



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA  
FACULTAD DE ENFERMERIA  
CATEDRA MATERNO INFANTIL



# INFORMACIÓN Y FRECUENCIA DEL CONTROL DE LAS USUARIAS QUE SE COLOCARON EL DIU EN LA CIUDAD DE FLORIDA (2007)

## AUTORES:

Br. González, Karina  
Br. Luengo, Viviana  
Br. Quintana, Virginia  
Br. Rodríguez, Claudia  
Br. Tabárez, Gabriela

## TUTORES:

Lic. Enf. Pérez, Mercedes

Facultad de Enfermería  
BIBLIOTECA  
Hospital de Clínicas  
Av. Italia s/n 3er. Piso  
Montevideo - Uruguay

Montevideo, 2009

## **INDICE**

Agradecimientos.....	Pág.1
Abreviaciones.....	Pág.2
Introducción.....	Pág.3
Problema.....	Pág.4
Fundamentación.....	Pág.5
Aspecto metodológico.....	Pág.7
Variables.....	Pág.9
Tabulación y Gráficas.....	Pág.13
Análisis e Interpretación de los datos.....	Pág.31
Conclusiones.....	Pág.33
Sugerencias.....	Pág.34
Bibliografía.....	Pág.35
<b>Anexos:</b>	
Anexo N°1 Carta al Centro de Salud.	
Anexo N°2 Protocolo.	
Anexo N°3 Cuestionario.	
Anexo N°4 Distribución del universo.	
Anexo N°5 Comunicado de prensa.	
Anexo N°6 Cronograma de Gant.	
Anexo N°7 Plano de la ciudad.	
Anexo N°8 Folleto.	

## **AGRADECIMIENTOS**

- A las autoridades del Centro de Salud de referencia, quienes permitieron el ingreso de las estudiantes, para poder así desarrollar nuestro trabajo.
- Al personal de la Biblioteca de la Facultad de Enfermería por la orientación en el manejo bibliográfico.
- A todas las personas que fueron partícipes de nuestra encuesta.
- A nuestra tutora, Lic. en Enf. Mercedes Pérez, por acompañarnos y guiarnos durante el desarrollo de la misma.
- A nuestros familiares y amigos que con su constante apoyo incondicional nos incentivaron a continuar y superar obstáculos encontrados.

## **SIGLAS Y PALABRAS ABREVIADAS**

**Adj:** Adjunta.

**M.S.P.:** Ministerio de Salud Pública.

**O.M.S:** Organización Mundial de la Salud.

**DIU:** Dispositivo Intrauterino.

**RRFF:** Recursos financieros.

**RRHH:** Recursos humanos.

**RRMM:** Recursos materiales.

**RAP:** Red de Atención en Primer Nivel.

**SIM:** Programa de Salud Integral de Mujer.

**TGF:** Taza Global de Fecundidad.

**ITS:** Infección de Transmisión Sexual.

## **INTRODUCCIÓN**

El presente trabajo fue realizado por un grupo de cinco estudiantes pertenecientes a la Facultad de Enfermería de la República Oriental del Uruguay, cursando el 1er. Módulo del 4º ciclo correspondiente al Trabajo de Investigación Final, en el marco del programa curricular de la carrera Licenciatura en Enfermería.

Dicha investigación se realizó con el apoyo y seguimiento del Departamento Materno Infantil, contando como tutora a la Directora del Departamento Lic. en Enf. Mercedes Pérez.

El tema de Interés investigado fue la información y frecuencia del control de las usuarias que se colocaron el DIU en la Policlínica del Hospital Dr. Raúl Amorín Cal de la ciudad de Florida en el año 2007.

Los motivos por lo que se decidió llevar a cabo éste estudio es la importancia del tema para el equipo de salud y el interés de los estudiantes por el mismo, dado a que es uno de los métodos reversibles mas seguros de los que se dispone y siendo hasta el momento uno de los menos aceptado por mujeres, su pareja o su familia, ya sea por la falta de información o mitos basados en la mala experiencia.

Con respecto a la metodología, se hizo un estudio retrospectivo, de tipo descriptivo y de corte transversal el cual tuvo como objetivo conocer la información acerca del DIU y la frecuencia del control de las usuarias que aceptaron participar del estudio.

La técnica utilizada, consistió en implementar un cuestionario predeterminado que contó con preguntas estructuradas y semi estructuradas de forma anónima.

La recolección de los datos se realizó en el período comprendido entre el 1 de noviembre de 2008 y el 30 de enero del corriente año.

De nuestra investigación surgió que la población abordada demostró que tenían información en su gran mayoría acerca del control adecuado del dispositivo, durabilidad del mismo así como de las ventajas y desventajas del DIU.

En cuanto a la frecuencia del control la mayoría se lo controlaban adecuadamente, siendo solamente dos usuarias que se lo controlaban en un período mayor a un año y una usuaria que nunca se lo controló después de colocado.

**Área temática:**

Salud Sexual y Reproductiva.

**Problema**

¿Cual es la información y frecuencia del control de las usuarias que se colocaron el DIU en la Policlínica de la Ciudad de Florida en el año 2007?

**OBJETIVOS.****Objetivo general:**

Conocer la Información y frecuencia del control de las mujeres adultas que se colocaron el DIU en la Policlínica del Hospital Dr. Raúl Amorín Cal de la Ciudad de Florida en el año 2007

**Objetivos específicos:**

- Caracterización de la población según las variables.
- Identificar qué información poseen las mujeres acerca del DIU.
- Conocer si las mujeres que utilizan este método, se realizan el control adecuado.
- Identificar los motivos que influyen en el inadecuado control del DIU.

## **FUNDAMENTACIÓN.**

Tomando en cuenta el rol asumido por la mujer en la sociedad a lo largo de la historia, como generadora de salud hacia los suyos y postergando a un segundo plano el cuidado de su propia salud, se considera importante contribuir con el desarrollo de todas las potencialidades de las mujeres en sus áreas básicas de salud sexual y reproductiva.

Por este motivo nos planteamos abordar como área temática la Salud Sexual y Reproductiva, en un proyecto de la Universidad de la República, dentro del cual nos pareció de suma relevancia el tema anticoncepción. A pesar que históricamente en Uruguay (como en otros países del mundo), hubieron dificultades en los acuerdos para el abordaje formal de esta temática por estar atravesada por factores religiosos, políticos, culturales y sociales.

En el lapso de aproximadamente 50 años el número medio de hijos por mujer (TGF) se reduce a la mitad. De un valor a comienzos de siglo cercano a 6, pasa a 2.7 en 1950, manteniéndose por casi tres décadas estable. Luego comienza su descenso llegando al año 2000 a situarse en 2.3 hijos por mujer. Esta baja sustancial está marcada por una reducción importante en la descendencia final de las generaciones femeninas nacidas a partir de los años treinta. El grado de educación creciente a lo largo del siglo de las mujeres uruguayas en su conjunto, puede considerarse como uno de los factores subyacentes en los bajos niveles de fecundidad alcanzados.

La educación les otorgó un mayor poder sobre la toma de decisiones, entre ellas el tamaño de la familia, así como también les abrió otras perspectivas en el mercado de trabajo, posibilitando un cambio en la motivación hacia la fecundidad. En relación a otras interpretaciones, esta parece ser la más sustentable ya que la baja se debe fundamentalmente al control voluntario de la fecundidad a través de la práctica anticonceptiva, más alta en los sectores de mayor educación y mayores ingresos. Este descenso no significa que a través del tiempo la fecundidad conserve todas sus características.

Las tasas de fecundidad por edades muestran que la baja se ha dado en todas las edades, pero ha sido más marcada en las edades mayores; entre 1950 y 2000 las tasas de las mujeres de 20 a 24 y de 25 a 29 años se han reducido en un 21% para las primeras y en apenas un 14% para las segundas, mientras que en las edades posteriores a los 40 años la disminución supera el 54%. El único grupo que muestra una tasa persistentemente más alta es el de 15 a 19 años; en la actualidad estas mujeres son responsable de uno de cada seis nacimientos que se producen en el país, mientras que 40 años atrás sólo uno de cada doce recién nacidos, provenía de estas madres<sup>1</sup>.

Si bien no se podría excluir la natalidad, ya que es un indicador que mantiene un descenso marcado en las últimas décadas, creemos necesario considerar y respetar los derechos de la pareja a adoptar decisiones para escoger libre y responsablemente el número y espaciamiento de sus hijos y a disponer de la información y medios para ello, dado que el Estado reconoce como un derecho individual la "procreación consciente y responsable", así como el cuidado de la vida humana. También declara de "interés nacional" las actitudes y conductas favorables, la salud sexual y reproductiva, y a la maternidad y paternidad responsables, en el ejercicio de una "sexualidad plena".

Debido a lo anteriormente mencionado, es que nos abocamos más específicamente a la anticoncepción, entendiendo como tal el conjunto de métodos y técnicas que permiten a mujeres y hombres ejercer y disfrutar de su sexualidad independientemente de la función reproductiva.

---

<sup>1</sup> Componentes del cambio poblacional disponible  
en: [www.ine.gub.uy/biblioteca/Variables%20siglo%20xx/parteltexto/ultimo.pdf](http://www.ine.gub.uy/biblioteca/Variables%20siglo%20xx/parteltexto/ultimo.pdf)

Para ello nos basamos en los datos aportados por la encuesta del Instituto Nacional de Estadística, referente a el uso de la canasta de métodos anticonceptivos, siendo el más utilizado por las usuarias el preservativo con un 40 %, seguido de anticonceptivos orales con un 31 % siendo diminutivo el DIU con un 16 % y según datos de la Encuesta Nacional de Fecundidad de 1986, se advierte que el uso de preservativo por parte de las mujeres se ha duplicado<sup>2</sup>.

Estos datos podrían estar reflejando una probable falta de información existente en la población acerca de la variedad de métodos que integran la canasta, siendo el dispositivo intrauterino uno de los más seguro y reversible, presentando en la actualidad un bajo porcentaje en su uso. Sin embargo revela un aumento en el uso de preservativo que es un indicador en el autocuidado de su salud sexual y reproductiva.

Hemos considerado así, al DIU, un tema de interés para la población así como para el equipo de salud, debido a que es hasta el momento uno de los menos aceptado por mujeres, su pareja o su familia, ya sea por la falta de información o mitos basados en la mala experiencia.

Considerando también, que el Programa de Salud de la Mujer y Género a decidido recientemente desarrollar una Campaña Nacional para que cada mujer que desee en forma informada utilizar el DIU como método anticonceptivo, pueda acceder en forma gratuita al mismo, brindándose información exhaustiva sobre este método, haciéndose énfasis en la gratuidad del DIU, en los servicios de asistencia pública del estado, así como también en asistencia médica privada. Situación que nos inquieta como futuras profesionales de la salud dado a que existen medios de información actual acerca de su colocación, preocupándonos también por no dejar de lado la necesidad de brindar una información eficaz y oportuna en cuanto a un control anual adecuado de dicho dispositivo, dado a que con éste se evitan complicaciones que pueden producirse desde su inserción hasta la extracción.

Para el desarrollo de éste estudio nos enfocamos en una población adulta, en un grupo etario comprendido entre los 19 y 49 años, porque creemos que actúan en forma mas responsable, tomando conciencia y asimilando mejor la información brindada por las diferentes fuentes de aporte; dado a que se trata de un método que si bien es recomendable y seguro para evitar el embarazo, no protege contra las enfermedades de transmisión sexual.

Destáquese además que en el transcurso de nuestra experiencia práctica diaria, en los distintos servicios de maternidad ya sea en un primer y segundo nivel de atención, hemos asistido a madres que viven su maternidad de forma diferente; en edades cada vez mas jóvenes, con desconocimiento acerca de un adecuado control ginecológico, viviendo el nuevo rol, en su mayoría, sin apoyo del progenitor, viendo inclusive una carencia importante de información acerca de sus derechos sexuales y reproductivos.

Consideramos que esta investigación fue **Viable** ya que los investigadores poseen los conocimientos necesarios para el abordaje de la misma. Es importante destacar la **Factibilidad** económica, ya que dispusimos de los recursos materiales y humanos necesarios, en lo referente a factibilidad sociocultural, se trabajó dentro del área de la salud sin afectar los valores y creencias de la población a abordar.

---

<sup>2</sup> Instituto Nacional de Estadística. Proyecto Género y Generaciones. Reproducción Biológica y Social de la Población Uruguay: disponible en <http://www.ine.gub.uy/biblioteca/reproducción/folletoEncuesta.pdf>

## **ASPECTOS METODOLÓGICOS**

### **Tipo de estudio:**

Metodológicamente corresponde a un estudio retrospectivo, de tipo descriptivo, de corte transversal.

### **Área geográfica:**

Se realizó en la República Oriental del Uruguay en el departamento de Florida, en el Hospital Raúl Amorín Cal (Ver Anexo N° 7).

### **Uníverso:**

Todas las usuarias adultas, entre 19 y 49 años que utilizan como método anticonceptivo el DIU que asistieron para su colocación al Hospital Dr. Raúl Amorín Cal de la ciudad de Florida, en el período comprendido del 1 de enero del 2007 al 31 de diciembre de 2007 y que aceptaron participar en el estudio.

### **Muestra:**

Es de tipo no probabilística tomada por conveniencia dado que se entrevistaron a mujeres entre 19 y 49 años que utilizan como método anticonceptivo el DIU en un período superior a un año, las cuales asistieron para su colocación al Centro de Salud y que aceptaron participar en el estudio, tomando para la muestra 40 mujeres.

### **Criterios de Inclusión:**

- Mujeres entre 19 y 49 años.
- Que concurrieron al Centro de Salud, en el año 2007.
- Utilizan como método anticonceptivo el DIU.
- Su uso deberá exceder a un año de colocado.
- Que aceptaron participar del estudio.

\* Una vez que se ajustaron los criterios de inclusión, hubieron 72 mujeres que no se encuentran incluidas en dicha muestra debido a que al realizar las visitas domiciliarias se constataron: direcciones incorrectas y mujeres que por diferentes razones ya no lo tenían colocado el dispositivo (Ver Anexo N° 4).

### **Procedimiento para la recolección de la información:**

Una vez elaborado el protocolo de Investigación, aprobado por el Departamento Materno Infantil, se solicitó el consentimiento informado a las autoridades de la Institución seleccionada (Ver Anexo N° 1).

Esta investigación se llevó a cabo por cinco estudiantes, que se distribuyeron en subgrupos de dos y tres personas, para lograr una mayor objetividad de la observación.

Una vez obtenida la autorización para realizar la investigación, se llevó a cabo la misma, utilizando como técnica una entrevista cuya modalidad es semi-estructurada (Ver Anexo N° 3) y como instrumento un cuestionario con preguntas mixtas, que fueron elaboradas por los investigadores, con un tiempo estimado de 15 minutos de duración.

La fuente de información fue aportada por los registros existentes en el Centro de Salud de referencia, acerca de todas las mujeres que utilizaron como método anticonceptivo el DIU, colocado dicho dispositivo con un tiempo superior a un año; así como también a través del contacto directo con las mismas, mediante visitas domiciliarias (previamente concretadas en forma telefónica con los propios involucrados) quienes accedieron voluntariamente a la realización de la actividad.

En la encuesta se conservó la privacidad de la usuaria, explicándole el anonimato de la Información, lo que pensamos que contribuyó a obtener los datos más veraces y confiables.

Una vez finalizada la entrevista se procedió a la entrega de un folleto informativo elaborado por las propias estudiantes (Ver Anexo N° 8).

## **PRESENTACIÓN DE LAS VARIABLES DEL OBJETO DE ESTUDIO Y SU MEDICIÓN:**

### **DEFINICION Y OPERACIONALIZACION DE VARIABLES:**

#### **1. Edad.**

Definición conceptual: Tiempo que ha vivido una persona, cada uno de los períodos que se considera dividida la vida humana.

Definición operativa: Número de años vividos hasta el momento de realizada la entrevista.

Clasificación: Cuantitativa continua.

Indicador: 19-26 años

27-34 años

35-42 años

43-50 años

#### **2. Nivel de instrucción.**

Definición conceptual: Nivel de instrucción o escolaridad de la usuaria.

Definición operativa: Último año aprobado dentro de la educación formal.

Clasificación: Cualitativa nominal.

Indicadores: - analfabeto

- primaria incompleta

- primaria completa

- secundaria Incompleta

- secundaria completa

- terciaria Incompleta

- terciaria completa

#### **3. Situación de pareja.**

Definición conceptual: Situación o estado civil de la mujer.

Definición operativa: Condición del estado civil que adquiere un individuo para su vida.

Clasificación: Cualitativa nominal.

Indicadores: -Estable.

-No estable

#### **4. Apoyo de la pareja en el cuidado de su salud sexual y reproductiva.**

Definición conceptual: Soporte físico y psicológico de la pareja en el cuidado de la salud sexual y reproductiva.

Definición operacional: Actitud de la pareja con respecto a la intervención y participación en el cuidado de la salud sexual y reproductiva

Clasificación: Cualitativa nominal.

Indicadores: -Si.

-No

## **5- Forma de apoyo de la pareja en el cuidado de su salud sexual y reproductiva.**

Definición conceptual: Manera en que el hombre- pareja contribuye a cuidar la salud sexual y reproductiva de su mujer.

Definición operacional: Como el hombre participa en la salud sexual y reproductiva de ambos.

Clasificación: Cualitativa nominal.

Indicadores:-esta de acuerdo en la colocación del dispositivo.

-la acompaña a sus controles.

-le recuerda cuando debe controlarse.

