



FIGO[®]

International Federation of
Gynecology and Obstetrics

the Global Voice for Women's Health

Resumen Técnico: Implementación de servicios de dispositivos intrauterinos posparto (DIUPP) en centros de salud



Introducción

Se estima que unos 214 millones de mujeres en edad fértil en regiones de bajos ingresos desean evitar el embarazo, pero no están utilizando un método anticonceptivo moderno.¹ El acceso a asesoramiento integral sobre planificación familiar y la selección de métodos anticonceptivos permite que las mujeres retrasen o espacien sus embarazos y, por lo tanto, planifiquen su familia, lo que a su vez brinda una gran cantidad de beneficios en materia de salud para ella y para su bebé, además mayores oportunidades en la vida.

A medida que aumentan las tasas de partos en instituciones sanitarias, y ya que los servicios de maternidad son a menudo las únicas instalaciones de atención médica con las que las mujeres entran en contacto, el período posparto presenta una oportunidad ideal para potenciar el acceso de las mujeres a la orientación sobre anticonceptivos y brindarles la opción de planificación familiar.²

La iniciativa DIUPP de FIGO fue implementada [en seis países](#), con el objetivo de cerrar esta brecha en la continuidad de la atención médica materna, atender a las necesidades anticonceptivas posparto de las mujeres al aumentar la capacidad de los profesionales de la salud para ofrecer orientación sobre planificación familiar posparto (PFPP) y ofrecer DIUPP. La combinación de datos de los seis países demostró que las tasas de infección y perforación fueron mínimas y las tasas de expulsión fueron inferiores al 3 % (igual a los DIU de intervalo).³ Este resumen presenta una guía práctica para asociaciones y/o personal clínico interesados en implementar la orientación sobre PFPP y la prestación de servicios de DIUPP en sus propias instalaciones sanitarias, o a nivel regional o nacional.

Types de PFPP Disponibles

La versión actualizada de los [Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos \(MEC, por sus siglas en inglés\) \(2015\)](#)⁴ ha definido los siguientes métodos anticonceptivos como seguros (MEC 1 y 2) en el período posparto inmediato (en un plazo de 48 horas) para mujeres en período de lactancia y no lactancia:

- Preservativos
- Amenorrea de la lactancia
- Píldora únicamente de progesterona
- Dispositivo intrauterino de cobre (DIUPP)
- Sistema intrauterino (con levonorgestrel)

- Implante de progesterona
- Esterilización quirúrgica

Se puede consultar la información sobre las ventajas y desventajas de cada método en la literatura relevante.^{4,5,6}

¿Por qué DIUPP?

- El DIU es un método anticonceptivo reversible de acción prolongada (LARC, por sus siglas en inglés).
- El DIU es un método de bajo coste.^{7,8}
- Los DIU se pueden insertar inmediatamente después de haber expulsado la placenta, **por parto vaginal normal o quirúrgico, o en el parto por cesárea.**
- El DIUPP es un método particularmente útil de espaciar los embarazos en situaciones en las que el acceso a la atención médica puede ser limitado, ya que duran de 5 a 12 años, según el modelo.
- Una vez capacitados, los proveedores de nivel medio pueden insertar los DIUPP mediante un sistema que permite compartir las tareas.^{9,10}
- El DIUPP no interfiere con la lactancia.
- El DIUPP es relativamente indoloro cuando se inserta inmediatamente después del parto en comparación con el DIU de intervalo.
- El riesgo de perforación uterina y de infección es extremadamente bajo.³

Datos de la Iniciativa DIUPP de FIGO

701.715

Mujeres que recibieron orientación

74.417

Mujeres que recibieron un DIUPP

9.368

Proveedores de servicios que recibieron formación en inserción y orientación

10.641

Proveedores de servicios que recibieron formación únicamente en orientación

Prestación de Servicios de DIUPP

Los servicios de PFPP/DIUPP deben integrarse en los servicios de maternidad y en las estructuras existentes del sistema de salud. Para conseguir la sostenibilidad, se recomienda incluir la prestación del servicio DIUPP en la capacitación del personal existente, a menos que exista un compromiso acordado con el gobierno para la financiación continua del personal recién incorporado. Tanto la capacitación previa al servicio como la capacitación en el trabajo, además de garantizar niveles adecuados de personal general, son esenciales para mantener la prestación. La prestación de servicios de DIUPP tiene dos aspectos: Orientación sobre PFPP e inserción de DIUPP.

