et all, 1988	0.38% - 3.84%
MOLINA – SOSA et all, 1991	8%
BRENNER et all, 1983	1%
RUIZ – GÓMEZ, 1998	2.1%
ROSENFELD et all, 1974	1.1% - 7.6%
HAGBARD et all, 1978	0%
GÓMEZ – JAIMES – ALARCÓN, 2004	0%

Fuente: Investigador

Los diferentes estudios publicados hasta el momento muestran hasta un 8% de casos de endometritis (Molina – Sosa et all, 1991), en nuestro estudio no se presento ningún caso de endometritis postparto.

Esta demostrado que la incidencia de endometritis con el uso del DIU post evento obstétrico inmediato no es superior a la colocación del DIU de intervalo.

Tabla No 30: Retiro por sangrado en pacientes usuarias del DIU post alumbramiento inmediato.

AUTOR	PORCENTAJE
VEGA et all, 1985	19.7%
AZNAR – RAMOS et all, 1980	2.5%
MENDOZA – DIAZ et all, 1987	0.6%
GUZMAN et all, 1995	13.7 – 15.6%
ROSENFELD et all, 1974	2 – 24%
KAMAL et all, 1980	1%
LAUFE et all, 1979	1.7%
RUIZ – GÓMEZ, 1998	4.13%
GÓMEZ – JAIMES – ALARCON, 2004	2.4%

Fuente: Investigador

La principal causa de retiro del DIU insertado post alumbramiento inmediato es el sangrado, encontrándose porcentajes publicados hasta del 19.7% (Vega et all, 1985), en nuestro estudio el retiro del DIU se presento en el 2.4%.

Tabla No 31. Expulsión del DIU insertado post alumbramiento inmediato.

AUTOR	PORCENTAJE
GÓMEZ et all, 1998	8.9%
KRISTIN – RONALD, 1999	8.4%
HOWARD et all, 1996	10.8%
TERRI et all, 1998	3.5%
GONZÁLEZ et all, 1999	5%
CALAVIA et all, 2002	3.41%
GÓMEZ – JAIMES – ALARCÓN, 2004	0%
DIU DE INTERVALO (60 DÍAS)	2 – 20%

Fuente: Investigador

Hay claridad actualmente que se presentan menos casos de expulsión del DIU insertado post evento obstétrico inmediato, Howard en 1996 mostró 10.8% de expulsión, en nuestro estudio no se presentaron casos de expulsión, en comparación con el DIU de intervalo que muestra expulsiones del 2 al 20% de las pacientes.

Tabla No 32. Hilos no evidentes al examen físico, en DIU insertado post alumbramiento inmediato.

AUTOR	PORCENTAJE
GÓMEZ et all, 1998	11.7%
GÓMEZ – JAIMES – ALARCÓN, 2004	29.3%

Fuente: Investigador

La no visualización de los hilos del DIU en las citas de seguimiento posterior mostró 29.3% para nuestro estudio en comparación con 11.7% publicado por Gómez en 1998.

4.7 DISCUSIÓN

En el presente estudio se tomo un periodo de seis meses para la recolección de las pacientes atendidas en el servicio de sala de partos del Hospital Universitario Ramón González Valencia de la ciudad de Bucaramanga, cumpliendo los criterios de inclusión 48 , consideramos que este grupo estudio, no fue mayor debido a varios factores tales como la crisis hospitalaria, en la cual se ha visto una

disminución importante del número de usuarios que consultan, otro aspecto relevante es que es un centro de tercer nivel y un volumen de cesáreas de urgencia elevado (en el estudio fue de 63.8%), lo cual no permite al médico brindar una adecuada asesoría acerca de este método de planificación.

Existe una mayor aceptación por este método de planificación en el grupo de pacientes entre 18 y 24 años (74.47 %) muy probablemente este en relación a que este grupo poblacional tiene una mayor información de los métodos de planificación y más receptividad a su uso.

Los estratos socio económicos 1 y 2 representan el 80.9% del total de las pacientes del presente estudio, siendo el área de mayor influencia del HURGV.

Las causas de cesárea en el 42.5 % de las pacientes correspondieron a desproporción cefalo pélvica y macrosomía fetal, teniendo las precesareadas en el 23.4%, este porcentaje bajo se entiende en que muchas pacientes precesareadas optan por una anticoncepción definitiva y otro grupo tiene parto vaginal posterior a cesárea.