## **6. Tiempo utilizado como método anticonceptivo.**

Definición conceptual: Medición en meses, años del uso del dispositivo Intrauterino como método anticonceptivo.

Definición operacional: Datos concretos que aporta la mujer acerca del tiempo que usa el dispositivo Intrauterino como método anticonceptivo.

Clasificación: Cuantitativa continua.

Indicadores: -menor a un año

-De 1 a 3 años

-De 3 a 5 años

-De 5 a 8 años

-De 8 a 10 años

-Más de 10 años

## **7. Frecuencia del control del DIU.**

Definición conceptual: Tiempo que tarda la mujer para consultar al especialista para valorar el dispositivo Intrauterino.

Definición operativa: Tiempo aproximado en que concurre la entrevistada a controlar el dispositivo Intrauterino

Clasificación: Cualitativa nominal.

Indicadores: -Cada 6 meses.

-Anualmente

-Más de un año

-Nunca

## **8. Motivos influyentes en la no realización del control del DIU.**

Definición conceptual: Causa que obstaculiza que la mujer se controle el dispositivo Intrauterino.

Definición operativa: Motivos por los cuales la mujer no concurre adecuadamente al control del dispositivo intrauterino.

Clasificación: Cualitativa nominal.

Indicadores: -No se planteó el tema.

-No conoce la frecuencia adecuada de los controles

-El médico nunca se lo propuso.

-Falta de tiempo.

-No lo considera necesario.

-Temor.

-Vergüenza.

-Otros.

### **9. Información del control adecuado del DIU.**

Definición conceptual: Control realizado por la mujer que utiliza como método anticonceptivo el dispositivo intrauterino con la frecuencia recomendada.

Definición operacional: Noción o idea de la frecuencia recomendada del control del dispositivo intrauterino

Clasificación: Cualitativa nominal.

Indicadores: -Cada 6 meses.  
-Un año  
-Al momento de retirarlo.  
-No sabe

### **10. Importancia del Control del DIU.**

Definición conceptual: Valoración de cuan importante es el control del dispositivo intrauterino.

Definición operacional: La mujer considera o no imprescindible el control del dispositivo para que cumpla con su objetivo.

Clasificación: Cualitativa nominal

Indicadores: -Si.  
-No

### **11. Motivo por el cual considera importante el control del DIU.**

Definición conceptual: Razones por las cuales consideran que deben controlarse el dispositivo intrauterino.

Definición operacional: Razones manifestadas por las mujeres por las cuales consideran imprescindible el control del dispositivo intrauterino

Clasificación: Cualitativa nominal

Indicadores: -evitar que se corra.  
-evitar que se expulse.  
-evitar un embarazo.  
-evitar infecciones.  
-por seguridad.

### **12. Información de la vida útil o durabilidad del DIU.**

Definición conceptual: Cuanto tiempo útil tiene el dispositivo intrauterino luego de colocado.

Definición operacional: Idea acerca de la durabilidad luego de colocado el dispositivo intrauterino.

Clasificación: Cualitativa nominal

Indicadores: -Si.  
-No.

### **13. Información de las ventajas acerca del DIU.**

Definición conceptual: Aspectos positivos, favorecedores que hacen al dispositivo intrauterino un método anticonceptivo de opción y ventajoso.

Definición operacional: Idea acerca de los aspectos positivos o favorecedores del dispositivo intrauterino

Clasificación: Cualitativa nominal.

Indicadores: -Si.  
-No.

#### **14. Información de las desventajas del DIU.**

Definición conceptual: Aspectos negativos que hacen del dispositivo Intrauterino un método anticonceptivo no favorecedor.

Definición operacional: Idea acerca de los aspectos no favorecedores del dispositivo intrauterino.

Clasificación: Cualitativa nominal.

Indicadores: -Si.  
-No.

#### **15. Confiabilidad del DIU.**

Definición conceptual: Caracteres que hacen al dispositivo Intrauterino un método confiable para la mujer.

Definición operacional: Creencia acerca de la seguridad del dispositivo Intrauterino

Clasificación: Cualitativa nominal.

Indicadores: -Si.  
-No

#### **16. Fuente de información.**

Definición conceptual: Lugar de donde se obtiene la información acerca del dispositivo Intrauterino.

Definición operacional: Manifestación de la mujer de donde obtuvo la información acerca del dispositivo intrauterino.

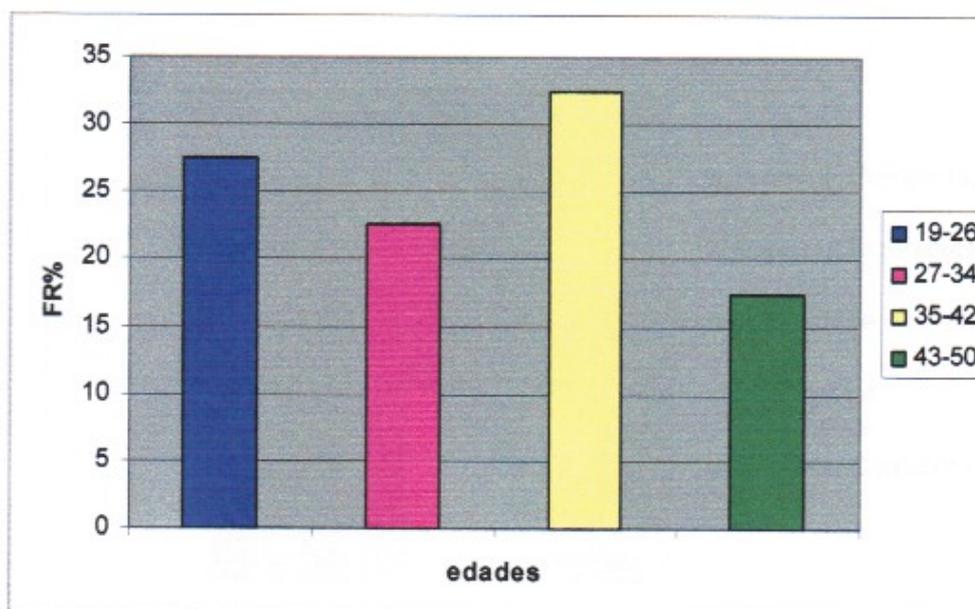
Clasificación: Cualitativa nominal.

Indicadores: -Médico.  
-Enfermería.  
-Lo vio por televisión.  
-Folletería.  
-Otros.

**RESULTADOS Y ANALISIS****TABLA N° 1:** Distribución de la población según edad.

EDAD	FA	FR%
19-26	11	27,5%
27-34	9	22,5%
35-42	13	32,5%
43-50	7	17,5%
<b>TOTAL</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>

Fuente: Entrevistas obtenidas mediante visitas domiciliarias en el período comprendido entre 1 de noviembre de 2008 al 30 de enero de 2009.

**GRAFICA N° 1:** Distribución de la población según edad.

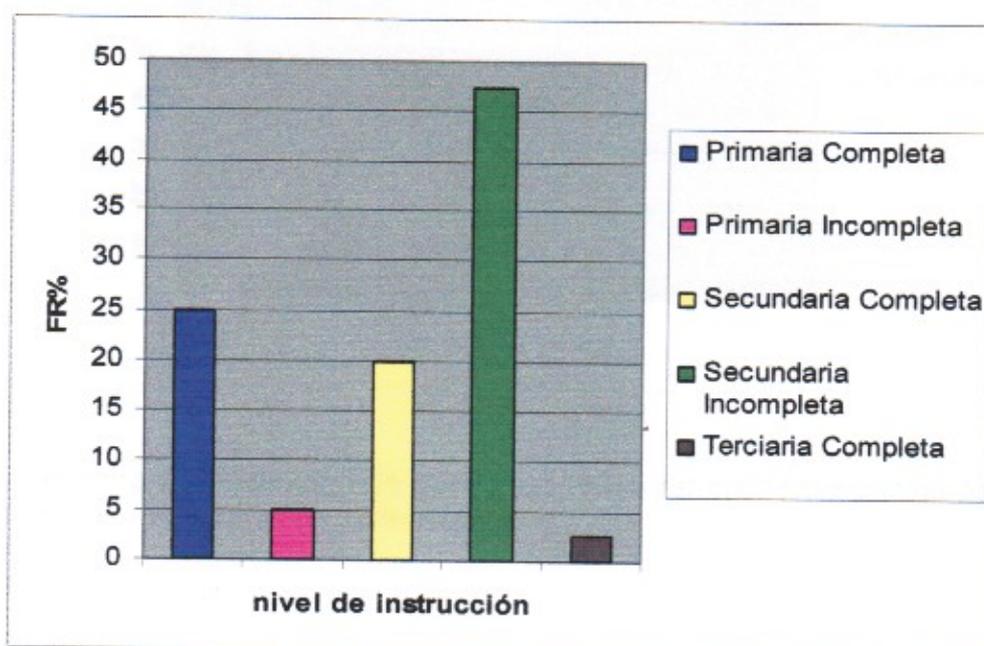
En relación a la edad tenemos que un 32,5% de las entrevistadas se encuentran en edades comprendidas entre los 35 a 42 años; 27,5% entre los 19 y 26 años; 22,5% entre 27 a 34 años y un 17,5% entre 43 a 50 años.

**TABLA N° 2:** Distribución de la población según Nivel de Instrucción.

NIVEL DE INSTRUCCIÓN	FA	FR%
Primaria Completa	10	25%
Primaria Incompleta	2	5%
Secundaria Completa	8	20%
Secundaria Incompleta	19	47,5%
Terciaria Completa	1	2,5%
<b>TOTAL</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>

Fuente: Entrevistas obtenidas mediante visitas domiciliarias en el período comprendido entre 1 de noviembre de 2008 al 30 de enero de 2009.

**GRAFICA N° 2:** Distribución de la población según Nivel de Instrucción.



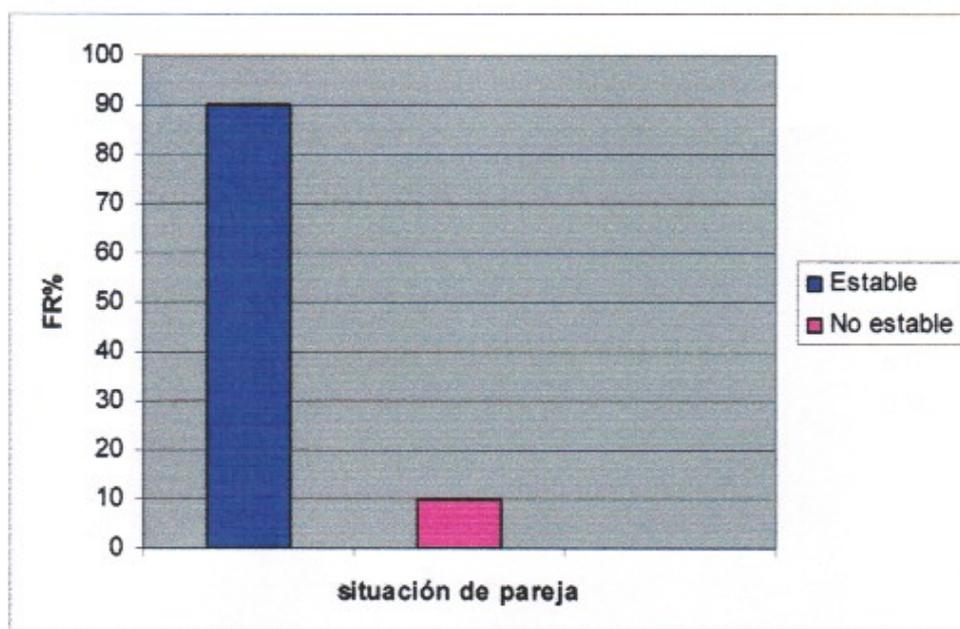
En cuanto al nivel de instrucción de las usuarias el 47,5% presentan secundaria incompleta; 25% presentan primaria completa; 20% secundaria completa; 5% primaria incompleta y un 2,5% terciaria incompleta.

**TABLA N° 3:** Distribución de la población según situación de pareja.

<b>SITUACION DE PAREJA</b>	<b>FA</b>	<b>FR %</b>
Estable	36	90%
No estable	4	10%
<b>TOTAL</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>

Fuente: Entrevistas obtenidas mediante visitas domiciliarias en el período comprendido entre 1 de noviembre de 2008 al 30 de enero de 2009.

**GRAFICA N° 3:** Distribución de la población según situación de pareja.



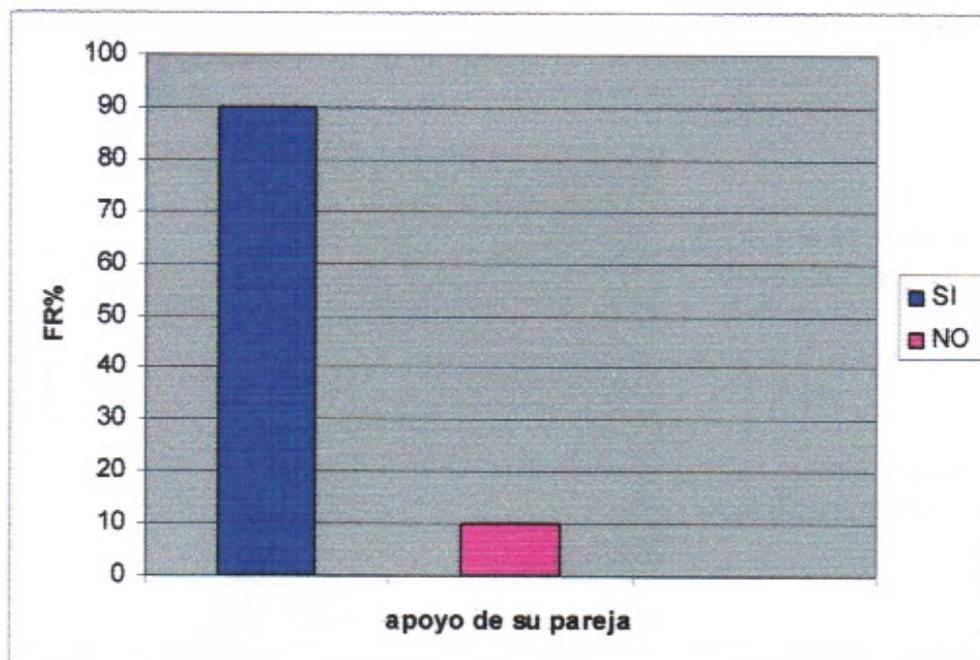
En lo que respecta a la situación de pareja un 90% refiere tener pareja estable en el momento de la entrevista y un 10% no.

**TABLA N° 4:** Distribución de la población según apoyo de la pareja en el cuidado de su salud.

<b>APOYO DE SU PAREJA EN EL CUIDADO DE LA SALUD</b>	<b>FA</b>	<b>FR %</b>
SI	36	90%
NO	4	10%
<b>TOTAL</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>

Fuente: Entrevistas obtenidas mediante visitas domiciliarias en el período comprendido entre 1 de noviembre de 2008 al 30 de enero de 2009.

**GRAFICA N° 4:** Distribución de la población según apoyo de la pareja en el cuidado de su salud.



De las entrevistadas el 90% recibe el apoyo de la pareja mientras que un 10% no lo recibe.

**TABLA N° 5:** Distribución de la población según forma de apoyo de la pareja en los cuidados de su salud.

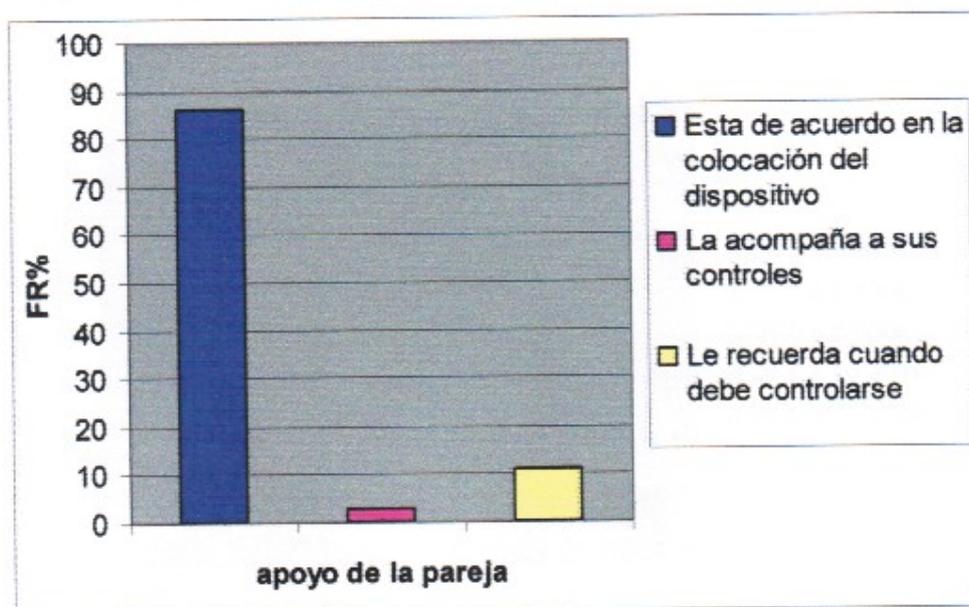
FORMA DE APOYO DE LA PAREJA EN EL CUIDADO DE LA SALUD	FA	FR %
Esta de acuerdo en la colocación del dispositivo	31	86,1%
La acompaña a sus controles	1	2,8%
Le recuerda cuando debe controlarse	4	11,1%
<b>TOTAL</b>	<b>36</b>	<b>100%</b>

Fuente: Entrevistas obtenidas mediante visitas domiciliarias en el período comprendido entre 1 de noviembre de 2008 al 30 de enero de 2009.