Orientación Sobre PFPP: Se debe establecer un servicio de orientación sobre PFPP que eduque a las mujeres acerca del DIUPP junto con otras formas de métodos anticonceptivos posparto disponibles en el país. El servicio debe proporcionar orientación imparcial sobre todos los métodos disponibles y garantizar que las mujeres reciban suficiente información para tomar una decisión informada sobre sus opciones de planificación familiar. Este servicio se puede proporcionar durante las citas prenatales, aunque también es posible aconsejar a las mujeres al inicio del parto o en el período inmediatamente posterior al parto. El PPIUD se puede insertar de forma segura hasta 48 horas después del parto. La orientación sobre PFPP debe incorporarse a las funciones de todos los proveedores de servicio, para aumentar el acceso a ella por parte de las mujeres. La investigación realizada sobre la Iniciativa DIUPP de FIGO mostró que recibir varias sesiones de orientación y, por lo tanto, una mayor exposición a la orientación, es el único factor común asociado con una mayor utilización de DIUPP, a diferencia de otros factores, como el tipo de colectivo sanitario.¹¹

Inserción de DIUPP: Las pacientes pueden recibir el DIUPP en el momento de la cesárea o dentro de las 48

RECOMENDACIÓN CLAVE

Compartir las Tareas: Se recomienda enfáticamente compartir las tareas, especialmente en instalaciones donde las mujeres solo estarán en contacto con sus matronas durante el parto. Durante la Iniciativa DIUPP de FIGO, la utilización del sistema de compartir las tareas en la India incrementó la adopción de DIUPP de menos del 1 % a un 37 %⁹ y, en Tanzania, más del 58 % de las inserciones fueron realizadas de manera segura por matronas.¹⁰

horas posteriores al parto vaginal. No se recomienda la inserción del DIUPP durante el período entre 48 horas y 6 semanas después del parto. Se recomienda diseñar un sistema de uso habitual que identifique claramente a las mujeres que han dado su consentimiento para colocación del DIUPP durante la orientación, por ejemplo, anotando el consentimiento de la madre al método anticonceptivo elegido en el registro de notas de su embarazo. Esto significa que es posible contar con un procedimiento integrado; muy ventajoso y conveniente para las mujeres.

Selección del Centro de Salud

Deben seleccionarse los hospitales en función de su capacidad para proporcionar servicios DIUPP (orientación e inserción) y de formación de los proveedores. Para conseguir el mayor efecto, se recomiendan los grandes hospitales docentes debido a la gran cantidad de partos, personal, acceso a proveedores en formación y la capacidad de repercutir los criterios de médicos y enfermeras. Sin embargo, esto debe equilibrarse con la necesidad de proporcionar planificación familiar posparto en comunidades periféricas, donde la estructura más pequeña a menudo facilita el establecimiento de nuevos servicios. Consulte la Tabla 1 para conocer los criterios detallados de selección de instalaciones.

Tabla 1: Criterios recomendados para la selección de centros

Esencial	Deseable
<ul style="list-style-type: none">• Capacidad de realizar la capacitación de proveedores en materia de PFPP y DIUPP• No proporciona todavía servicios de DIUPP• Cuenta con un servicio de maternidad o servicio de atención prenatal• Ya existe una cadena de suministro de DIU• Política del gobierno local/nacional favorable	<ul style="list-style-type: none">• Acceso al mayor grupo posible de proveedores en prácticas o en formación• Mayor impacto de médicos que se van al cambiar de plaza• Centros con un elevado número de partos• Capacidad de repercutir a la formación de médicos y enfermeras• Gran necesidad no cubierta de métodos anticonceptivos

Ubicación geográfica de los centros:

A menudo, las mujeres no dan a luz en el mismo centro al que asisten para las visitas prenatales o no regresan a la misma instalación donde dieron a luz para las visitas posteriores al parto. Esto puede dar como resultado que las mujeres den su consentimiento para que se les implante el DIUPP pero no puedan acceder a él, así como que haya dificultades con el seguimiento después de la inserción. Para afrontar este problema, se podría realizar un ejercicio de mapeo durante la selección del centro para garantizar que la prestación del servicio se distribuya geográficamente. Siempre que sea posible, la capacitación y la provisión de servicios de DIUPP deben implementarse a múltiples niveles para ayudar a resolver esta cuestión.