Antes del egreso del hospital no se presentó ningún caso de sangrado excesivo, dolor o signos de infección lo cual retardaría la salida hospitalaria de la paciente a las 36 horas del evento quirúrgico.

27.6 % de las pacientes presentaban una dilatación mayor o igual 4 CMS. del orificio cervical interno y de estas 2 pacientes (4.3%), presentaban una dilatación de 10 CMS, no presentándose expulsión del DIU al terminar su seguimiento ni otro tipo de complicación que fuese indicación para retirarlo.

En cuanto a dolor pélvico llama la atención que a los treinta días post cesárea el 38.1% de las pacientes no presentaban ningún tipo de dolor, a los 60 días el 95.1 % no refería dolor, el restante de las pacientes refirieron dolor ocasional o relacionado con los esfuerzos físicos, lo cual podría ser explicado por el proceso normal de cicatrización.

23.8 % de las pacientes iniciaron relaciones sexuales antes de los treinta días post cesárea, refiriendo el momento para iniciar estas con la desaparición del sangrado (26.2%) y el dolor posquirúrgico (38.1%). Se encuentra además un porcentaje del 26.8 % de pacientes que después de 60 días posquirúrgicos no habían iniciado actividad sexual, de estas, 2 pacientes por desconfianza del método anticonceptivo.

A los 46 días de la cesárea se retiró el DIU a una paciente de 26 años que persistía con sangrado abundante, en esta paciente el motivo de cesárea fue una distocia de presentación (Pelvis), con una dilatación cervical de 1 CMS, a la valoración ecográfica se encontró un DIU normoinserto a 15 mm del fondo uterino,

posterior al retiro del DIU cedió el sangrado y se solicitó hemoglobina hematocrito de control los cuales fueron reportados normales, consideramos que el retiro del DIU por sangrado (2.4%) se encuentra dentro de los valores esperados informados en la literatura mundial (0.6 al 19.7 %).

Al examen físico los hilos del DIU fueron evidentes a los treinta días en el 57,1 % y a los sesenta días en el 70.7 % de las pacientes, los cuales se recortaron en todos los casos en que fueron visibles, en cuanto relaciones sexuales y molestias del compañero sexual por los hilos del DIU se presentó en una paciente, la cual desapareció posterior a cortar los hilos.

5. RESULTADOS DE GENERACIÓN DE CONOCIMIENTO

5.1 OBJETIVOS DEL PROYECTO APROBADO

5.1.1 Objetivo General.

Evaluar el comportamiento del Dispositivo Intrauterino Insertado Intracésárea como método de anticoncepción temporal.

5.1.2. Objetivos Específicos

- Describir las características sociodemográficas (Edad, Estado civil, Ocupación, Estrato socioeconómico y Escolaridad) de las mujeres sometidas a implantación de Dispositivo Intrauterino Intracésárea en el Hospital Universitario Ramón González Valencia de Bucaramanga durante el periodo de estudio.
- Observar el grado de satisfacción de las pacientes usuarias del Dispositivo Intrauterino colocado Intracésárea.
- Calcular la frecuencia de expulsión del Dispositivo Intrauterino colocado Intracésárea.
- Calcular la frecuencia de migración del Dispositivo Intrauterino colocado Intracésárea.
- Calcular la frecuencia de infección pélvica asociada a la colocación del Dispositivo Intrauterino colocado Intracésárea.
- Calcular la frecuencia de perforación uterina asociada a la colocación del Dispositivo Intrauterino colocado Intracésárea.

5.2. RESULTADOS ESPERADOS (Según proyecto aprobado).

El presente estudio tenía como propósito describir el comportamiento del dispositivo intrauterino insertado intracésárea con el fin de evaluar su efectividad. Además, tomarlo como primera aproximación para futuras formulaciones de hipótesis que permitan demostrar que el uso del dispositivo intrauterino T Cu 380 A intracésárea tiene similar comportamiento que el insertado sesenta días post cesárea.