Figura 5

**GRAFICA N° 5:** Distribución de la población según forma de apoyo de la pareja en los cuidados de su salud.

Figura 5



Con respecto a como su pareja la apoyan en el cuidado de su salud un 86,1% refirieron estar de acuerdo con la colocación del dispositivo; un 11,1% le recuerda cuando debe controlarse y 2,8% la acompaña a sus controles.

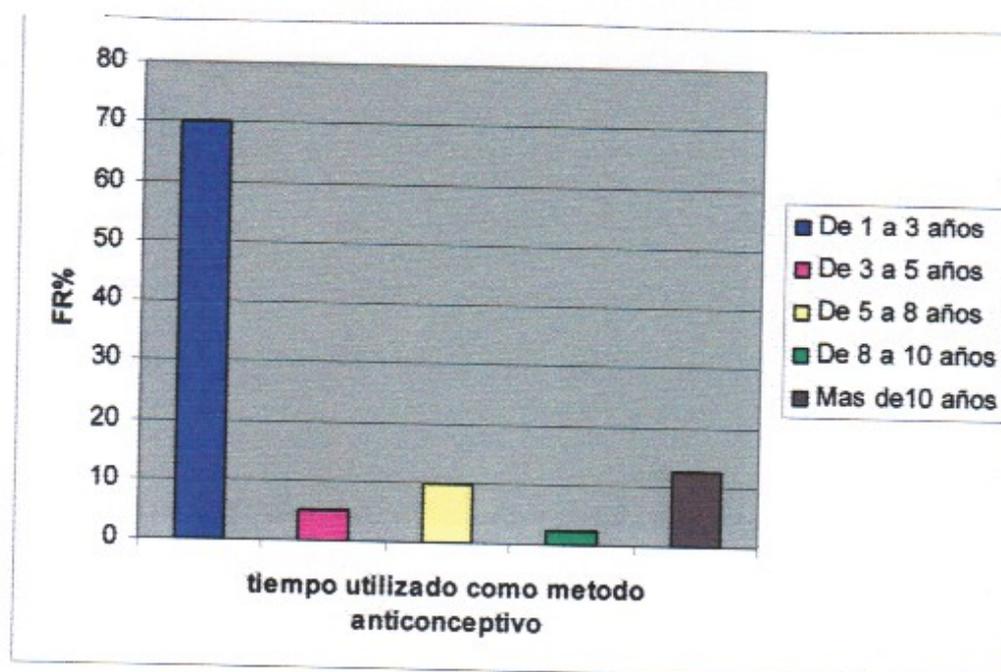
Figura 5

**TABLA N° 6:** Distribución de la población según tiempo utilizado del DIU.

TIEMPO UTILIZADO DEL DISPOSITIVO INTRAUTERINO	FA	FR%
De 1 a 3 años	28	70%
De 3 a 5 años	2	5%
De 5 a 8 años	4	10%
De 8 a 10 años	1	2,5%
Mas de 10 años	5	12,5%
<b>TOTAL</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>

Fuente: Entrevista obtenidas mediante visitas domiciliarias en el período comprendido entre 1 de noviembre de 2008 al 30 de enero de 2009.

**GRAFICA N° 6:** Distribución de la población según tiempo utilizado del DIU.



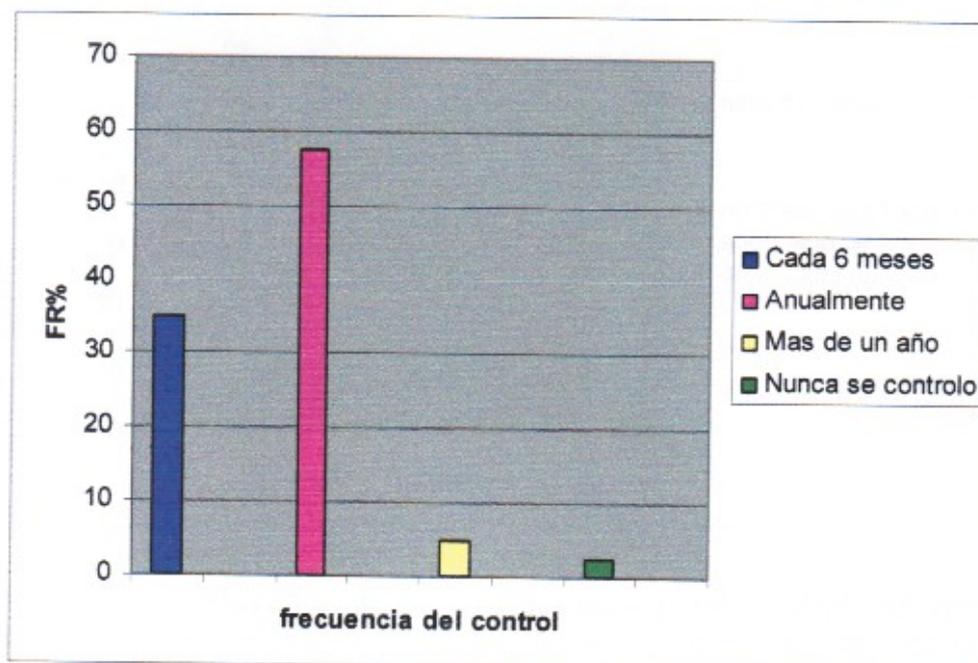
El 70% de las mujeres lo utilizan como método anticonceptivo de 1 a 3 años; 12,5% a más de 10 años, el 10% de 5 a 8 años, 5% de 3 a 5 años y 2,5% de 8 a 10 años, destacando que las mismas se lo han cambiado según indicación médica.

**TABLA N° 7:** Distribución de la población según frecuencia del control del DIU.

FRECUENCIA DEL CONTROL	FA	FR%
Cada 6 meses	14	35%
Anualmente	23	57,5%
Mas de un año	2	5%
Nunca se controlo	1	2,5%
<b>TOTAL</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>

Fuente: Entrevista obtenidas mediante visitas domiciliarias en el período comprendido entre 1 de noviembre de 2008 al 30 de enero de 2009.

**GRAFICA N° 7:** Distribución de la población según frecuencia del control del DIU.



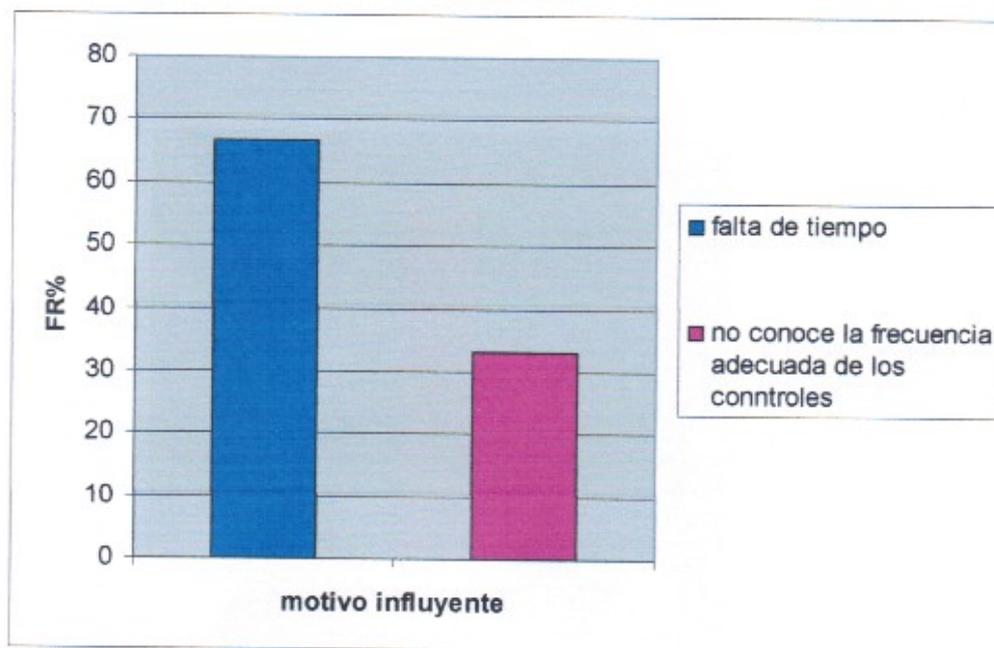
Referente a la frecuencia del control el 57,5% se lo controlan anualmente, 35% cada 6 meses; 5% en un periodo mayor a un año y 2,5 % nunca se lo controlo después de su colocación.

**TABLA N° 8:** Distribución de la población según motivo influyente en la no realización del control del DIU.

<b>MOTIVO INFLUYENTE EN LA FALTA DE CONTROL</b>	<b>FA</b>	<b>FR %</b>
Falta de tiempo	2	66,7%
No conoce la frecuencia adecuada de los controles	1	33,3%
<b>TOTAL</b>	<b>3</b>	<b>100%</b>

Fuente: Entrevistas obtenidas mediante visitas domiciliarias en el período comprendido entre 1 de noviembre de 2008 al 30 de enero de 2009.

**GRAFICA N° 8:** Distribución de la población según motivo influyente en la no realización del control del DIU.



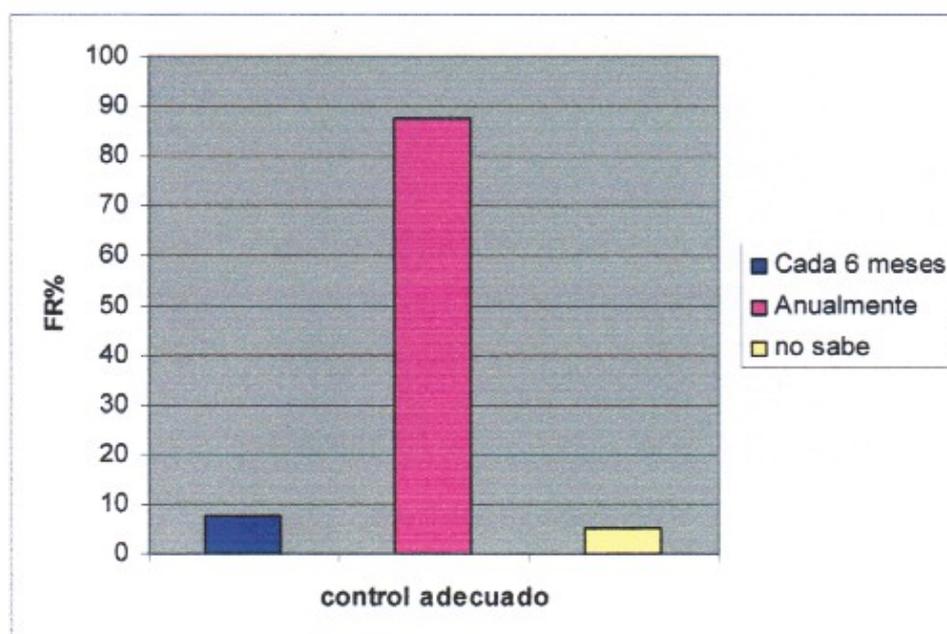
Respecto al motivo influyente de la no realización del control del dispositivo un 66,7% de las usuarias es por falta de tiempo y un 33,3% no conoce la frecuencia adecuada.

**TABLA N° 9:** Distribución de la población según información del control adecuado del DIU.

<b>CONTROL ADECUADO</b>	<b>FA</b>	<b>FR%</b>
Cada 6 meses	3	7,5%
Anualmente	35	87,5%
no sabe	2	5%
<b>TOTAL</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>

Fuente: Entrevista obtenidas mediante visitas domiciliarias en el período comprendido entre 1 de noviembre de 2008 al 30 de enero de 2009.

**GRAFICA N° 9:** Distribución de la población según información del control adecuado del DIU.



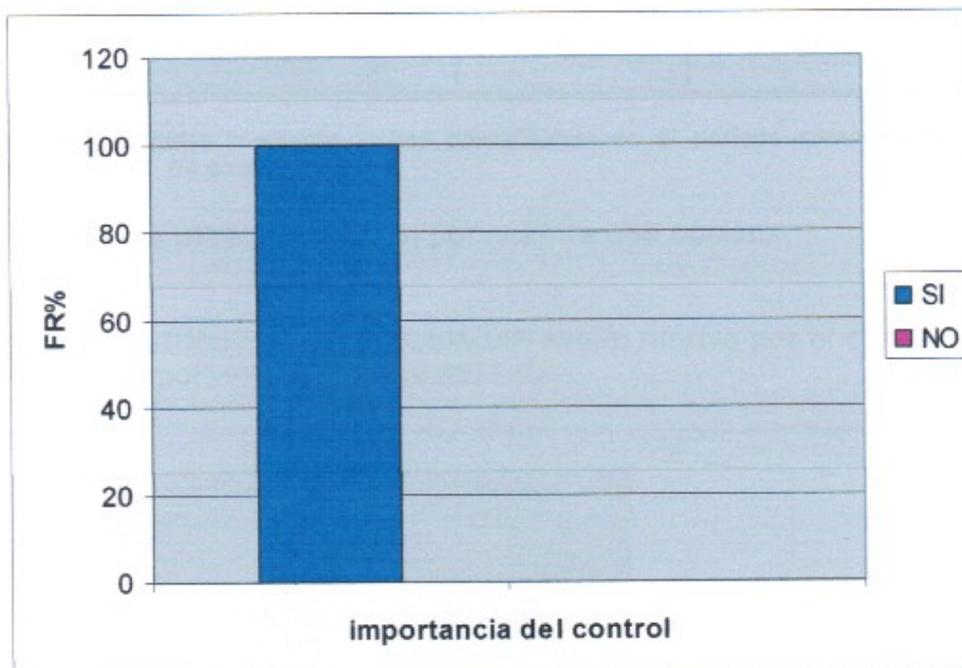
En lo que respecta al control adecuado el 87,5% refiere que el control adecuado es anualmente; 7,5% cada 6 meses, 5% no sabe.

**TABLA N° 10:** Distribución de la población según importancia del control del DIU.

IMPORTANCIA DE SU CONTROL	FA	FR%
SI	40	100%
NO	0	0%
<b>TOTAL</b>	40	100%

Fuente: Entrevistas obtenidas mediante visitas domiciliarias en el período comprendido entre 1 de noviembre de 2008 al 30 de enero de 2009.

**GRAFICA N° 10:** Distribución de la población según importancia del control del DIU.



En lo que respecta a la importancia del control del dispositivo todas las usuarias entrevistadas o sea un 100% lo considera importante.

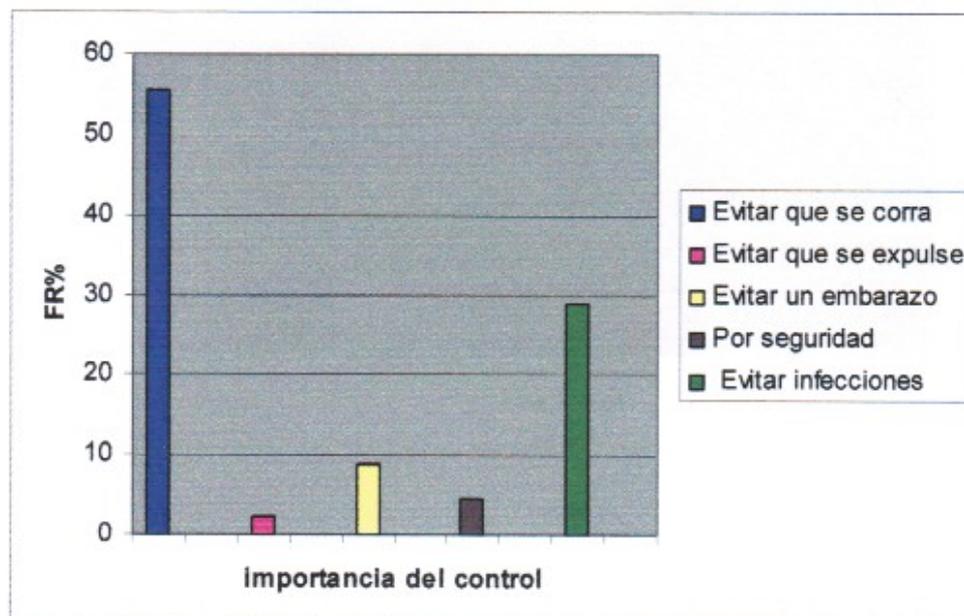
**TABLA N° 11:** Distribución de la población según motivo por el cual consideran importante el control del DIU.

MOTIVO POR EL CUAL CONSIDERAN IMPORTANTE EL CONTROL	FA	FR%
Evitar que se corra	25	55,6%
Evitar que se expulse	1	2,2%
Evitar un embarazo	4	8,9%
Por seguridad	2	4,4%
Evitar infecciones	13	28,9%
<b>TOTAL</b>	45	100%

Fuente: Entrevistas obtenidas mediante visitas domiciliarias en el período comprendido entre 1 de noviembre de 2008 al 30 de enero de 2009.

\* Destacamos que las usuarias optaron por más de una opción.