RECOMENDACIÓN CLAVE

Adaptación: La prestación de servicios de DIUPP, incluidas las modalidades de capacitación y la implementación, deberán adaptarse al contexto del sistema de salud local. Esto variará según el país, la región y las instalaciones.

Formación de Proveedores

Se puede aplicar el enfoque de formación de formadores tanto para la orientación sobre DIUPP como para la capacitación en cuanto a la inserción. De acuerdo a este enfoque los formadores guías transmiten la capacitación a todos los miembros del personal elegibles para brindar orientación sobre planificación familiar y/o para insertar DIUPP en los centros.

Se recomienda realizar sesiones periódicas de actualización para garantizar que se incluya a los proveedores recién incorporados y que los proveedores capacitados previamente mantengan actualizados sus conocimientos y habilidades. Otro formato de capacitación que tuvo mucho éxito en la Iniciativa DIUPP de FIGO en Nepal fue una metodología de capacitación en el puesto de trabajo que permite que la capacitación se realice sin ausentar a los proveedores de su entorno de trabajo diario normal.¹² Ambas metodologías pueden incorporarse al sistema de Educación Médica Continua (CME, por sus siglas en inglés) de los hospitales o de la asociación nacional miembro de nuestra federación. [Aquí](#) se puede encontrar material sobre formación en orientación e inserción para proveedores.

RECOMENDACIÓN CLAVE

Capacitación: El tipo de capacitación debe adaptarse a las necesidades locales, el contexto y las directrices nacionales.

Capacitación para Orientación:

Modelo de capacitación recomendado:

El modelo GATHER (siglas en inglés de Saludar, Preguntar, Decir, Ayudar, Explicar y Regresar)

Los proveedores deben estar capacitados para ofrecer orientación imparcial sobre todos los métodos de planificación familiar posparto disponibles, incluido el DIUPP. Se puede brindar solo capacitación para orientación a grupos de proveedores de servicios que no serían elegibles para insertar DIUPP. Durante la Iniciativa DIUPP de FIGOD, se demostró que el papel de los asesores de planificación familiar bien capacitados, incluso sin formación sanitaria, es invaluable en algunos países, como Bangladesh y la India, y debe tomarse en consideración en entornos donde el flujo de pacientes prenatales en los centros es muy alto, lo que hace imposible una orientación de calidad si se deja únicamente a cargo de médicos y matronas. De manera similar, en Kenia y Nepal se impartió capacitación a voluntarios de atención sanitaria en la comunidad para poder orientar a las mujeres y sus parejas sobre planificación familiar en sus comunidades, lo que resultó en una mayor aceptación del método.^{13,14}

Equipo Necesario: Situaciones de caso para simulaciones, información sobre las ventajas y desventajas de todos los métodos anticonceptivos posparto. Siempre que sea posible, se recomienda proporcionar a las mujeres ayudas visuales, como folletos, carteles, rotafolios y videos en idiomas locales, además de los servicios de orientación.

Capacitación para Inserción:

La capacitación para inserción debe incluir ambos métodos (vaginal/cesárea) según lo apropiado para el proveedor.

Parto Vaginal: Los proveedores deben recibir capacitación con los simuladores Mama-U; utilizando pinzas Kelly curvas con mango largo de 33 cm, para garantizar que el DIU llegue al fondo del útero. Se recomienda usar pinzas Kelly de mango largo, en lugar de las pinzas tisulares o de anillos de 24 cm que no alcanzan el fondo del útero, lo que aumenta la probabilidad de expulsión.