5.3 RESULTADOS OBTENIDOS

- Se logro caracterizar las pacientes mayores de 17 años, atendidas en el hospital Ramón González Valencia en el periodo comprendido entre Febrero y Agosto del 2004 y a quienes se les coloco el dispositivo intrauterino intracesárea.
- Encontrándose una edad promedio de 23 años, el 66% de las pacientes en unión libre, no se atendieron pacientes de estrato socioeconómico 5 y 6, el 59.6 % de las pacientes con un nivel escolar de secundaria, con una edad gestacional promedio de 38 semanas y el principal motivo de cesárea fue la desproporción cefalopélvica.
- El grado de satisfacción de las pacientes en su primera cita de control a los 30 días post inserción fue conforme el 7.1%, satisfechas 52.4%, muy satisfechas el 40.5% , ninguna paciente refirió estar insatisfecha con el uso del DIU.
- En la segunda cita de control a los sesenta días post inserción se encontró conformes el 2.4%, satisfechas el 7.3%, muy satisfechas el 87.8% e insatisfecha el 2.4%.
- No se presento ninguna expulsión del dispositivo intrauterino en los sesenta días de seguimiento realizado a las pacientes.
- No se presentó ningún caso de migración del dispositivo intrauterino en los sesenta días de seguimiento realizado a las pacientes.
- No se presentó ningún caso de infección pélvica en las pacientes durante los sesenta días de seguimiento.
- No se presentó ningún caso de perforación uterina durante la inserción del dispositivo intrauterino.

5.4 INDICADOR VERIFICABLE DEL RESULTADO

Los resultados enumerados anteriormente se pueden verificar en el proyecto “comportamiento del DIU insertado intracesárea en mujeres mayores de 17 años atendidas en el hospital Ramón González Valencia. Bucaramanga. Febrero – Agosto de 2004.”

5.5 NÚMERO DE ANEXO DE SOPORTE.

Los datos presentados provienen de tres fuentes:

- Anexo No. 1. : Formulario de selección de pacientes para inserción del DIU intracésárea.
- Anexo No. 2. : Protocolo de seguimiento, primer control.
- Anexo No. 3. : Protocolo de seguimiento, segundo control.

5.6 OBSERVACIONES.

Este proyecto se encuentra aprobado con el código # 3004008, por la división de investigaciones de la facultad de salud de la Universidad Industrial de Santander e igualmente por el comité de ética.

5.7 OTROS RESULTADOS OBTENIDOS

1. Mediante el presente trabajo se logró la formación de recurso humano, para el investigador es valido como requisito parcial para optar el titulo de especialista en ginecología y obstetricia y a los coinvestigadores representa producción intelectual para la Universidad Industrial de Santander.
2. Se logro capacitación en la inserción del dispositivo intrauterino intracésárea, a nivel de los residentes de ginecología y obstetricia de la Universidad Industrial de Santander y los ginecólogos y obstetras que laboran en sala de partos del hospital Ramón González Valencia.
3. Presentación magistral, escrita y en medio magnético, al departamento de ginecología y obstetricia de la UIS, de los resultados finales del estudio.

5.8 IMPACTO ACTUAL O POTENCIAL DE LOS RESULTADOS.

Este es primer trabajo que se publica en Colombia de la inserción del dispositivo intrauterino intracésárea; existe por parte del ministerio de protección social lineamientos para la colocación del DIU intracésarea pero no se realiza probablemente por desconocimiento de los profesionales y de los pacientes para decidirse por este método.

Con este trabajo se demuestra al igual que la literatura mundial que este es un método de anticoncepción seguro, económico, con buen índice de pearl y con beneficios adicionales comprobados como son menos sangrado postcesárea, menos incomodidad para la paciente en el momento de su inserción y con grados de satisfacción por parte de las usuarias mayores del 90%.

La importancia radica en iniciar la consejería en anticoncepción, desde el mismo momento de la consulta de control prenatal, teniendo de esta forma un impacto importante en la disminución de embarazos no deseados, tiempos intergenesicos cortos y abortos inducidos.

CONCLUSIONES

1. El dispositivo intrauterino T Cu 380 A, insertado intracesárea, tiene similar comportamiento en la Retención, que el insertado sesenta días post cesárea.
2. El dispositivo intrauterino T Cu 380 A, insertado intracesárea tiene menor frecuencia de expulsión, que el insertado sesenta días post cesárea.
3. El dispositivo intrauterino T Cu 380 A, insertado intracesárea tiene menor frecuencia de perforación, que el insertado sesenta días post cesárea.
4. El dispositivo intrauterino T Cu 380 A, insertado intracesárea tiene menor frecuencia de infección, que el insertado sesenta días post cesárea.
5. En el presente estudio el retiro del Dispositivo intrauterino se presento en el 2.4 % de las pacientes, lo cual se encuentra en los valores publicados en la literatura mundial para la colocación del DIU post evento obstétrico inmediato.
6. El dispositivo intrauterino intracesárea es un método de anticoncepción seguro, con buena aceptación, técnicamente fácil de colocar, económico, con un buen índice de pearl y que debe ser ofrecido de rutina a nuestras pacientes dentro de la asesoría en planificación familiar en su control prenatal.