**GRAFICA N° 11:** Distribución de la población según motivo por el cual consideran importante el control del DIU.



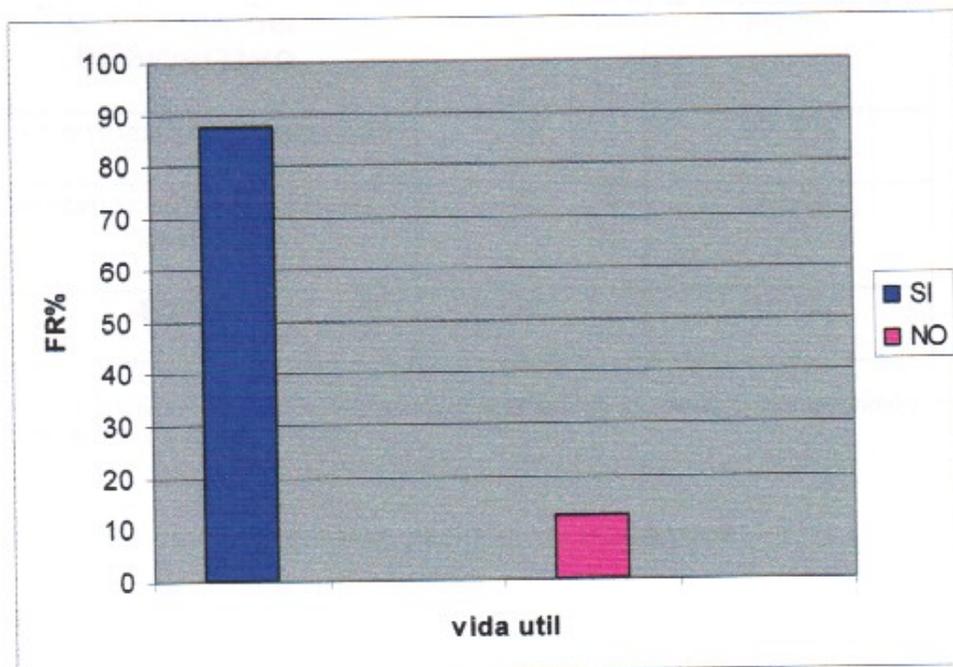
Un 55,6% de las entrevistadas refieren que es considerado importante su control para evitar que se corra; un 28,9 % para evitar infecciones; 8,9% para evitar un embarazo no deseado, 4,4% por seguridad y un 2,2% para evitar que se expulse.

**TABLA N° 12:** Distribución de la población según información de la vida útil del DIU.

VIDA UTIL DEL DISPOSITIVO	FA	FR %
SI	35	87,5%
NO	5	12,5%
<b>TOTAL</b>	40	100%

Fuente: Entrevista obtenidas mediante visitas domiciliarias en el período comprendido entre 1 de noviembre de 2008 al 30 de enero de 2009.

**GRAFICA N° 12:** Distribución de la población según información de la vida útil del DIU.



En cuanto a la vida útil del dispositivo un 87,5 % la conocen y un 12,5% no la conocen.

**TABLA N° 13:**

**13.1)** Distribución de la población según información de las ventajas del DIU.

<b>VENTAJAS DEL DISPOSITIVO</b>	<b>FA</b>	<b>FR %</b>
SI	39	97,5%
NO	1	2,5%
<b>TOTAL</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>

Fuente: Entrevistas obtenidas mediante visitas domiciliarias en el período comprendido entre 1 de noviembre de 2008 al 30 de enero de 2009.

**13.2)** Distribución de la población según información de las ventajas del DIU.

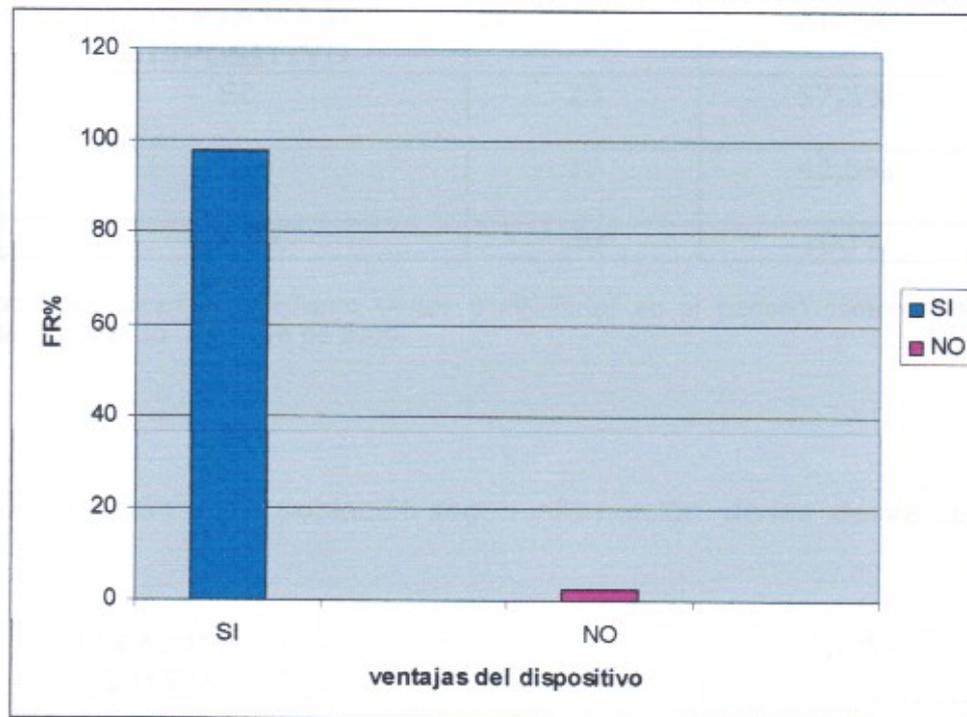
<b>VENTAJAS DEL DISPOSITIVO</b>	<b>FA</b>	<b>FR %</b>
Evita embarazos no deseado	39	97,5%
No tomar anticonceptivos orales	1	2,5%
<b>TOTAL</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>

Fuente: Entrevistas obtenidas mediante visitas domiciliarias en el período comprendido entre 1 de noviembre de 2008 al 30 de enero de 2009.

\* Destacamos que las usuarias optaron por más de una opción

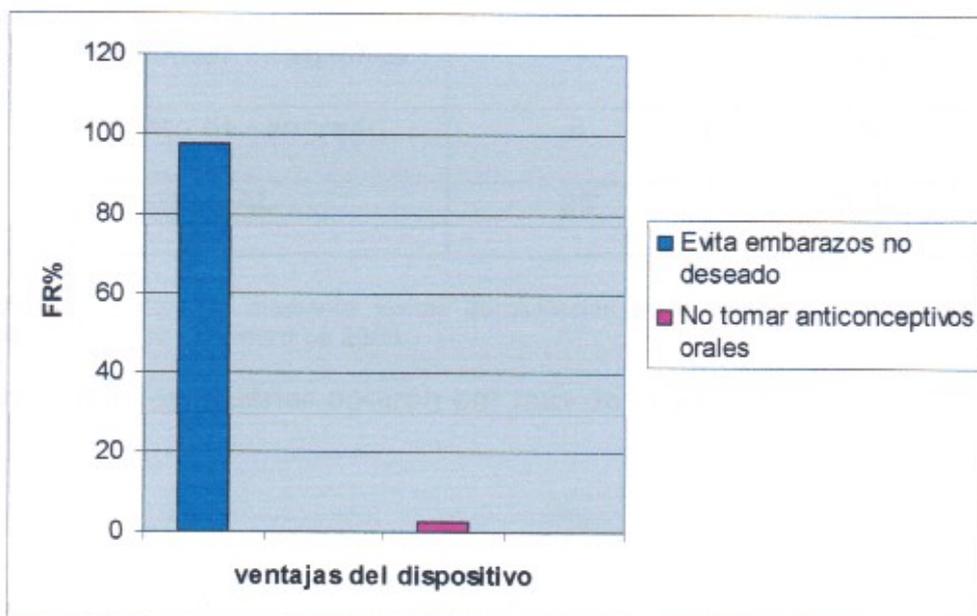
**GRAFICA N° 13:**

**13.1)** Distribución de la población según información de las ventajas del DIU.



En lo que respecta a las ventajas del dispositivo un 97,5% conocen las mismas y un 2,5% no las conocen.

**13.2)** Distribución de la población según información de las ventajas del DIU.



Respecto a las ventajas del dispositivo un 97,5% refiere que evitan un embarazo no deseado, y un 2.5% para no tomar anticonceptivos orales.

**TABLA N° 14:**

**14.1)** Distribución de la población según Información de las desventajas del DIU.

<b>DESVENTAJAS DEL DISPOSITIVO</b>	<b>FA</b>	<b>FR %</b>
SI	23	57,5%
NO	17	42,5%
<b>TOTAL</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>

Fuente: Entrevistas obtenidas mediante visitas domiciliarias en el período comprendido entre 1 de noviembre de 2008 al 30 de enero de 2009.

**14.2)** Distribución de la población según información de las desventajas del DIU.

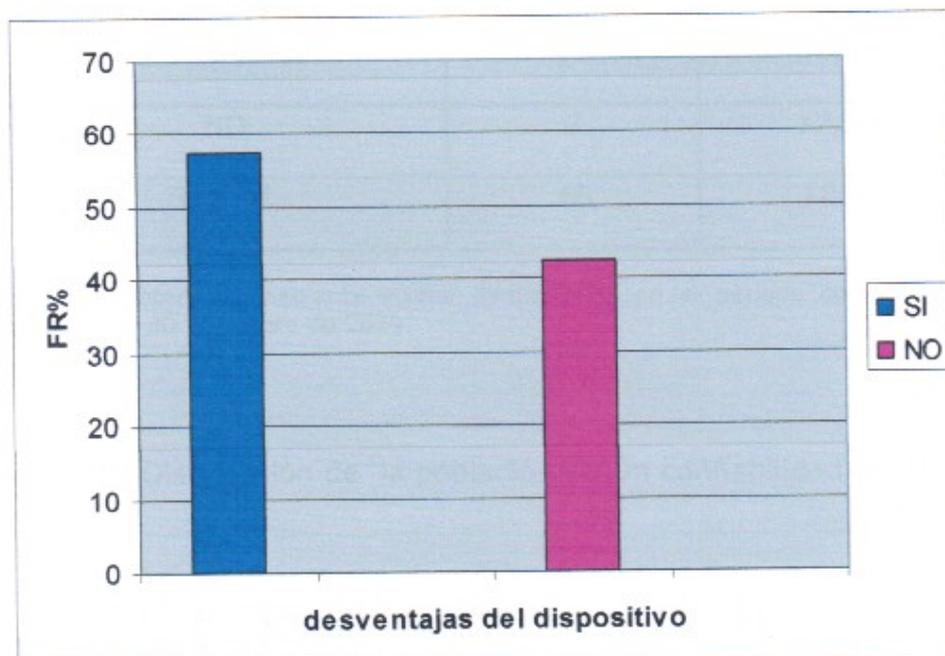
<b>DESVENTAJAS DEL DISPOSITIVO</b>	<b>FA</b>	<b>FR %</b>
No evita ITS	7	28%
No previene de HIV	1	4%
Se puede correr	4	16%
Se puede expulsar	1	4%
Puede causar infecciones	4	16%
Aumento de sangrado	8	32%
<b>TOTAL</b>	<b>25</b>	<b>100%</b>

Fuente: Entrevistas obtenidas mediante visitas domiciliarias en el período comprendido entre 1 de noviembre de 2008 al 30 de enero de 2009.

\* Destacamos que las usuarias optaron por más de una opción

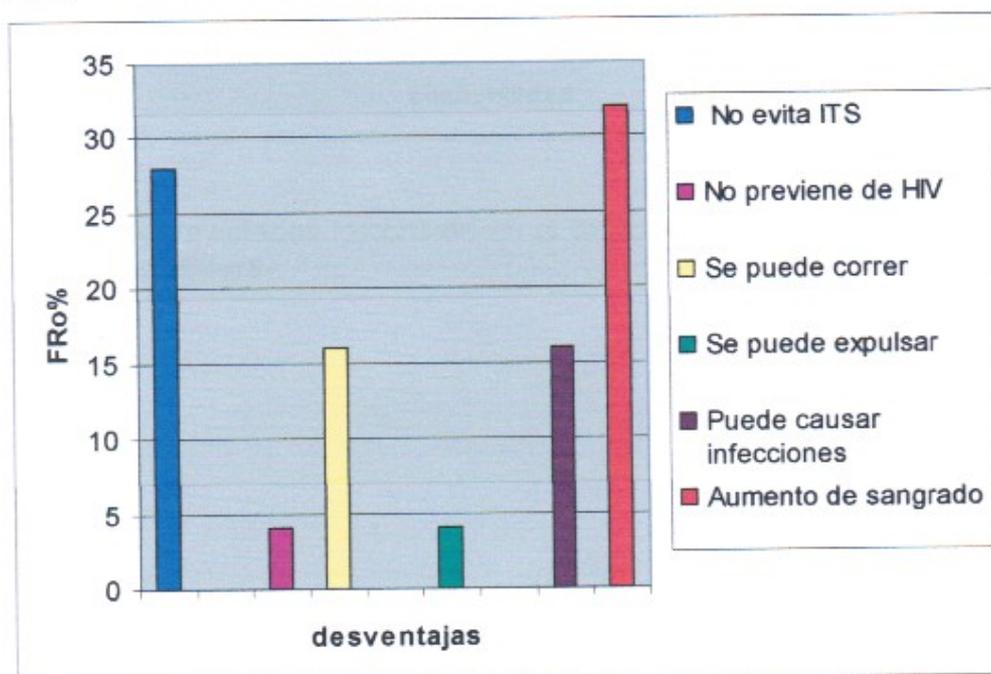
**GRAFICA N° 14:**

**14.1)** Distribución de la población según información de las desventajas del DIU.



En lo que respecta a las desventajas del dispositivo el 57,5% las conoce y un 42,5% no las conoce.

**14.2)** Distribución de la población según información de las desventajas del DIU.



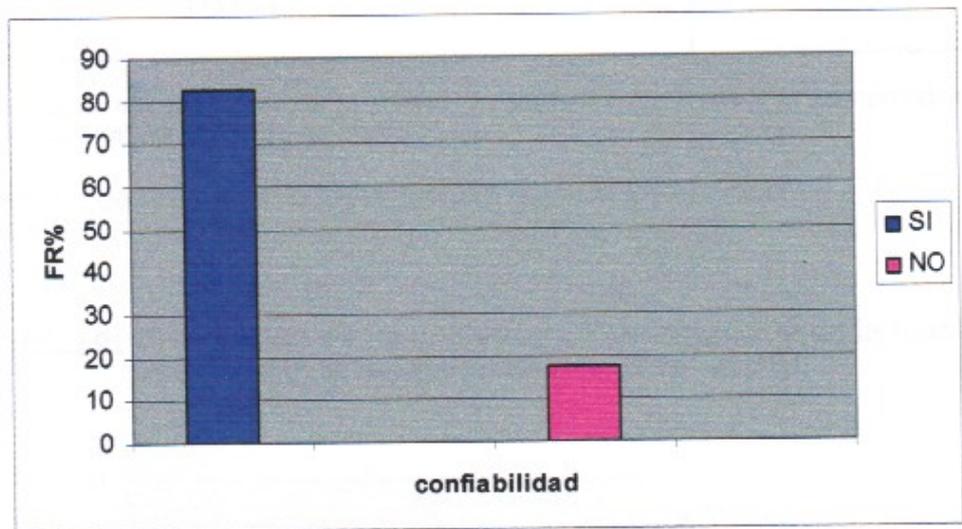
En lo que respecta a las desventajas las entrevistadas refieren un 32% que aumenta el sangrado, 28% que no evita ITS, 16% que el dispositivo se puede correr, 16% puede causar infecciones, 4% no previene el HIV y un 4% que se puede expulsar.

**TABLA N° 15:** Distribución de la población según confiabilidad del DIU.

CONFIABILIDAD DEL DISPOSITIVO	FA	FR %
SI	33	82,5%
NO	7	17,5%
<b>TOTAL</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>

Fuente: Entrevistas obtenidas mediante visitas domiciliarias en el período comprendido entre 1 de noviembre de 2008 al 30 de enero de 2009.

**GRAFICA N° 15:** Distribución de la población según confiabilidad del DIU.



Un 82,5% de las entrevistadas lo consideran al dispositivo un método confiable y un 17,5% no lo considera.

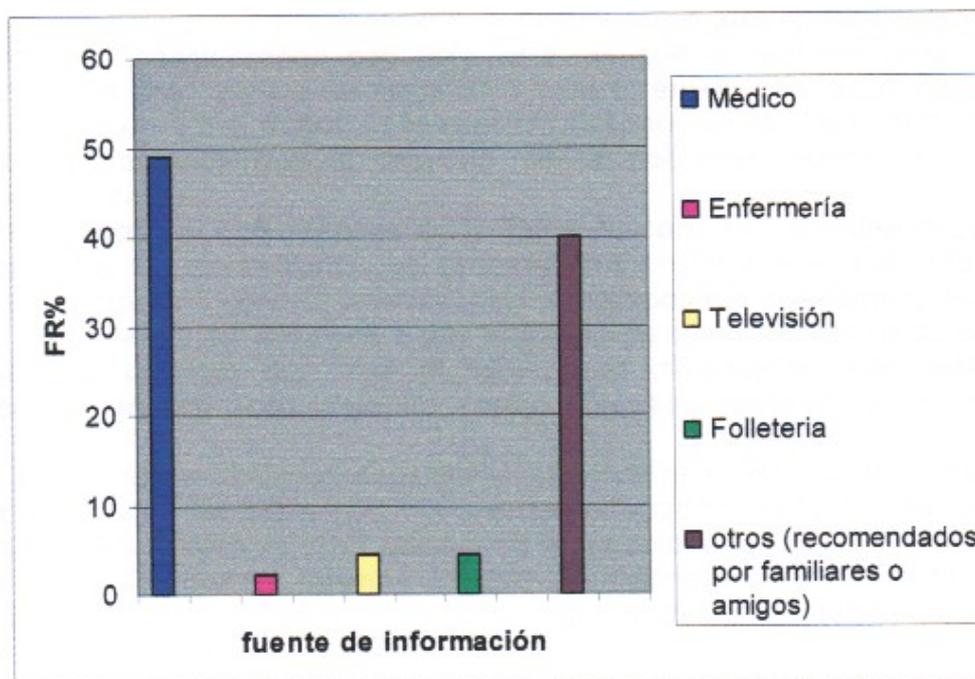
**TABLA N° 16:** Distribución de la población según obtención de la fuente de información al momento de colocarse el DIU.