Parto por Cesárea: Puede realizarse manualmente o utilizando pinzas tisulares, y está bajo visión directa para lograr la colocación en el fondo del útero.

Equipo Necesario: Pinzas Kelly curvas de 33 cm de mango largo, simuladores Mama-U de Laerdal, DIU, pinzas de anillos, batea riñonera, espéculo de Sims, foco de luz, rotafolios, recursos y videos.

Figura 1: Inserción Vaginal del DIUPP



(A) Pinzas tisulares (24 cm, izquierda) comparadas con las pinzas largas Kelly (33 cm) utilizadas para la colocación del dispositivo intrauterino (DIU) en el fondo del útero posparto. **(B)** La inserción del DIU con pinzas tisulares alcanza la región del istmo del útero. **(C)** Inserción con pinzas Kelly largas y curvas para colocar el DIU en el fondo del útero.⁶

RECOMENDACIONES CLAVE

Capacitación de Voluntarios de Salud en la Comunidad: En los países donde los sistemas de salud cuentan con voluntarios de salud en la comunidad, puede ser muy beneficioso aprovechar sus redes en la comunidad, y recomendamos vincular las iniciativas de PFPP a programas de desarrollo comunitario.

Asesores de Planificación Familiar Designados: En países con un flujo muy alto de pacientes prenatales en los centros, los asesores de planificación familiar designados pueden mejorar tanto la cantidad como la calidad de la orientación y se deben tomar en consideración si hacerlo resulta sostenible para el gobierno a largo plazo.

Evaluación de la Capacitación de Proveedores

Se debe diseñar un conjunto uniforme de competencias y estándares mínimos de capacitación, a fin de evaluar la competencia del proveedor, basándose en cursos de capacitación nacionales. Estos podrían incluir:

- Duración y contenido de la capacitación
- Número de inserciones satisfactorias en simuladores y de inserciones supervisadas en pacientes reales

Recogida de Datos y Auditorías

La recopilación de datos debe establecerse dentro de los sistemas de informática biomédica existentes para garantizar la calidad del servicio. Como los estudios han sugerido que el rendimiento del DIU, incluidas las tasas de expulsión, varía según la experiencia

clínica,¹⁵ es importante monitorizar proactivamente la calidad de la capacitación y la prestación del servicio a través de herramientas establecidas y procesos estandarizados. Los sistemas de recopilación de datos deben incluir tasas de orientación sobre PFPP, consentimiento al DIUPP, inserción de DIUPP, tasas de complicaciones (tasas de infección, perforación, tasa de fracaso) y seguimiento a las 6 semanas, incluyendo expulsión y extracción.

Los datos deben estar disponibles para su uso en los centros con fines de planificación del servicio y para apoyar la gestión del personal capacitado. Es aconsejable establecer una "junta de monitorización de seguridad de datos" compuesta por proveedores/gerentes con experiencia para revisar regularmente los datos del servicio. Es posible que se requiera capacitación adicional del personal en recopilación y análisis de datos.

Se recomienda una auditoría regular (cada 6 meses) de la estructura y el proceso para garantizar el éxito de la implementación. Esto debe incluir el equipo requerido, material de información, educación y comunicación, recursos humanos, etc. [Aquí puede encontrar](#) un ejemplo.

RECOMENDACIÓN CLAVE

Colaboración: Es necesaria una estrecha colaboración entre todas las partes interesadas, las asociaciones nacionales miembros de nuestra federación, los departamentos gubernamentales y la dirección de los centros. Asegurarse de que todos participen en los procesos de toma de decisiones para aumentar la motivación y alienta a los proveedores de todos los niveles a cambiar sus prácticas e incorporar los servicios de DIUPP en su atención médica habitual.