RECOMENDACIONES

1. Este es el primer estudio que se realiza en Colombia de colocación del DIU intracavárea, existen publicaciones a nivel nacional del colocación de DIU posterior a parto vaginal inmediato, se debería continuar una línea de investigación en este campo y continuar el seguimiento de estas pacientes para valorar adherencia a mayor tiempo y frecuencias de embarazo.
2. Dentro de las políticas en planificación familiar debería ser de primera línea la anticoncepción post evento obstétrico inmediato (parto vaginal, cesárea, legrado obstétrico), lo cual repercutiría notablemente en la disminución de embarazos no deseados.
3. Este tipo de estudios se deben realizar en instituciones de nivel dos de complejidad en donde por el tipo de paciente se logra tener un mayor impacto a nivel de la comunidad atendida.
4. En el ultimo control prenatal se debe iniciar la consejería en planificación familiar para que nuestras pacientes tengan claridad sobre su método de planificación antes del parto.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aloyma Ravelo. Anticoncepción en el post parto. Revista Cubana de Medicina general integral 1995;66:43-8.
2. Díaz Alonso Guillermo. The Essentials of Contraceptive Technology Population Reports. WHO 1997;25:4 – 19.
3. Instituto Alan Guttmacher. La anticoncepción en América Latina. 5 Ed. Saunders 2002;8:125-9.
4. Servicios de Salud de Colombia. Norma técnica para la atención en planificación familiar a hombres y mujeres. Resolución # 00412 de 2000;5:98-124.
5. Monterrosa Castro Álvaro. Actualización de conceptos en anticonceptivos orales combinados. 3 Ed. Marban 2001;25-32.
6. Londoño Iván. Dispositivo intrauterino post aborto. Estudio observacional prospectivo. Universidad Industrial de Santander. Facultad de Salud. Tesis de grado 2001.

7. Dussan Alejandro. La píldora anticonceptiva 40 años de impacto social. Centro estratégico Canadá – Latinoamérica. 1 Ed. Schering AG 2000;5:65-78.
8. Alvarez F, Brache V, Fernandez E. New insights on the mode of action of intrauterine contraceptive devices in women. *Fertil Steril* 1988, 49 (5): 768- 73.
9. Kristin Dardano. The intrauterine contraceptive device: an often forgotten and maligned method of contraception. *American journal of obstetrics and gynecology* 1999;181:1256-67.
10. Bonacho Paniagua. Mecanismo de acción del DIU liberador de hormona. *Revista Iberoamericana de Fertilidad* 2002;41:523-28.
11. Tiina Backman. Pregnancy during the use of levonorgestrel intrauterine system. *American journal of obstetrics and gynecology* 2004;190:1025-32.
12. Family and reproductive Health/WHO. Improving access to quality care in family planning: Medical Eligibility Criteria for initiating and Continuing Use of Contraceptive Methods. Geneva World Health Organization 1995.
13. David Grimes. Intrauterine Device and upper – genital tract infection. *The Lancet* 2000;356:1013 – 19.

14. James D Shelton. Risk of clinical pelvic inflammatory disease attributable to an intrauterine device. *The Lancet* 2001;357:254-69.
15. Terri Walsh. Randomised controlled trial of prophylactic antibiotics before insertion of intrauterine devices. *The Lancet* 1998;351:108-24.
16. Al – Garaia. Dispositivo intrauterino. *Sociedad Española de Sexología, información sexológica, anticoncepción y aborto*, 2001.
17. Ruiz Jaime. Experiencia clínica con la aplicación del dispositivo intrauterino T Cu 380 A en el periodo posparto. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología* 1998;49:21-24.
18. Stefan Welkovic. Sangramento e endometritie em pacientes portadoras de DIU inserido apos dequitacao, na maternidade da encruzilhada. *Universidade de pernambuco Brasil* 1997.
19. Joseph A. Mechanism of action of intrauterine contraceptive devices and its relation to informed consent. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1997;176:356-62.
20. Moran Carlos. La practica de anticoncepción posparto en hospitales del distrito federal. *Salud publica de mexico* 1992;34:1.