FUENTE DE INFORMACION	FA	FR %
Médico	22	49%
Enfermería	1	2,2%
Televisión	2	4,4%
Folletería	2	4,4%
otros (recomendados por familiares o amigos)	18	40%
<b>TOTAL</b>	<b>45</b>	<b>100%</b>

Fuente: Entrevistas obtenidas mediante visitas domiciliarias en el período comprendido entre 1 de noviembre de 2008 al 30 de enero de 2009.

\* Destacamos que las usuarias optaron por más de una opción

**GRAFICA N° 16:** Distribución de la población según obtención de la fuente de información al momento de colocarse el DIU.



De las usuarias entrevistadas el 49% recibió información por parte del médico; un 40% a través de otros medios como amigos y familiares, 4,4% se informó por TV; 4,4% por intermedio de folletería y 2,2% a través del personal de enfermería.

## **ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS**

Analizando los datos obtenidos mediante la realización de 40 visitas domiciliarias, lo que corresponde al total de la muestra estudiada en nuestra investigación, se destaca:

Que de la población abordada el **rango etario** que predomina con respecto a la edad es entre 35 y 42 años con un 32,5 %, seguido a éste con un 27,5% tenemos las usuarias comprendidas entre 19 y 26 años, luego con un 22,5% entre los 27 a 34 años y por último con un 17,5% las de 43 y 50 años. Datos que nos muestran que la población predominante es la adulta joven con un 50%, reflejando que se encuentran en una etapa reproductiva activa.

El **nivel de instrucción** nos brinda una visión del nivel educacional de las usuarias el cual se debe tener en cuenta a la hora de abordar a la misma, utilizando un vocabulario sencillo ante la implementación del instrumento de recolección de datos. El 67,5% cursó educación media; un 30% habrían cursado primaria completa e incompleta, contando la mayoría con conocimientos básicos de lecto-escritura. Un porcentaje mínimo 2,5% alcanzó algún tramo de educación terciaria.

Según la situación actual de su pareja, el 90% presentan **pareja estable**, contando las mismas con el apoyo de su pareja en el cuidado de su salud sexual y reproductiva. Considerando éste un dato relevante, dado a que si bien el DIU es un método seguro para evitar el embarazo, no previene contra enfermedades de transmisión sexual. Y nos muestra a su vez la participación activa del hombre en el cuidado de su salud, promoviendo así a una vida con proyectos.

Según el **tiempo utilizado** como método anticonceptivo, el 70% lo han utilizado de 1 a 3 años, cifra que denota que la gran mayoría de las usuarias se lo han colocado por primera vez. Con un número menos significativo tenemos un 12,5% más de 10 años, así como un 10% de 5 a 8 años.

Haciendo referencia a la **frecuencia de los controles** el 92,5% se lo controla adecuadamente (considerando con ésta cifra las que lo realizan cada 6 meses y anualmente), un 5% realiza su respectivo control en un período mayor a un año. Destacando que un 2,5% nunca se lo controló después de colocado el dispositivo. Lo que refleja claramente que la mayoría de la población abordada, cuenta con información adecuada.

Dentro de los **motivos influyentes en la falta de control**, recordando que son solo tres usuarias las que no se controlan, tenemos que un 66,7 % es por falta de tiempo y un 33,3% porque no conocía los controles adecuados del dispositivo, donde vemos reflejado como la mujer posterga a un segundo plano el cuidado de su salud.

Sobre el **control del DIU** el 95% tiene información adecuada sobre la realización del mismo (considerando como adecuado también el control cada 6 meses).

El 100% de las usuarias consideran importante el control del dispositivo, ya sea para evitar que se corra (55,6%), evitar infecciones (28,9%) así como evitar embarazos (8,9%); cifra que no concuerda al relacionarla con la frecuencia de los controles realizados por las mismas. Lo que nos podría estar mostrando que si bien poseen información adecuada, no significa que todas ellas tengan un adecuado conocimiento sobre el tema.

Haciendo referencia a la **durabilidad** del dispositivo un 87,5% refirieron conocerla y un 12,5% no.

Según los datos recabados surge que las usuarias consideran que la mayor ventaja del dispositivo es que evita el embarazo con un 95,7%. Como principal desventaja aumenta el sangrado con un 32% y no evita las ITS con un 28%.

Si bien éste último porcentaje se destaca, es mínimo ante el total de la población estudiada, considerando que una vez colocado, el 100% de las usuarias debería conocerlo, dado a que se trata de una de las principales desventajas y como se menciono anteriormente, mas aun si la usuaria no tiene pareja estable.

En lo que respecta a la **confiabilidad del dispositivo** el 82,5% lo considera un método seguro.

En lo que refiere a la **obtención de información**, se noto en forma alarmante, que un 49% de las usuarias obtuvieron la misma por parte médica, siguiendo con un 40% a través de amigos y familiares lo cual ésta no nos asegura que la información sea fiable, ya que cada caso es particular, pudiendo estar influenciada por creencias o mitos basados en malas experiencias. Destacando además que solo un 2,2% obtuvo dicha información por parte del personal de enfermería, dato que nos preocupa realmente como futuras profesionales de la salud ya que el rol del enfermero es orientar hacia la promoción y prevención de la salud, lo que podría estar reflejando una falla en el primer nivel de atención.

## **CONCLUSIONES**

Podemos decir que alcanzamos los objetivos planteados, caracterizando a la población según las variables establecidas a través de visitas domiciliarias mediante entrevistas a las usuarias que correspondieron a la muestra de nuestra investigación, lo cual nos ha permitido conseguir una valiosa información.

De acuerdo a lo consultado en la bibliografía referida al tema y de aplicar algunas herramientas de investigación social en la ciudad de Florida, vemos que se desprenden una serie de datos relevantes.

La mayoría de la población estudiada presentaba información sobre el control adecuado del DIU, de sus ventajas, desventajas y de la durabilidad del mismo.

En referencia a la frecuencia del control del dispositivo un alto porcentaje (37 usuarias) se lo controlaba adecuadamente y tan solo 3 usuarias se lo controlaban inadecuadamente donde el motivo influyente en el no control era falta de tiempo y por no conocer la frecuencia adecuada del control.

Las mujeres consideran al dispositivo Intrauterino como un método confiable en el cuidado de la anticoncepción (82,5%).

Pensamos que el uso del DIU es efectivo, pero este método debe ser controlado periódicamente por un especialista, acción sorprendente que todas reconocen, pero no realizan por diversos motivos, que en general se debe a la "falta de tiempo".

Tiempo es lo que debe hacerse en cuestiones de salud. No debe postergarse la salud por una "excusa" tal como esta. No es demasiado el tiempo que debe disponer la mujer para ello, y si así lo fuera debería tomárselo.

La salud del ser humano como ser bio-psico-social debe entenderse como un tema prioritario y no menor. Cada mujer tiene su propio modo de ver la vida y su forma de "entender" la salud sexual, además esta inmersa en una sociedad que convive e intercambia con ella. Concluimos que algunas entrevistadas no tienen pareja estable y por lo tanto si no hay buena información acerca del cuidado de su salud, muchos seres de la comunidad pueden ser afectados, ya sea por ITS, o un embarazo no deseado, en donde el más perjudicado es el niño que se gesta.

Uno de los puntos más alarmantes y que llaman nuestra atención como futuras profesionales de la salud fue que únicamente una usuaria obtuvo información por parte del equipo de enfermería, ya que el rol del enfermero es orientar hacia la promoción y prevención de la salud, respetando siempre a la mujer que tiene el derecho y la responsabilidad de elegir sobre ella de acuerdo a creencias y valores personales tras haber sido informada. Una de las funciones principales que debe cumplir el Licenciado en Enfermería en conjunto con el equipo de salud es brindar una atención individualizada; enfatizando en un plan de actividades educativas programadas orientadas a la comunidad, logrando así que cada individuo tome parte en su autocuidado (control) con responsabilidad, al aumentar su caudal de conocimientos, sin dejar de lado los derechos de escoger el método de planificación familiar. Pudiendo así alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva.

Estos datos podrían estar reflejando la situación actual del sistema de salud de nuestro país ya que el primer nivel de atención (promoción de la salud y prevención de la enfermedad) no capta toda la población que requiere asistencia.

Sin duda se ve en los resultados el claro mensaje que debemos reforzar el primer nivel de atención, para mejorar la calidad de atención. Calidad que no pasa únicamente por el buen trato, sino también de poder brindar una atención más equitativa, eficaz y eficiente, contemplando al usuario como ser integral y desde todas sus esferas.

Atención que a veces se hace muy difícil desarrollar debido a la demanda de la población que se asiste en éstos centros de primer nivel, implicando una limitación entre lo que "debiera hacerse" y lo que "realmente se puede hacer".

Pensamos y estamos convencidas de que nuestro trabajo fue profundo, hecho con esmero y dedicación, planteándonos dudas y creciendo al allanarlas con nuestra tutora.

Esperamos que este trabajo oficie como base para futuras investigaciones.

## **SUGERENCIAS**

De acuerdo a los resultados obtenidos se podrían sugerir las siguientes recomendaciones:

- ❖ Potenciar a través de los medios de información campañas focallzadas a determinados grupos, acerca del dispositivo y haciendo énfasis en la importancia de los controles adecuados del mismo.
- ❖ Promover una atención individualizada por parte de enfermería, enfatizando un plan de actividades educativas programadas y orientadas a la comunidad.
- ❖ La calidad de atención debe ser un requisito fundamental de la prestación de los servicios de enfermería por lo cual sería necesario implementar un sistema de garantía de calidad, con indicadores específicos para enfermería y que pueda ser evaluado regularmente para lograr mejoras progresivas de calidad.
- ❖ Promover la participación del hombre y la familia, para que contribuyan en el cuidado de la salud de la mujer.

## **BIBLIOGRAFIA**

- Pineda E. B, De Alvarado E. L, de Canafes F. H. Metodología de la investigación. 2ª ed. Washington: OPS; 1994.
- Roberto Hernández, Carlos Fernández, Pilar Baptista. Metodología de la Investigación, 1991.
- De Brunner y Suddarth, Enfermería medicoquirúrgica, octava edición, tomo II; McGraw Hill, 1998.
- J. Calaf Alsina, Manual básico de contracepción, 2 edición, 1997.
- E. J. Dickason, B. L. Silverman, M. O. Schult, Enfermería Materno Infantil, 2ª ed, Madrid.
- O.M.S., Planificación familiar, Manual para proveedores, 2007.
- Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género, Uruguay, 2007
- Ministerio de Salud Pública. Guías en Salud Sexual y Reproductiva, Capítulo Anticoncepción, Uruguay, 2007.
- Ministerio de Salud Pública. Manual de oncología para el primer nivel de atención. Uruguay, 2008.
- Proyecto de género y generaciones. Reproducción biológica y social de la población Uruguaya disponible en:  
<http://www.lne.gub.uy/bliblioteca/reproducción/foiletoEncuesta.pdf>
- Componentes del cambio poblacional disponible en :  
[www.lne.gub.uy/bliblioteca/Variables%20siglo%20xx/parteIItexto1ultimo.pdf](http://www.lne.gub.uy/bliblioteca/Variables%20siglo%20xx/parteIItexto1ultimo.pdf)
- Otra sociedad mas más justa es posible, publicado domingo 20 julio 2008 disponible en:  
[www.blasapiguncuevas.blagciendarlo.com/2008/07/00702-sexualidad-su-importancia.html](http://www.blasapiguncuevas.blagciendarlo.com/2008/07/00702-sexualidad-su-importancia.html).
- Comunicado de Prensa publicado el 7/3/08 Programa Nacional de Mujer y Género disponible [www.ssyrr@mSP.gub.uy](http://www.ssyrr@mSP.gub.uy)

# **ANEXO Nº1**

**FLORIDA 15 DE AGOSTO DE 2008**

Sr. Director del Hospital Florida Dr. Raúl Amorín cal Dr. Juambelz

Por esta se dirige a usted un grupo de tesis de la Facultad de Enfermería que atiende a la Cátedra Materno Infantil, que tiene designado por la docente el tema "control de DIU en las mujeres que se lo colocaron en el Hospital Florida en el año 2007, investigando su control mediante visitas domiciliarias"

Por lo anteriormente mencionado expuesto solicitamos su autorización para tener acceso a las historias clínicas de las personas, pudiendo recoger así los datos que senos hacen necesarios.

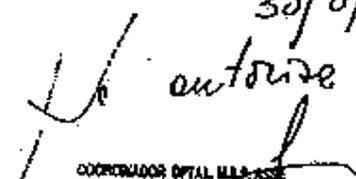
Agradeciendo vuestra gentileza lo saludan atentamente

Grupo de estudiantes de tesis: Int. Lic Enfermería: Viviana Luengo  
Virginia Quintana  
Karina González  
Claudia Rodríguez  
Gabriela Tabárez

  
Lic Silvia Loureiro  
Doc Cat Adm 6II  
Facultad Enfa

... No es Contraseña



30/8/08  
autorize  
  
COORDINADOR OPTAL M.I.A.-RSE  
DR. YABANDI BERNARDO CABRERA  
CENTRO OPTAL. H.P. FLORIDA

# **ANEXO N°2**

## **PROTOCOLO**

### **INTRODUCCIÓN**

El presente trabajo será realizado por un grupo de cinco estudiantes pertenecientes a la Facultad de Enfermería de la República Oriental del Uruguay, cursando el 1er. Módulo del 4º ciclo correspondiente al Trabajo de Investigación Final, en el marco del programa curricular de la carrera Licenciatura en Enfermería.

Dicha investigación será realizada con el apoyo y seguimiento del Departamento Materno Infantil, contando como tutora a la Directora del Departamento Lic. en Enf. Mercedes Pérez.

El tema de interés a Investigar es la Información y frecuencia del control de las usuarias que se colocaron el DIU en la policlínica del Hospital Dr. Raúl Amorín Cal de la ciudad de Florida en el año 2007.

Los motivos por lo que se ha decidido llevar a cabo éste estudio son la importancia del tema para el equipo de salud y el interés de los estudiantes por el mismo, dado a que es uno de los métodos reversibles mas seguros de los que se dispone y siendo hasta el momento uno de los menos aceptado por mujeres, su pareja o su familia, ya sea por la falta de información o mitos basados en la mala experiencia.

Con respecto a la metodología, se realizará un estudio retrospectivo, de tipo descriptivo y de corte transversal el cual tendrá como objetivo conocer la información acerca del DIU y la frecuencia del control de las usuarias que acepten participar del estudio.

La técnica que será utilizada, consistirá en implementar un cuestionario predeterminado que contará con preguntas estructuradas y semi estructuradas de forma anónima.

Las variables seleccionadas para dicha investigación son: edad, nivel de instrucción, situación de pareja, apoyo de la pareja en el cuidado de su salud, forma de apoyo en el cuidado de su salud, tiempo utilizado como método anticonceptivo al DIU, frecuencia del control del DIU, motivo influyente en la no realización del control del DIU, información acerca del control adecuado del DIU, importancia del control del DIU, motivo por el cual consideran importante el control del DIU, Información de la vida útil del dispositivo (luego de colocado), información de las ventajas y desventajas acerca del DIU, confiabilidad del DIU, fuente de información.

## **1- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

### **Área temática:**

Salud Sexual y Reproductiva.

### **Problema**

¿Cuál es la información y frecuencia del control de las usuarias que se colocaron el DIU en la Policlínica de la Ciudad de Florida en el año 2007?

## **2- OBJETIVOS**

### **Objetivo general:**

Conocer la información y frecuencia del control de las mujeres adultas que se colocaron el DIU en la Policlínica del Hospital Dr. Raúl Amorín Cal de la Ciudad de Florida en el año 2007

### **Objetivos específicos:**

- Caracterización de la población según las variables.
- Identificar qué información poseen las mujeres acerca DIU.
- Conocer si las mujeres que utilizan éste método, se realizan el control adecuado.
- Identificar los motivos que influyen en el inadecuado control del DIU.

### **3- FUNDAMENTACIÓN.**

Tomando en cuenta el rol asumido por la mujer en la sociedad a lo largo de la historia, como generadora de salud hacia los suyos y postergando a un segundo plano el cuidado de su propia salud, se considera importante contribuir con el desarrollo de todas las potencialidades de las mujeres en sus áreas básicas de salud sexual y reproductiva.

Por este motivo nos planteamos abordar como área temática la Salud Sexual y Reproductiva, en un proyecto de la Universidad de la República, dentro del cual nos pareció de suma relevancia el tema anticoncepción. A pesar que históricamente en Uruguay (como en otros países del mundo), hubieron dificultades en los acuerdos para el abordaje formal de esta temática por estar atravesada por factores religiosos, políticos, culturales y sociales.