Encuentre más información en: figo.org/ppiud-project

Referencias

- 1 Guttmacher Institute Adding it up: Investing in Contraception and Maternal Newborn Health, 2017. 2017. <https://www.guttmacher.org/fact-sheet/adding-it-up-contraception-mnh-2017>. Consultado el 20 de mayo de 2020.
 - 2 Singh S, Darroch JE. Adding it up: Costs and Benefits of Contraception Services Estimates for 2012. 2012. Guttmacher Institute y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP); <http://www.guttmacher.org/pubs/AIU-2012-estimates.pdf> Consultado el 20 de mayo de 2020.
 - 3 Makins A, Taghinejadi N, Sethi M, Machiyama K, Munganyizi P, Odongo E, Divakar H, Fatima P, Thapa K, Perera G, Arulkumaran S. FIGO's postpartum intrauterine device initiative: Complication rates across six countries. *Revista Internacional de Ginecología y Obstetricia*. 2018. <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/ijgo.12600>
 - 4 OMS. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, quinta Edición. [sitio web de la OMS]. 2015. https://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/MEC-5/en/ Consultado el 20 de mayo de 2020.
 - 5 Makins A, Cameron S. Post Pregnancy Contraception. *Best Practice and Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*. 2020. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2020.01.004>
 - 6 De Caestecker L, Banks L, Bell E, Sethi M, Arulkumaran S. Planning and implementation of a FIGO postpartum intrauterine device initiative in six countries. *Revista Internacional de Ginecología y Obstetricia*. 2018. <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ijgo.12598>
 - 7 Wall K, Cost per insertion and couple year of protection for postpartum intrauterine devices and implants provided during service scale-up in Kigali, Rwanda. *Gates Open Research*. 2020. <https://gatesopenresearch.org/articles/2-39>
 - 8 Economic Evaluation Report. Eva G, Gold J, Dalziel K. Evaluación económica de la Iniciativa DIU posparto de FIGO en Bangladesh y Tanzania, informe preparado para la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), 2020. <https://www.figo.org/ppiud-project-economic-evaluation>
 - 9 Bhadra B, Burman S, Purandare C, Divakar H, Sequeira T, Bhardwaj A. The impact of using nurses to perform postpartum intrauterine device insertions in Kalyani Hospital, India. 2018. <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ijgo.12602>
 - 10 Muganyizi PS, Kimario G, Ponsian P, Howard K, Sethi M, Makins A. Clinical outcomes of postpartum intrauterine devices inserted by midwives in Tanzania. *Revista Internacional de Ginecología y Obstetricia*. 2018. <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/ijgo.12603>
 - 11 Makins A, Taghinejadi N, Sethi M, Machiyama K, Thapa K, Peera G, Munganyizi P, Bhardwaj A, Arulkumaran S. Factors influencing the likelihood of acceptance of postpartum intrauterine devices across four countries: India, Nepal, Sri Lanka y Tanzania. 2018. <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ijgo.12599>
 - 12 Thapa K, Dhital R, Karki Y B, Rajbhandari S, Amatya S, Pande S, Tunnacliffe EA. Institutionalizing postpartum family planning and postpartum intrauterine device services in Nepal: Role of training and mentorship. *Revista Internacional de Ginecología y Obstetricia*. 2018. <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ijgo.12604>
 - 13 Thapa K, Dhital R, Rajbhandari S, Mishra S, Subedi S, Dotel BR, Vaidya S, Pande S, Tunnacliffe E-A, Makins A y Arulkumaran S. Improving post-partum family planning services provided by female community health volunteers in Nepal: a mixed methods study. *BMC Health Services Research*. 2020. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7027278/>
 - 14 Odongo B.E, 2Kihara A.B, Shena W, Mwenda G, Muyabwa J, Muthigani W, Achia T, Gathara D, Kosgei R.J. COMPARISON OF COUNSELLING RATES BEFORE AND AFTER COMMUNITY HEALTH VOLUNTEERS (CHV) ENGAGEMENT IN COUNSELLING ON FAMILY PLANNING AND PPIUD IN KENYA. 2019. 30 (1). <https://jogeca.or.ke/folder/journal/articles/3rd%20Article-Odongo%20BE.pdf>
 - 15 Lopez LM, Bernholc A, Hubacher D, Stuart G, Van Vliet HA. Immediate postpartum insertion of intrauterine devices. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015; (6). <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003036.pub2/abstract>
-



figo.org

@FIGOHQ

FIGO House, Unit 3, Waterloo Court,
10 Theed Street, London, SE1 8ST, UK