21. Echeverri Jairo. Diseños de investigación clínica. Estudios observacionales: Reporte de casos y serie de casos. *Cardiología del adulto* 1999;7,15.

22. Alarcón Miguel A. Normas generales para la presentación de protocolos de investigación en la facultad de salud de la UIS, propuesta elaborada por el comité de ética de la facultad de salud, Universidad Industrial de Santander 2003.

23. Nancy L. Obstetrician Gynecologists and the intrauterine Device: A survey of attitudes and practice. *Obstetrics & Gynecology* 2002;99:2.

24. Carolyn Westhoff. Emergency Contraception. *The New England Journal of Medicine* 2003;349:1830.

25. Joseph B. Mechanisms of action of intrauterine Devices: Update and estimation of post fertilization effects. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2002;187:6-11.

26. Grimes D. Immediate post abortal insertion of intrauterine devices. *Cochrane Review* 2000.

27. Jack Lippes. Pelvic actinomycosis: A review and preliminary look at prevalence. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1999;180: 265 – 9

28. Samuel K. Sinel. Complications of use of intrauterine devices among HIV – 1 infected women. *The Lancet* 1998;351:587-90.

29. Howard J. Immediate postplacental insertion of GYNE – T 380 and GYNE – T 380 postpartum intrauterine contraceptive devices: Randomized study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1996;175:554-59.

30. Lori D. Impact of early postpartum administration of progestin only hormonal contraceptives compared with no hormonal contraceptives on short term breast feeding patterns. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2002;186:846-52.

31. Davis A. Phemister. Use of Norplant contraceptive implants in the immediate postpartum period: Safety and tolerance. *American journal of obstetrics and gynecology* 1995;172:1125-29.

32. Roberto Rivera. The mechanism of action of hormonal contraceptives and intrauterine contraceptive devices. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1999;181:558-68.

33. Luigi Mastroianni. No evidence to support intrauterine contraceptive device and embryo destruction. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1997;177:444-51.

34. David Hubacher. Use of cooper intrauterine devices and the risk of tubal infertility among nulligravid women. The new England journal of medicine 2001;345:854-62.

35. Encuesta Nacional de Demografía Y salud del Nororiente Colombiano. Bogota Colombia 2000.

36. Dispositivo Intrauterino, Los métodos anticonceptivos y su uso correcto. Profamilia Colombia 2004.

37. Juncal Benito Calavia et all. Anticoncepción intrauterina según paridad, Revista Iberoamericana de Fertilidad 2002 VI congreso SEC, 163, 5.

38. Díaz et all. ¿ Es necesario el control ecografico en mujeres portadoras de dispositivo intrauterino. Revista Iberoamericana de Fertilidad 2002 VI congreso SEC, 185.

ANEXOS

ANEXO No. 1 Formulario Selección de Pacientes para Inserción del DIU Intracésárea

UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
HOSPITAL UNIVERSITARIO RAMÓN GONZÁLEZ VALENCIA
DEPARTAMENTO DE GINECOBSTETRICIA

FORMULARIO 1

FORMULARIO DE SELECCIÓN DE PACIENTES PARA INSERCIÓN DEL DIU INTRACESÁREA

FECHA: _____ Paciente # _____

NOMBRE: _____ **H.C.#** _____

DIRECCIÓN _____ TEL.: _____

EDAD: _____

ESTADO CIVIL:

1. _____ Casada
2. _____ Soltera
3. _____ Unión libre
4. _____ Viuda

OCUPACIÓN : _____

ESTRATO SOCIO ECONÓMICO (de 1 a 6): _____

ESCOLARIDAD:

0. _____ Ninguna.
1. _____ Primaria.
2. _____ Secundaria.
3. _____ Estudios superiores.
4. _____ Educación no formal.

ANTECEDENTES

G _____ **P** _____ **A** _____ **E** _____

Complicaciones del embarazo actual diferentes a corioamnionitis:

SI _____ NO _____

Cual: _____

Citología cervical:

Último informe: fecha _____

Resultado _____

Edad Gestacional del embarazo actual (SEMANAS): _____

INDICACIÓN DE LA CESÁREA ACTUAL:

1. _____ Sufrimiento Fetal Agudo.
2. _____ Desproporción cefalo pélvica.
3. _____ Macrosomía Fetal.
4. _____ Distocia de presentación.
5. _____ Distocias del trabajo de parto.
6. _____ Peso menor de 1000 Grs.
7. _____ Por cesárea previa.
8. _____ Hemorragias del tercer trimestre no relacionadas con discrasias sanguíneas, síndrome de HELLP o anomalías de inserción de la placenta.
9. _____ Embarazos múltiples.
10. _____ Causa no establecida.
11. Otras. Cual _____

TIPO DE CESÁREA ACTUAL:

1. _____ Corporal.
2. _____ Segmentaría.
3. _____ Segmento corporal

ELECCIÓN DE LA CESÁREA:

1. _____ Electiva.
2. _____ Urgencias.