En el lapso de aproximadamente 50 años el número medio de hijos por mujer (TGF) se reduce a la mitad. De un valor a comienzos de siglo cercano a 6, pasa a 2.7 en 1950, manteniéndose por casi tres décadas estable. Luego comienza su descenso llegando al año 2000 a situarse en 2.3 hijos por mujer. Esta baja sustancial está marcada por una reducción importante en la descendencia final de las generaciones femeninas nacidas a partir de los años treinta. El grado de educación creciente a lo largo del siglo de las mujeres uruguayas en su conjunto, puede considerarse como uno de los factores subyacentes en los bajos niveles de fecundidad alcanzados. La educación les otorgó un mayor poder sobre la toma de decisiones, entre ellas el tamaño de la familia, así como también les abrió otras perspectivas en el mercado de trabajo, posibilitando un cambio en la motivación hacia la fecundidad. En relación a otras interpretaciones, esta parece ser la más sustentable ya que la baja se debe fundamentalmente al control voluntario de la fecundidad a través de la práctica anticonceptiva, más alta en los sectores de mayor educación y mayores ingresos. Este descenso no significa que a través del tiempo la fecundidad conserve todas sus características.

Las tasas de fecundidad por edades muestran que la baja se ha dado en todas las edades, pero ha sido más marcada en las edades mayores; entre 1950 y 2000 las tasas de las mujeres de 20 a 24 y de 25 a 29 años se han reducido en un 21% para las primeras y en apenas un 14% para las segundas, mientras que en las edades posteriores a los 40 años la disminución supera el 54%. El único grupo que muestra una tasa persistentemente más alta es el de 15 a 19 años; en la actualidad estas mujeres son responsable de uno de cada seis nacimientos que se producen en el país, mientras que 40 años atrás sólo uno de cada doce recién nacidos, provenía de estas madres<sup>1</sup>.

Si bien no se podría excluir la tasa de natalidad, ya que es un indicador que mantiene un descenso marcado en las últimas décadas, creemos necesario considerar y respetar los derechos de la pareja a adoptar decisiones para escoger libre y responsablemente el número y espaciamiento de sus hijos y a disponer de la información y medios para ello, dado que el Estado reconoce como un derecho individual la "procreación consciente y responsable", así como el cuidado de la vida humana. También declara de "interés nacional" las actitudes y conductas favorables, la salud sexual y reproductiva, y a la maternidad y paternidad responsables, en el ejercicio de una "sexualidad plena".

Debido a lo anteriormente mencionado, es que nos abocamos más específicamente a la anticoncepción, entendiendo como tal el conjunto de métodos y técnicas que permiten a mujeres y hombres ejercer y disfrutar de su sexualidad independientemente de la función reproductiva.

<sup>1</sup> Componentes del cambio poblacional disponible

[ca:www.ine.gub.uy/biblioteca/Variables%20siglo%20xx/parte1/texto1ultimo.pdf](http://www.ine.gub.uy/biblioteca/Variables%20siglo%20xx/parte1/texto1ultimo.pdf)

Para ello nos basamos en los datos aportados por la encuesta del Instituto Nacional de Estadística, referente a el uso de la canasta de métodos anticonceptivo, siendo el más utilizado por las usuarias el preservativo con un 40 %, seguido de anticonceptivos orales con un 31 % siendo diminutivo el DIU con un 16 % y según datos de la Encuesta Nacional de Fecundidad de 1986, se advierte que el uso de preservativos por parte de las mujeres se ha duplicado.

Estos datos podrían estar reflejando una probable falta de información existente en la población acerca de la variedad de métodos que integran la canasta, siendo el dispositivo Intrauterino uno de los más seguro y reversible, presentando en la actualidad un bajo porcentaje en su uso. Sin embargo revela un aumento en el uso de preservativo que es un indicador en el autocuidado de su salud sexual y reproductiva.

Hemos considerado así, al DIU, un tema de interés para la población así como para el equipo de salud, debido a que es hasta el momento uno de los menos aceptado por mujeres, su pareja o su familia, ya sea por la falta de información o mitos basados en la mala experiencia.

Considerando también, que el Programa de Salud de la Mujer y Género a decidido recientemente desarrollar una Campaña Nacional para que cada mujer que desee en forma informada utilizar el DIU como método anticonceptivo, pueda acceder en forma gratuita al mismo, brindándose información exhaustiva sobre este método, haciéndose énfasis en la gratuidad del DIU, en los servicios de asistencia pública del estado, así como también en asistencia médica privada. Situación que nos inquieta como futuras profesionales de la salud dado a que existen medios de información actual acerca de su colocación, preocupándonos también por no dejar de lado la necesidad de brindar una información eficaz y oportuna en cuanto a un control anual adecuado de dicho dispositivo, dado a que con éste se evitan complicaciones que pueden producirse desde su inserción hasta su extracción.

Para el desarrollo de éste estudio nos enfocaremos a una población adulta, en un grupo etario comprendido entre los 19 y 49 años, porque creemos que actúan en forma mas responsable, tomando conciencia y asimilando mejor la información brindada por las diferentes fuentes de aporte; dado a que se trata de un método que si bien es recomendable y seguro para evitar el embarazo, no protege contra las enfermedades de transmisión sexual.

Destáquese además que en el transcurso de nuestra experiencia práctica diaria, en los distintos servicios de maternidad ya sea en un primer y segundo nivel de atención, hemos asistido a madres que viven su maternidad de forma diferente; en edades cada vez mas jóvenes, con desconocimiento acerca de un adecuado control ginecológico, viviendo el nuevo rol, en su mayoría, sin apoyo del progenitor, viendo inclusive una carencia importante de información acerca de sus derechos sexuales y reproductivos.

Consideramos que esta investigación será **Viable** ya que los investigadores poseen los conocimientos necesarios para el abordaje de la misma. Es importante destacar la **Factibilidad** económica, ya que disponemos de los recursos materiales y humanos necesarios, en lo referente a factibilidad sociocultural, se trabajará dentro del área de la salud sin afectar los valores y creencias de la población a abordar.

---

<sup>2</sup> Instituto Nacional de Estadística. Proyecto Género y Generaciones. Reproducción Biológica y Social de la Población Uruguay: disponible en <http://www.ine.gub.uy/biblioteca/reproducción/folletoEncuesta.pdf>

## **MARCO CONCEPTUAL**

Fue a partir de los compromisos asumidos por el país con los Programas de Acción emanados de la Cumbres Mundiales de El Cairo (1994) y Beijing (1995), en la Asamblea General de las Naciones Unidas convocada para realizar el análisis y evaluación del cumplimiento del Programa de Acción de El Cairo (1999); que en los últimos años en el subsector público de los servicios de la Salud del Uruguay se han desarrollado programas orientados específicamente a la salud sexual y reproductiva de las mujeres, con énfasis en la integralidad y con la inclusión de servicios de anticoncepción. Es a partir de estos acuerdos Internacionales, que algunos de los conceptos tales como la equidad de género, la salud sexual y reproductiva, los derechos sexuales y reproductivos, la regulación de la fecundidad, la atención a la salud de los adolescentes, la calidad de atención en los servicios, la co-responsabilidad reproductiva de varones y mujeres, deben ser incorporados en un proceso de normatización en el campo de las intervenciones, tanto a nivel del subsector público como privado<sup>3</sup>.

Cabe destacar que a medida que nuestro país fue incorporando nuevos conceptos sobre la salud de las mujeres y sus derechos, el programa de Mujer y Género fue acompañando esta re conceptualización y reorientación del área, pasando del programa "Mujer y Niñez" al actual programa de **"Salud de la Mujer y Género"**.

Este cambio es justificado por el hecho que las mujeres viven situaciones socio-económicas-culturales de inequidad por lo cual urge desarrollar políticas públicas de salud que atiendan específicamente esos derechos de todas las etapas de sus vidas y sin discriminación alguna. En la actualidad, atendiendo a equidad y derechos, existe una necesidad mayor que normas, campañas, programas, etc. y que puedan revisarse y planificarse con perspectiva de género. Esta concepción enfocada desde el concepto de género, plantea una revisión de los roles tradicionales asignados a mujeres y hombres, por lo que dicha transformación cultural también considera una nueva perspectiva masculina.

En los diferentes componentes del programa se incluyen aspectos que atiendan la discriminación de clase social, localización geográfica, raza, etnia, opción sexual, capacidades diferentes, religión, género y generación, que se comportan como ejes transversales en cada caso.

Los conceptos sobre la salud de la mujer que abordan aspectos biológicos y anatómicos y los que consideran dimensiones como los derechos humanos y la ciudadanía, se presentan bajo una concepción integral de la salud de la mujer que no se limita a la ausencia de enfermedad o a su asociación con procesos de reproducción biológica. Pues la salud y la enfermedad están íntimamente relacionadas y constituyen un proceso cuya resultante está determinada por la acción de factores sociales, económicos, culturales e históricos.

Las desigualdades sociales, económicas, culturales se revelan en el proceso de enfermar y morir de los grupos humanos y de cada persona en particular y de manera diferente en cada una de ellas.

La cultura durante milenios ha colocado mujeres y varones en diferentes roles de actitud y responsabilidades en el mundo público y privado. Si se ponen en consideración estas desigualdades entre hombres y mujeres, la perspectiva de género se constituye en uno de los factores determinantes de la salud, y por tanto, debe ser considerada en la formulación de políticas públicas.

---

<sup>3</sup> *Programa de Salud Sexual y Reproductiva. Capítulo Anticoncepción. Uruguay. 2007.*

El **género**, es una construcción social e histórica. A partir de símbolos, normas e instituciones, las sociedades definen modelos de masculinidad y feminidad así como patrones de comportamiento específicos y diferenciados según el sexo. Así el género delimita campos de acción para cada sexo en el que se construye la subjetividad de la persona.

El género es una construcción social impuesta a un cuerpo sexuado.

Los diferentes grupos humanos están expuestos a diversos tipos y grados de riesgo según sean mujeres u hombres, en función de la organización social y de las relaciones de género y están expuestos a diferentes grados de sufrimiento, enfermedad y muerte.

Es así que surge la necesidad de incorporar la perspectiva de género en el análisis del perfil epidemiológico, de la planificación y normatización y de las acciones de salud, siempre que tenga como objetivo promover el mejoramiento de las condiciones de vida de las personas, la equidad y los derechos de la ciudadanía de la mujer, lo que implica fortalecer su educación, cuidar su salud, apuntar a su participación y promover una vida con proyectos<sup>4</sup>.

En el área de la salud los avances más importantes se han producido en la necesidad de pasar de un modelo asistencialista e individualista a un modelo de atención integral, con un enfoque social y de desarrollo humano. Se ha reafirmado la necesidad de educación y asistencia oportuna a los jóvenes para responder a sus necesidades en el ejercicio libre y responsable de la sexualidad, superando las inequidades de género y reconociéndolos como portadores de derechos. Varios organismos, como la OMS, apoyan y promueven la consideración de la Salud Sexual y Reproductiva como parte del concepto de salud integral, y de los Derechos Sexuales y Reproductivos como Derechos Humanos.

El programa de Acción de la Conferencia de El Cairo establece que **La Salud Reproductiva** es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no la mera ausencia de enfermedades o dolencias en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos.

La salud reproductiva indica por consiguiente que la persona pueda tener una vida sexual segura y satisfactoria teniendo la capacidad de reproducirse y la libertad de decidir sobre cuando y cuantas veces debe hacerlo. "... La atención en Salud Reproductiva incluye también a la Salud Sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales"<sup>5</sup>.

**Derechos sexuales:** Incluyen el derecho humano de las personas a tener el control respecto de su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, a decidir libre y responsablemente respecto de esas cuestiones sin verse sujeto a la coerción, la discriminación y la violencia. Este término no aparece en los tratados internacionales, pero su contenido y definición son parte de la Plataforma de acción de Beijing.

Los derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos ya reconocidos sobre derechos humanos:

- el derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente respecto al número de hijos y espaciamiento entre ellos,
- a la información, la educación y los medios para ellos, acerca de las ventajas y riesgos de las diferentes opciones para su salud, así como y donde obtenerla.
- el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva,
- el derecho a tomar decisiones sin ser discriminado, sufrir violencia o coerción por ello.

---

<sup>4</sup> Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género. Uruguay, 2007.

<sup>5</sup> Ministerio de Salud Pública. Guías en Salud Sexual y Reproductiva, Capítulo Anticoncepción, Uruguay, 2007.

- Al acceso al servicio de salud sexual y reproductiva cualquiera sea su situación económica, social, religiosa, política, estado civil.
- A elegir informada y libremente sobre las decisiones y el curso a seguir en salud reproductiva.
- A elegir los métodos de planificación familiar seguros con la correcta información sobre su uso, ventajas y riesgos.
- Privacidad a discutir sus necesidades en un ambiente en que se sientan seguros, y sean respetados la privacidad con la información que brindan, su cuerpo y sus opiniones.
- Confidencialidad en relación a información que se brinda al equipo de salud durante su asistencia.
- Dignidad en el trato recibido, debiendo ser respetuoso, considerado, sin prejuicios al margen de cualquier situación vulnerable.
- De opinión a expresarse sobre la calidad del servicio que recibe, como el poder a sugerir cambios o mejoras haciéndose participe para satisfacer sus necesidades<sup>6</sup>.

La OMS define la **Salud Sexual** como la integración de los elementos somáticos, emocionales y sociales del ser sexual, por medios que sean positivamente enriquecedores y que potencien la personalidad y el amor<sup>7</sup>.

Define la **sexualidad** como un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se vivencian o se expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales" (OMS, 2006).

La sexualidad es el conjunto de condiciones anatómicas, fisiológicas y psicológico-afectivas del mundo animal que caracterizan cada sexo. También es el conjunto de fenómenos emocionales y de conducta relacionados con el sexo, que marcan de manera decisiva al ser humano en todas las fases de su desarrollo<sup>8</sup>.

El concepto de sexualidad incluye: la aptitud de disfrutar de la actividad sexual y reproductiva, la ausencia de temores, de sentimientos de vergüenza y culpabilidad, de creencias infundadas y de otros factores psicológicos que perturben las relaciones sexuales, y la ausencia de trastornos orgánicos, de enfermedades o deficiencias que entorpezcan la actividad sexual y reproductiva<sup>9</sup>.

Se propone que la sexualidad es un sistema de la vida humana que se compone de cuatro características: el erotismo, la vinculación afectiva, la reproductividad y el sexo genético (Genotipo) y físico (Fenotipo).

- El erotismo es la capacidad de sentir placer a través de la respuesta sexual, es decir a través del deseo sexual, la excitación sexual y el orgasmo.
- La vinculación afectiva es la capacidad de desarrollar y establecer relaciones interpersonales significativas.

<sup>6</sup> Curso de actualización en atención de enfermería en el área de ginecoobstetricia.

<sup>7</sup> Ministerio de Salud Pública. Guías en Salud Sexual y Reproductiva, Capítulo Anticoncepción, Uruguay, 2007.

<sup>8</sup> [www.blasapiguncuevas.blagciario.com/2008/07/00702-sexualidad-su-importancia.html](http://www.blasapiguncuevas.blagciario.com/2008/07/00702-sexualidad-su-importancia.html) (otra Sociedad mas justa es posible, publicado domingo 20 julio 2008).

<sup>9</sup> Ministerio de Salud Pública. Guías en Salud Sexual y Reproductiva, Capítulo Anticoncepción, Uruguay, 2007.

- La reproductividad es más que la capacidad de tener hijos y criarlos, incluye efectivamente los sentimientos de maternidad y paternidad, las actitudes de paternaje y maternaje, además de las actitudes favorecedoras del desarrollo y educación de otros seres.
- La característica del sexo desarrollado, comprende el grado en que se vivencia la pertenencia a una de las categorías dimórficas (femenino o masculino). Es de suma importancia en la construcción de la identidad, parte de la estructura sexual, basado en el sexo, incluye todas las construcciones mentales y conductuales de ser hombre o mujer.

Uno de los productos de la interacción de estos holones es la orientación sexual. En efecto, cuando interactúan el erotismo (la capacidad de sentir deseo, excitación, orgasmo y placer), la vinculación afectiva (la capacidad de sentir, amar o enamorarse) y el género (lo que nos hace hombres o mujeres, masculinos o femeninos) obtenemos alguna de las orientaciones sexuales a saber: la bisexualidad, la heterosexualidad y la homosexualidad.

Es importante notar que la sexualidad se desarrolla y expresa de diferentes maneras a lo largo de la vida, es así que cada etapa de la vida necesita conocimientos y experiencias específicos para su óptimo desarrollo<sup>10</sup>.

La Reproducción estaría dentro de la Sexualidad, es una de las posibilidades de nuestra sexualidad, por eso debemos saber qué queremos y en qué momento de nuestra vida.

A diferencia, el término "sexo" se refiere al conjunto de características biológicas que definen el espectro de humanos, como hembras y machos.

Los servicios de Salud Sexual y Reproductiva en general, y los de anticoncepción en particular, deben de formar parte de los programas brindados a la población. Por ello los servicios de salud deben integrar los siguientes aspectos:

- Incluir a mujeres y hombres en su población objetivo.
- Incluir los diferentes tramos etarios: adolescentes, adultos, tercera edad, etc.
- Involucrar a los subsectores de salud público y privado.
- Jerarquizar el Primer Nivel de Atención.
- Contar con equipos interdisciplinarios.
- Articular redes interinstitucionales e Intersectoriales.

Los servicios de anticoncepción deben de asegurar a sus usuarios un conjunto de componentes articulados en un plan de anticoncepción. La consulta profesional en el marco de estos servicios debe tener un fuerte carácter preventivo y de Integralidad<sup>11</sup>. Desde el inicio de la fecundidad en Uruguay que "sucede en la década de 1920 o más precisamente en el quinquenio anterior de 1915-1919...", se han ido creando y modificando diferentes programas acerca de la planificación familiar y la salud reproductiva y en la actualidad, funciona en Montevideo en el marco del RAP (Red de Atención del Primer Nivel), como Programa de Salud Integral de Mujer (SIM), mientras que en el Interior de la República funciona con una estrategia diferente, que garantiza el acceso de las usuarias a la mas amplia canasta de métodos anticonceptivos de la mejor calidad.

Mediante los distintos programas se generaron y actualizaron algunos conceptos básicos e integrales para la atención a la salud de la mujer, condiciones básicas de acceso a métodos anticonceptivos seguros y de calidad, aunque todavía en el marco de la consulta gineco-obstétrica. Pero estas acciones no se han logrado extender todavía a la totalidad de los centros públicos del país en el primer nivel de atención<sup>12</sup>.

<sup>10</sup> [www.bfasapiguncuevas.blogcindario.com/2008/07/00702-sexualidad-su-Importancia.html](http://www.bfasapiguncuevas.blogcindario.com/2008/07/00702-sexualidad-su-Importancia.html) (otra Sociedad mas justa es posible, publicado domingo 20 julio 2008).

<sup>11</sup> Ministerio de Salud Pública. Guías en Salud Sexual y Reproductiva, Capítulo Anticoncepción, Uruguay, 2007.

<sup>12</sup> Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género. Uruguay, 2007.

Nos urge recordar que los **niveles de atención** son una forma estratificada y ordenada de organizar acciones y recursos en salud, definiéndose tres niveles de atención: primario, secundario y terciario con un grado de complejidad creciente respectivamente.

El **primer nivel de atención** deberá cubrir el 100% de la población y será su primer contacto con el Sistema de Salud. En éste nivel predominan las actividades dirigidas a la promoción y prevención de la salud, algunos procedimientos de diagnóstico y tratamiento precoz, realizándose también acciones de rehabilitación, cuidados paliativos usando para ello los medios tecnológicos básicos.

Consiste en la organización de los recursos (tecnológicos, humanos y financieros) en servicios básicos para la atención primaria que parten de la comunidad misma y son apoyados por otros niveles de mayor complejidad. Esto es la base para una asistencia médica integrada contando con mecanismos administrativos y técnicos para armar, dirigir y controlar la red de instalaciones de una zona dada y fijar el alcance y variedad de actividades que corresponden con cada plan coordinado que abarquen en forma progresiva la zonal, regional y general.

Sin abandonar todos los aspectos de la atención integral, el segundo y tercer nivel de atención constituyen niveles de complejidad crecientes, basados en la tecnología y capacitación profesional.

Debemos diferenciar lo que significa **niveles de atención** de los **niveles de prevención**, éstos últimos son acciones a desarrollar en diferentes estados de la salud y los otros son diferentes niveles tecnológicos organizados por complejidad. En los diferentes niveles de atención se desarrollan acciones correspondientes a cada uno de los niveles de prevención<sup>13</sup>.

Previamente a abocarnos a nuestro tema de interés, anticoncepción, nos urge de suma necesidad desarrollar una breve reseña de la **Anatomía y Fisiología del Aparato Reproductor Femenino**.

El aparato reproductor de la mujer comprende estructuras internas y externas.

Las estructuras externas están comprendidas por los genitales externos (vulva) que incluyen dos pliegues gruesos de tejido llamados labios mayores, y otros dos de menor tamaño y de tejido delicado llamados labios menores, que se encuentran dentro de los mayores. La parte superior de los labios menores se une y cubre parcialmente el clítoris, órgano extraordinariamente sensible, de tejido eréctil. Entre los labios menores, por abajo y detrás del clítoris, está el meato urinario, orificio en que desemboca al exterior la uretra femenina, que mide poco más de 3 cm. Por debajo del meato urinario hay un orificio de mayor tamaño, el vaginal.

A cada lado de dicho orificio se encuentra una glándula vestibular o de Bartholín, que vacía su secreción mucosa por un conducto pequeño, cuyo orificio está en el interior de los labios menores, por fuera del himen.

El tejido que separa los genitales externos del ano se denomina horquilla, que en conjunto con los tejidos que constituyen los genitales externos femeninos se denomina perineo.

La estructura interna está compuesta por los órganos reproductores internos formados por vagina, útero, ovarios y conductos de Falopio o uterinos.

Aunque no participan directamente en el proceso de reproducción, las mamas se consideran estructuras sexuales accesorias.

La **vagina** es un conducto revestido de mucosa, de 7,5 a 10 cm de largo, con trayectoria descendente y anterógrada del útero a la vulva. Situado detrás de los huesos púbicos, en la parte posterior de la vejiga y entre el recto y la pared abdominal. La porción superior de ésta, el fórnix, rodea al cervix (cuello uterino angosto).

---

<sup>13</sup> Ministerio de Salud Pública. Manual de oncología para el primer nivel de atención. Uruguay, 2008.

**El útero (matriz)** es un órgano muscular piriforme que en promedio mide 7,5 cm de longitud, y unos 5 cm de ancho en su porción superior. Las dimensiones de éste órgano varían en función de la paridad (número de nacimientos viables) y de anomalías uterinas, como los fibroides, tipo de tumor que distorsiona el útero. Normalmente está vacío y aplanado; las paredes están prácticamente en contacto y suele estar inclinado hacia delante. El útero proporciona un ambiente nutritivo y protector al embrión y al feto en desarrollo.

El útero consta de dos partes:

- Cervix o cuello, que se proyecta hacia la vagina.
- Y una parte superior, de mayor tamaño, llamado **cuerpo**, que está cubierto por la parte posterior y parcialmente por la anterior, por el peritoneo. El cuerpo se divide a su vez en fondo, cuernos e istmo uterino.

El útero está situado detrás de los huesos púbicos y de la vejiga y entre el recto y la pared abdominal, sostenido en la cavidad mediante ligamentos.

La porción triangular interna del fondo se estrecha hasta transformarse en un conducto fino en el cuello uterino, que tienen una zona más angosta en cada extremo, conocida como orificio externo e interno del cuello. La parte superoexterna del cuello recibe el nombre de cuerno y a partir de éste punto se extienden hacia fuera los oviductos o trompas de Falopio (o uterinas), cuyo interior se comunica con la cavidad uterina.

Las paredes del útero están formadas por dos capas de tejidos diferentes y una tercera capa de revestimiento. Todas ellas adaptadas para mantener el embarazo y llevar a cabo el parto y el nacimiento.

- La capa interna, el **endometrio**, está formado por tres subcapas: capa superficial, capa media esponjosa (tejido conjuntivo laxo) y capa interna densa. La primera y la segunda capa, se desprenden cuando se elimina la sangre y el tejido menstrual; por tanto el endometrio cambia con el ciclo reproductor femenino. Sus células mucosas producen transitoriamente nutrientes para el óvulo fecundado.
- El **miometrio**.
- El **perimetrio**, revestimiento seroso externo, es una extensión del peritoneo parietal.

Otros de los órganos internos son los **ovarios** que son los principales órganos que controlan la reproducción femenina. Están situados hacia abajo y atrás de las trompas, aproximadamente a 10 o 12 cm por debajo de la cintura. Son estructuras ovoides de aproximadamente 3,0 cm de longitud.

Los ovarios sirven para producir óvulos, las células o gametos sexuales femeninos y también producen hormonas: estrógeno y progesterona.

La producción de óvulos (ovogénesis) tiene lugar entre la tercera y la quinta semana de la vida embrionaria, cuando empiezan a formarse las células germinales primitivas, migran hacia las gónadas u ovarios y se convierten en ovogonias (óvulos primitivos). Estos sufren una mitosis (división celular) rápida, evolucionan a ovocitos primarios, entran en la primera división meiótica (célula sexual) y no completan ésta división hasta la pubertad. Hacia el séptimo mes de la vida fetal, los ovocitos están rodeados por un tejido que después se convierte en folículos. Aunque existen entre 700.000 y 2 millones de ovocitos primarios al nacimiento, el número se reduce a unos 40.000 hacia la pubertad. En éste momento las hormonas de la hipófisis anterior estimulan la maduración de un óvulo (período conocido como fase folicular), éste crece como una especie de quiste; se lo conoce como folículo grafiario hasta que llega a la superficie del ovario, donde se rompe y es liberado. El óvulo desciende hacia la cavidad peritoneal. A la salida periódica de óvulos maduros se le conoce como ovulación. El óvulo se dirige al interior de la trompa, de donde es transportado al ovario y si en su trayecto se topa con un espermatozoide, el gameto reproductor masculino, hay fecundación y, como consecuencia, puede haber concepción.

Una vez salido el óvulo, las células del folículo cambian con rapidez y poco a poco se vuelven amarillas (cuerpo lúteo). Dicha estructura secreta progesterona, hormona que prepara al útero para recibir al óvulo fecundado.

Menstruación; si no hay concepción, el óvulo muere y la membrana que reviste el interior del útero, o endometrio, que se ha engrosado y congestionado con sangre, comienza a desprenderse y sangrar. La capa superior de las células de revestimiento y la sangre que aparecen en la cavidad uterina son expulsadas por el orificio cervical y vaginal (menstruación) fenómeno que sucede aproximadamente cada 28 días, durante la vida reproductiva de la mujer. Después de terminar el flujo menstrual, el endometrio prolifera y se ensancha por la estimulación estrogénica, recurre la ovulación y el ciclo empieza de nuevo. La ovulación por lo regular se presenta a la mitad entre los periodos menstruales.

Y por último tenemos las **Trompas de Falopio (oviductos)**, las cuales se localizan junto a los ovarios por uno de sus extremos y unidas por el otro al útero.

De unos 10 cm de longitud, con una rica irrigación sanguínea, sirven como vía de paso para el óvulo expulsado por el ovario y presentan células que segregan proteínas para alimentar al óvulo cuando viaja hacia el útero. Cada una de las trompas está dividida en tres segmentos:

- el infundíbulo (arrollado alrededor de los ovarios, pero no los recubre y no está unido a ellos). Las prolongaciones de éste, las fimbrias, se hinchan en el momento de la ovulación, los cilios que las recubren y toda la trompa se extienden para captar el óvulo cuando es liberado del folículo, impulsándolo hacia la trompa y evitando que sea absorbido en la cavidad abdominal. El óvulo es impulsado a lo largo de la trompa por los cilios y por las ondas peristálticas desencadenadas por los estrógenos y las prostaglandinas. El infundíbulo se convierte en la ampolla.
- la ampolla: es en donde se produce la fecundación.
- y el istmo: éste une las trompas al útero entre el fondo y el cuerpo uterino<sup>14</sup>.

Nos abocaremos ahora a nuestro tema de mayor interés:

## **ANTICONCEPCIÓN**

El control de la natalidad no es un concepto nuevo, a lo largo de la historia se han utilizado muchos métodos para evitar el embarazo.

En la actualidad, la anticoncepción significa elegir y utilizar un método para retrasar, evitar o espaciar el embarazo. Proporciona muchas alternativas y opciones durante los años fértiles.

El rápido crecimiento de la población, ha llevado a los gobiernos de muchos países en desarrollo, a suscribir programas de planificación familiar, desde el principio de la década de los sesenta, reconociéndose así, que el aspecto sanitario asistencial de la planificación familiar, abarca el control de las enfermedades de transmisión sexual y el bienestar de madres, lactantes y niños así como el control de la natalidad.

Las opciones anticonceptivas pueden estar limitadas o potenciadas por objetivos personales o familiares de largo alcance, gastos del método, sentimientos acerca de la sexualidad, relaciones con la pareja, implicaciones culturales de la planificación de la natalidad en la vida del paciente y creencias religiosas sobre la importancia psicológica del embarazo.

Podemos decir también que las opciones anticonceptivas son sumamente individuales, todos los métodos para anticoncepción tienen el mismo objetivo - evitar el embarazo. Estos van desde métodos mecánicos, que evitan que los espermatozoides ingresen en el útero, métodos hormonales que evitan la ovulación de modo tal que no exista óvulo a fertilizar, hasta métodos "naturales" que requieren de cierta capacidad humana para perfeccionarlos.

<sup>14</sup> E. J. Dickason, B. L. Silverman, M. O. Schult, Enfermería Materno Infantil, 2ª ed, Madrid.

Se pueden distinguir los siguientes métodos anticonceptivos:

- Anticonceptivos Hormonales:
  - \* Orales (AOC- AOP)
  - \* Inyectables
  - \* Transdérmicos (parches)
  - \*de emergencia (AE)
  - \*anillo vaginal
- Métodos de barrera (preservativos, diafragma)
- Dispositivo intrauterino (DIU)
- Métodos Quirúrgicos (Vasectomía o ligadura de trompa).
- Métodos naturales o comportamentales

Para comprender el funcionamiento de cada uno de ellos se describirán a continuación los mismos.

**Los anticonceptivos hormonales** son medicamentos que contienen hormonas para evitar el embarazo, actúan principalmente como anovulatorios. En nuestro país solo se dispone para uso por vía oral, parenteral y transdérmicos.

De acuerdo a su administración se clasifican en:

- anticonceptivos orales (ACO)
- anticonceptivos inyectables
- anticonceptivos transdérmicos
- anticonceptivos de emergencia<sup>15</sup>.

Se conocen dos tipos de anticonceptivos **orales**:

-combinados con progestina-estrógeno

-solo progestina.

Son píldoras que contienen dosis bajas de 2 hormonas, una progestina y un estrógeno, iguales a las hormonas naturales progesterona y estrógeno presentes en el cuerpo de la mujer.

Los anticonceptivos orales combinados (AOC) son también conocidos como "la píldora", píldoras combinadas de baja dosis.

Funcionan previniendo la liberación de óvulos de los ovarios (ovulación)<sup>16</sup>.

La efectividad del mismo depende de la usuaria; esta determinada por la continuidad en el uso y oscila entre 6 a 8 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso. Usados en forma correcta la eficacia es de 0.1 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso, o sea que 92 de cada 100 mujeres que usan AOC no quedaran embarazadas.

Estos se deben ingerir siempre a la misma hora del día con la finalidad de generar hábito, disminuyendo así los olvidos.

Tanto en presentaciones de 21 o 28 comprimidos el primer paquete se debe comenzar a tomar un comprimido por día a partir del primer día de la menstruación.

En las presentaciones de 21 comprimidos, se hará una semana de descanso entre el último comprimido y el inicio del siguiente paquete, comenzando nuevamente al octavo día desde el último comprimido.

En las presentaciones de 28 comprimidos no se hará pausa, se toman de forma continua.

Los anticonceptivos **orales solo con progestina** son píldoras que contienen dosis muy bajas de una progestina igual que la natural presente en la mujer.

---

<sup>15</sup> Ministerio de Salud Pública. Guías en Salud Sexual y Reproductiva, Capítulo Anticoncepción, Uruguay, 2007.

<sup>16</sup> O.M.S., Planificación familiar, Manual para proveedores, 2007.

No contienen estrógeno y por tanto se pueden utilizar durante la lactancia y son aptas para mujeres que no pueden usar métodos con estrógenos.

Son conocidas también como "mini píldoras"

Su eficacia depende de la usuaria, para mujeres que menstrúan aumenta el riesgo de embarazo si se retrasa o se saltea la ingesta de la píldora.

Para mujeres que amamantan se produce aproximadamente 1 embarazo cada 100 mujeres que utilizan AQP en el primer año.

Es menos efectivo para mujeres que no están amamantando, se producen aprox. 3 a 10 embarazos por 100 mujeres en el primer año.

**El implante** es un método hormonal para la regulación de la fertilidad que consiste en pequeñas cápsulas ó cilindros plásticos de igual tamaño (tamaño de un fósforo), que son insertadas apenas por debajo de la piel. Las cápsulas y varillas liberan constantemente dosis de progestina lo que produce el efecto anticonceptivo.

Se trata de uno de los métodos más eficaces y de mayor duración. Menos de 1 embarazo cada 100 mujeres que utilizan este método en el primer año.

Para su inserción el médico especialista realiza un procedimiento de cirugía mínima para colocar los implantes bajo la piel, en la cara interna de la parte superior del brazo de la usuaria.

El implante libera una única hormona, progestina, que detiene la ovulación y actúa sobre el endometrio y el moco del cuello del útero.

Provocando espesamiento del mucus cervical, lo que bloque los espermatozoides no permitiéndoles llegar al ovulo y una distorsión del ciclo menstrual, evitando la liberación de óvulos de los ovario.

Existen varios tipos de implantes. Dependiendo de ello brindan protección contra embarazo a largo plazo, de entre 3 a 7 años de eficacia.

Otros anticonceptivos hormonales son los **inyectables**, los cuales son de acción prolongada; existen preparados para uso mensual y trimestral.

Los trimestrales no contienen estrógeno, por lo que pueden ser utilizados por mujeres que están amamantando y por las que no pueden usar métodos con estrógeno.

Por el contrario los inyectables mensuales contienen tanto estrógeno como progestina.

Es un método que esta siendo muy elegido, en especial por la comodidad y la discreción que permite su uso. Se suelen indicar en situaciones en que existe dificultad en la toma diaria (discapacidad intelectual, alteraciones de conducta, etc).

Si no hay retrasos en su uso son muy efectivos. Se producen menos de 1 embarazo cada 100 mujeres en el correr del primer año, o sea, 3 por 1000 mujeres.