Dilatación Orificio Cervical: _____ cm

Presentó perforación uterina durante la aplicación u otro tipo de complicación:

1. _____ Si, Cual: _____
2. _____ No

Quién realizó la colocación del DIU intracesárea:

1. _____ Ginecólogo y Obstetra.
2. _____ Residente de III año de Ginecología y Obstetricia.
3. _____ Residente de II año de Ginecología y Obstetricia.
4. _____ Residente de I año de Ginecología y Obstetricia.

Presentó la paciente expulsión del DIU antes del egreso del hospital:

1. _____ Si. A las cuántas horas post inserción: _____
2. _____ No

Presentó la paciente Sangrado excesivo (Abundantes loquios hemáticos), lo cual retardó su momento de egreso de la institución.

1. _____ Si, por qué causa : _____
2. _____ No

Presentó la paciente dolor intenso, secreción fétida abundante (loquios fétidos), lo cual retardó su momento de egreso de la institución.

1. _____ Si. Por qué causa: _____
2. _____ No

ANEXO No. 2 Protocolo de Seguimiento, Primer Control

UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
HOSPITAL UNIVERSITARIO RAMÓN GONZÁLEZ VALENCIA
DEPARTAMENTO DE GINECOBSTETRICIA

PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO, PRIMER CONTROL

Fecha: _____

Nombre: _____ H.C#: _____

Fecha de la cesárea: _____

I. GRADO DE SATISFACCIÓN CON EL USO DEL DIU:

1. _____ Totalmente insatisfecha.
2. _____ Insatisfecha.
3. _____ Conforme.
4. _____ Satisfecha.
5. _____ Muy satisfecha.

II. SANGRADO UTERINO:

1. _____ Sangrado abundante, persistente.
2. _____ Sangrado escaso.
3. _____ Manchado ocasional.
4. _____ Ausencia total de sangrado.

III. DOLOR PÉLVICO

1. _____ Dolor intenso que le impide desarrollar las actividades diarias.
2. _____ Dolor ocasional.
3. _____ Dolor sólo cuando realiza algún esfuerzo físico
4. _____ Ausencia total de dolor.

IV. DISPAREUNIA (Si la respuesta es 1, pase a la pregunta 5).

1. _____ No ha iniciado actividad sexual (Coito).
2. _____ Ya inició actividad sexual (Coito).
 - 2.1 _____ Dolor intenso con la relación sexual.
 - 2.2 _____ Dolor leve con la relación sexual.
 - 2.3 _____ No dolor con la relación sexual.
 - 2.4 _____ Ha referido su pareja molestias con los hilos del DIU.

V. INFECCIÓN

Ha presentado secreción de material purulento, flujo abundante fétido o dolor muy intenso persistente.

1. _____ Sí
2. _____ No

VI. EXPULSIÓN

Refiere la paciente expulsión del DIU

1. _____ Sí., Cuando _____
2. _____ No

Son evidentes los hilos del DIU al examen físico (Si su respuesta es sí, pase a la pregunta # VIII).

1. _____ Sí.
2. _____ No, Solicite ecografía pélvica.

VII. MIGRACIÓN

Transcriba el informe de la ecografía pélvica:

Según la ecografía el DIU migró:

1. _____ Sí, Ubicación: _____
2. _____ No

VIII. OBSERVACIONES:

ANEXO No. 3 Protocolo de Seguimiento, Segundo Control

UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
HOSPITAL UNIVERSITARIO RAMÓN GONZÁLEZ VALENCIA
DEPARTAMENTO DE GINECOBSTETRICIA

PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO, SEGUNDO CONTROL

Fecha: _____

Nombre: _____ H.C# _____

Fecha de la cesarea: _____

I. GRADO DE SATISFACCIÓN CON EL USO DEL DIU:

1. _____ Totalmente insatisfecha.
2. _____ Insatisfecha.
3. _____ Conforme.
4. _____ Satisfecha.
5. _____ Muy satisfecha.

II. SANGRADO UTERINO:

1. _____ Sangrado abundante, persistente.
2. _____ Sangrado escaso.
3. _____ Manchado ocasional.
4. _____ Ausencia total de sangrado.

III. DOLOR PÉLVICO

1. _____ Dolor intenso que le impide desarrollar las actividades diarias.
2. _____ Dolor ocasional.
3. _____ Dolor solo cuando realiza algún esfuerzo físico
4. _____ Ausencia total de dolor.

IV. DISPAREUNIA (Si la respuesta es 1, pase a la pregunta V).

1. _____ No ha iniciado actividad sexual (Coito).
2. _____ Ya inició actividad sexual (Coito).
 - 2.1. _____ Dolor intenso con la relación sexual.
 - 2.2. _____ Dolor leve con la relación sexual.
 - 2.3. _____ No dolor con la relación sexual.
 - 2.4. _____ Ha referido su pareja molestias con los hilos del DIU.

V. INFECCIÓN

Ha presentado secreción de material purulento, flujo abundante fétido o dolor muy intenso persistente.

1. Sí
2. No

VI. EXPULSIÓN

Refiere la paciente expulsión del DIU

1. Sí, Cuando _____
2. No

Son evidentes los hilos del DIU al examen físico (Si su respuesta es si, pase al ítem No. VIII).

1. Si.
2. No, Solicite ecografía pélvica.

VII. MIGRACIÓN

Transcriba el informe de la ecografía pélvica:

Según la ecografía el DIU migro:

1. Si, Ubicación: _____
2. No

VIII. OBSERVACIONES:

ANEXO No. 4. Protocolo Uso del DIU Intracésárea

UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
HOSPITAL UNIVERSITARIO RAMÓN GONZÁLEZ VALENCIA
DEPARTAMENTO DE GINECOBSTETRICIA

PROTOCOLO USO DEL DIU INTRACESÁREA

RECOMENDACIONES

USTED ES USUARIA DEL DISPOSITIVO INTRAUTERINO 380 A “ T de COBRE “, ES UN MÉTODO SEGURO PERO NO INFALIBLE.

CONSULTE AL DR. LIBARDO GÓMEZ AL TELÉFONO 6575281, 6471212, CELULAR 3153738223 O AL DR. HERMES JAIMES O MIGUEL ÁNGEL ALARCÓN EN EL CONSULTORIO DE GINECO ENDOCRINOLOGÍA DEL HOSPITAL SI PRESENTA UNO O MÁS DE LOS SIGUIENTES PROBLEMAS:

PRESENTA SANGRADO ANORMAL
TIENE DOLOR EN EL ABDOMEN BAJO, FIEBRE,
PRESENTA FLUJO VAGINAL DE MAL OLOR,
TIENE DOLOR AL TENER RELACIONES,
EXPULSÓ EL DISPOSITIVO,
CREE ESTAR EMBARAZADA,
DESEA RETIRARSE EL DISPOSITIVO,
QUIERE PLANIFICAR CON OTRO MÉTODO ANTICONCEPTIVO,
DESEA QUEDAR EMBARAZADA,
VA A CAMBIAR DE DIRECCIÓN O TELÉFONO, O SI TIENE ALGUNA
INQUIETUD

LA CONSULTA NO TIENE NINGÚN COSTO.

UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER

ANEXO No. 5 Protocolo Uso del DIU Intracésárea

HOSPITAL UNIVERSITARIO RAMÓN GONZÁLEZ VALENCIA
DEPARTAMENTO DE GINECOBSTETRICIA

PROTOCOLO USO DEL DIU INTRACESÁREA

URGENCIAS DE GINECOBSTETRICIA
H.U.R.G.V.
FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Voluntaria y libremente he elegido como método de anticoncepción temporal el DIU, y he decidido participar en el estudio que claramente se me ha informado, reconozco los beneficios de participar en un estudio de investigación y me comprometo a asistir a los controles que se requieran, estoy informada que puedo retirarme del estudio en el momento en que lo desee, sin que esto afecte la prestación de servicios posteriores del hospital.

Estoy claramente informada sobre los riesgos y me comprometo a ser atendida por las complicaciones relacionadas directamente con la inserción del dispositivo intrauterino.

C.C.

Testigo

CC.