Su vía de administración es por vía intramuscular profunda y lenta, de preferencia en la región glútea. Funciona fundamentalmente evitando la liberación de óvulos de los ovarios

En caso de los combinados la primera inyección se debe aplicar en los primeros 5 días después de iniciada la menstruación y las inyecciones subsiguientes se repetirán cada 30 días, más menos 3 días. En puérperas que no amamantan, la administración se puede iniciar después de la tercera semana del parto o de la cesárea.

Uno de los últimos anticonceptivos hormonales que se han conocido son los **transdérmicos (parches)**, de los cuales existen diferentes presentaciones pero en Uruguay solo se dispone de un sistema de parches que contienen gestágeno y estrógeno<sup>17</sup>.

<sup>17</sup> Ministerio de Salud Pública. Guías en Salud Sexual y Reproductiva, Capítulo Anticoncepción, Uruguay, 2007.

Es un plástico pequeño, delgado, cuadrado y flexible, que se usa adherido al cuerpo. Libera continuamente dos hormonas directamente a través de la piel al torrente sanguíneo<sup>18</sup>.

En condiciones ideales de uso la tasa de embarazo es de un embarazo cada 100 mujeres al año. La efectividad a sido menor en mujeres con un peso > a 90 kilos.

Estos parches (tres) se aplican semanalmente en un ciclo de cuatro semanas. Se debe aplicar en glúteos, abdomen, espalda o en los miembros. Se aplica sobre la piel limpia y seca en las semanas uno, dos, tres y se deja la cuarta semana libre de parche. Cada parche no se debe dejar más de 7 días. Se recomienda comenzar su uso el primer día de la menstruación y que mantenga el día de colocación del primer parche como día fijo para el cambio de los parches.

Los **anticonceptivos de emergencia (AE)** son métodos que la mujer puede utilizar luego de una relación sexual sin protección anticonceptiva, con el fin de evitar un embarazo no deseado. La mujer debe estar preparada también para emplearlos cuando hubo inconvenientes con otros métodos (ruptura o deslizamiento del preservativo, expulsión del dispositivo intrauterino, olvido al tomar varias píldoras anticonceptivas, etc.).

Pueden ser combinadas o exclusivamente de gestágeno. En nuestro país no se dispone de preparados combinados especiales por lo que se usan los anticonceptivos combinados tradicionales con etinil-estradiol y Levonorgestrel.

Funcionan fundamentalmente evitando o retrasando la liberación de óvulos de los ovarios.

Cabe aclarar que las pastillas anticonceptivas de emergencia no interrumpen un embarazo establecido ni causan un aborto.

Este método es muy eficaz para prevenir embarazos en situaciones de emergencia, pero es menos eficaz que los métodos anticonceptivos modernos de uso regular.

Las pastillas anticonceptivas de emergencia con Levonorgestrel previenen el 85% de los embarazos. La eficacia anticonceptiva se relaciona con el tiempo transcurrido entre el acto sexual no protegido y la ingestión de las pastillas, disminuyendo la eficacia a medida que se prolonga el intervalo.

Se puede emplear de dos maneras:

- a) Usar dos dosis de 750 ug de Levonorgestrel, cada una, separada por un intervalo de 12 hs., e incliéndolas dentro de las 72 hs. del coito sin protección.
- b) Usar una dosis única de 1500ug de Levonorgestrel<sup>19</sup>.

Los **métodos anticonceptivos de barrera** incluyen el conjunto de operativos mecánicos que, aplicados sobre el aparato genital masculino o femenino, bloquean el acceso de espermatozoides al canal cervical. Tradicionalmente se ha considerado que los espermicidas deben añadirse a este grupo de sistemas contraceptivo. El daño irreversible que estos preparados producen al gameto masculino, acaba consiguiendo bloquear la progresión de los mismos a través del canal y/o la posibilidad de fecundar con éxito al ovulo. Por esto se han tomado como sistemas de barrera químicos.

Dentro de los anticonceptivos de barrera tenemos el condón masculino, el condón femenino, y el diafragma.

El **condón masculino** es un método de barrera que consiste en una delgada funda de látex, que se coloca sobre el pene erecto y se mantiene colocado durante toda la relación sexual; forman una barrera que impide que los espermatozoides entren en la vagina.

<sup>18</sup> O.M.S., Planificación familiar, Manual para proveedores, 2007.

<sup>19</sup> Ministerio de Salud Pública. Guías en Salud Sexual y Reproductiva, Capítulo Anticoncepción, Uruguay, 2007.

Es el único método junto con el preservativo femenino que protege de las enfermedades de transmisión sexual.

Su efectividad depende de la destreza en su uso, en condiciones ideales de uso la eficacia en el primer año es del 92%, llegando a alcanzar un 97%, o sea 2 cada 100 mujeres.

El mismo se debe colocar previo al inicio del coito, con el pene erecto.

Al colocar el condón hay que dejar una pequeña porción libre sobre el glande y desenrollarlo sobre el pene erecto.

Al culminar el acto sexual, retirar el pene de la vagina cuando aun está erecto e inmediatamente quitarse el preservativo para evitar el derramamiento de esperma. Se debe chequear que no haya rotura del condón.

Se debe utilizar un condón en cada coito<sup>20</sup>.

El **condón femenino** consiste en una bolsa intravaginal de políuretano lubricada, parecida al condón masculino pero más amplio, que se adaptan a la vagina. El extremo cerrado posee un anillo flexible, el que se debe insertar en la vagina dejando hacia afuera el extremo abierto. El condón femenino funciona actuando como barrera que mantiene los espermatozoides fuera de la vagina, evitando el embarazo.

Utilizado en forma perfecta y consistente su eficacia es que de cada 100 mujeres que utilizan el condón femenino correctamente durante un año, 5 quedarán embarazadas. Para su colocación, que puede ser hasta 8 hs antes del sexo, se debe elegir una posición cómoda (cucullas, sentada, levantando una pierna, etc.), sostener el aro por el extremo cerrado y apretarlo de modo que quede largo y angosto. Con la otra mano separar los labios externos y ubicar la abertura de la vagina.

Luego empujar suavemente el aro interno dentro de esta lo más que se pueda introduciendo un dedo en el condón para empujarlo a su posición. Tienen que quedar cerca de 2 a 3 cm del condón y el aro externo fuera de la vagina.

Para mantener nuevamente sexo se debe utilizar un nuevo condón.

Otro método de barrera utilizado es el **diafragma**, es un capuchón de látex blando que cubre el cérvix, también pueden haber diafragmas plásticos. El borde contiene un resorte firme y flexible que mantiene el diafragma en su lugar. Se utiliza con crema, gel o espuma espermicida para mejorar su eficacia. Funciona impidiendo la entrada del esperma al cervix; el espermicida mata o inutiliza el esperma. Ambos impiden que el esperma entre en contacto con el ovulo. Viene en diferentes tamaños por lo que debe ser medido y recetado por un profesional de la salud y solo se obtiene bajo receta médica.

No evita enfermedades de transmisión sexual.

Utilizado adecuadamente, (es decir, que el diafragma se encuentre correctamente colocado y sea usado cada vez que se tiene relaciones sexuales) la tasa de falla del diafragma es de aproximadamente 6 embarazos de cada 100 mujeres durante el primer año de uso.

No debe ser colocado con más de 6 hs de anticipación de tener sexo. Para su colocación el arco metálico se aprieta entre los dedos, dándole forma de 8 y se introduce en la vagina hacia dentro y abajo, siguiendo la pared vaginal posterior. Una vez en el fondo, con el dedo índice se eleva el borde anterior y se coloca sobre la fosa retropúbica; se tracciona del borde anterior hacia abajo y hacia afuera. Se lava y se guarda en el estuche. Se debe dejar colocado por lo menos 6 hs pero no más de 24 hs después de la relación sexual<sup>21</sup>.

<sup>20</sup> Ministerio de Salud Pública. Guías en Salud Sexual y Reproductiva, Capítulo Anticoncepción, Uruguay, 2007.

<sup>21</sup> O.M.S., Planificación familiar, Manual para proveedores, 2007.

Cabe destacar que se desarrollará con más énfasis el **método intrauterino (D.I.U.)** Es uno de los métodos reversibles mas seguro de los que se dispone, aunque no cuenta con la aceptación general de las usuarias, sus parejas o sus familias. Lo que ha llevado, generalmente, a esta falta de popularidad ha sido la falta de información, comentarios populares y mitos basados en malas experiencias.

Intrauterino simplemente significa "dentro del útero".

En este método, interviene siempre un especialista que coloca cuidadosamente un dispositivo de plástico flexible con un alambre de cobre dentro del útero, donde en la parte inferior de este hay unos hilos de polietileno (guías para controlarlo). Debido a que el DIU tiene la forma adecuada para acomodarse convenientemente dentro del útero, nunca se siente la presencia del mismo.

Pero en todos los casos es obligación del profesional de la salud explicar con claridad a la potencial usuaria los motivos que desaconsejan o apoyan el uso de este método en cada situación individual.

Los dispositivos intrauterinos se clasifican en:

- No medicados o inertes
- Medicados (con cobre, con sistemas liberadores de hormonas, etc.)

Todos los DIU que son utilizados en nuestro país son los llamados dispositivos medicados.

Dentro de los medicados con cobre tenemos los: Tcu 380 A, TC 200B y el Nova T, Multiload-Cu375, mientras que los con hormonas solo tenemos el llamado Mirena (liberador de Levonorgestrel).

**La T de Cobre 380 A** es el DIU mas usado en nuestro país, con forma de T de polietileno adicionado con sulfato de bario (para permitir su identificación y visualización con rayos X). Contiene en su rama vertical un hilo de cobre fino enrollado y en sus ramas transversales dos mangas de cobre soldo.

Tiene un largo de 36 mm y un ancho de 32 mm. En su parte inferior tiene un monofilamento de polietileno de color blanco que esta anudado a través de un orificio a la base de la rama vertical, creando un efecto de doble cola, que facilita su extracción.

Su aplicados tiene un diámetro de 4.4 mm.

La durabilidad probada en ensayos clínicos fue de 10 años.

**La Tcu 200 B** es una T de cobre, con cuerpo de polietileno radio-opaco que contiene 200 mm<sup>2</sup> de cobre enrollado exclusivamente en su rama vertical. Tiene una doble cola de polietileno de colores variables, anudada en su base.

El largo de dicha rama es de 36 mm y el ancho de la rama transversal de 32 mm. Su aplicador tiene un diámetro de 4.4 mm.

La durabilidad sugerida es de 6 años.

**La Nova T** es una T de polietileno radio-opaco. Tiene alma de plata y en su cuerpo tiene un hilo fino de cobre enrollado. El hilo de polietileno de su extremo inferior es doble y de color marrón o negro. El largo y el ancho del mismo es de 32 mm. Su aplicador tiene un diámetro de 3.6 mm.

El tiempo de durabilidad sugerido en ensayos clínicos es de 5 años.

El **Multiload-Cu 375** es un dispositivo Intrauterino con brazos laterales flexibles, de polietileno. Alrededor del eje central se enrolla un alambre de cobre, dando una superficie total de cobre de 250 mm<sup>2</sup> y 375 mm<sup>2</sup> respectivamente.

Un hilo monofilar está sujeto a un eje central.

La longitud del eje central del dispositivo es de 35 mm.

Aunque los mecanismos exactos por los cuales los DIU ejercen su efecto anticonceptivo no están completamente definidos, la evidencia reciente indica que en un principio actúan evitando que el esperma fertilice el óvulo.

Especialmente los dispositivos intrauterinos que contienen cobre, inducen una respuesta inflamatoria local intensa, que a su vez producen una activación lisosomal y otros cambios inflamatorios que actúan como espermicidas.

La presencia de cobre metálico no sólo mejora la eficacia anticonceptiva de Multiload, sino que también hace que el eje central sea radio-opaco.

Los brazos laterales de Multiload aseguran que el DIU permanezca en la posición más alta posible contra el fondo uterino, sin que en modo alguno distienda la cavidad uterina.

La influencia anticonceptiva del cobre está relacionada con la oxidación de átomos y la posterior disolución de los óxidos en el medio intrauterino. Multiload-Cu 375 la liberación diaria media de cobre es de 18 y 30 microgramos respectivamente.

Multiload esta destinado solo para un único uso y debe ser insertado por un médico.

Tipos de Multiload a ser colocados:

Multiload-Cu 375 está disponible en:

- El tipo STANDARD para úteros con histerometría entre 6 y 9 cm.

Se aconseja que el dispositivo Multiload-Cu 375 se reemplace cada 5 años

El **Mirena** es una T de polietileno adionada con sulfato de bario cuyo cuerpo esta rodeado por un cilindro que contiene Levonorgestrel. La hormona se encuentra rodeada por una membrana que permite su liberación de forma controlada en una dosis de 20microgramos por día. El largo y el ancho del dispositivo son de 32 mm. Su aplicador tiene un diámetro de 4.75 mm.

El tiempo útil demostrado en ensayos clínicos fue de 5 años<sup>22</sup>.

El mecanismo de acción de los DIU difiere de acuerdo de si es no medicado o medicado, y en los medicados difiere según contengan cobre u hormonas.

En los medicados con cobre los principales mecanismos que actúan son:

- Inactivación de los espermatozoides e intervención en su migración desde la vagina a las trompas de Falopio por aumento de la viscosidad del moco cervical.
- Alteración de la velocidad de transporte del ovulo a través de las trompas de Falopio.
- Imposibilidad de la implantación del blastocito debido a la respuesta inflamatoria local de bajo grado.
- Acortamiento del tiempo de vida de ambos gametos (ovulo y espermatozoide).

Y en los medicados con hormonas debe agregarse:

- La producción de atrofia endometrial por acción de los progestágenos.

Este método anticonceptivo tiene ventajas así también como algunas desventajas.

Dentro de las ventajas encontramos:

-gran duración del método.

-muy bajo costo.

-rápidamente reversible.

-se pueden usar durante la lactancia.

-pueden colocarse inmediatamente después de un parto, aborto o cesárea, con excepción de los liberadores de hormonas.

-no interactúan ni intervienen con medicamentos.

-los liberadores de hormonas disminuyen el sangrado menstrual y la dismenorrea cuando la hay.

Las desventajas son pocas, entre ellas tenemos:

-sangrado menstrual abundante y en ocasiones mas prolongado, excepto en los medicados con hormonas.

-sangrado o goteo vaginal mesocíclico.

-aparición o aumento del dolor menstrual (dismenorrea).

-no protege contra las enfermedades de transmisión sexual.

---

<sup>22</sup> Ministerio de Salud Pública. Guías en Salud Sexual y Reproductiva, Capítulo Anticoncepción, Uruguay, 2007.  
[www.anticoncepcion.com.ve/profesionales/venezuela](http://www.anticoncepcion.com.ve/profesionales/venezuela)

Su efectividad varía según las características de los diferentes tipos de DIU como el tamaño, la forma, si están medicados o no, la presencia y cantidad de cobre y según algunas características de las mujeres como la edad y la paridad, estos factores van a contribuir en la efectividad.

También está influida por variables médicas como la facilidad de inserción y la experiencia clínica, variables inherentes a la usuaria como la detección de la expulsión y el acceso a servicios de asistencia médica para su posterior control.

La eficacia asignada según su uso común es de 0.8 embarazos por cada 100 mujeres en los 12 primeros meses de uso, y en condiciones ideales sube a 0.6 embarazos por cada 100 mujeres.

La elección de este método anticonceptivo debe estar basada en dos pilares fundamentales: la mujer que habiendo sido informada opta libremente por el método y la evaluación clínica efectuada por el técnico.

Luego de que la mujer libremente solicita la inserción del DIU, para lo cual la misma debe estar plenamente informada sobre dicho método, se procede a determinar por parte de los miembros del equipo de salud si es o no el método apropiado para ella. En ese momento se procederá a la inserción del dispositivo, para lo cual existen dos situaciones diferentes.

Una es cuando la mujer se encuentra en el período menstrual, es un momento ideal para ello porque el cuello se encuentra parcialmente dilatado y se reduce la posibilidad de insertar el DIU sobre un embarazo pre existente.

Y la otra es cuando la mujer se encuentra fuera del período menstrual, se podrá colocar en los primeros 12 días de iniciado el ciclo, siempre que la probabilidad de embarazo sea baja si el DIU es de cobre. Si el DIU a insertar es hormonal, se recomienda no hacerlo más allá del octavo día desde el inicio de la menstruación. Se podrá colocar en cualquier momento si previamente se descartó la gravidez mediante estudio de gonadotropina coriónica.

La técnica de inserción es una maniobra invasiva que requiere personal capacitado y con entrenamiento.

Colocando a la paciente en posición ginecológica y previa colocación de guantes se realiza un correcto examen pélvico bimanual para determinar el tamaño, estructura y posición del útero. Mediante técnica aséptica el operador se calza guantes estériles, desinfecta la zona perineal, coloca a la paciente un espéculo y a continuación desinfecta el cuello y vagina con un antiséptico. Luego toma suavemente el labio anterior del cuello con una pinza de Pozzi o Museaux, con la mano menos hábil se toma dicha pinza, y se eleva ligeramente para exponer el orificio cervical externo.

Todas las maniobras deben ser delicadas y precisas, y regidas por el principio de "no tocar" que consiste en colocar el DIU en el insertor dentro del envoltorio estéril, evitando tocar el extremo distal del DIU, a la vez de procurar que este no toque las paredes vaginales ni las del espéculo, para disminuir las posibilidades de infecciones durante la colocación.

Luego de realizada la medición de la cavidad uterina (histerometría) se ajustará con la regla centimetrada, la longitud del insertor que será introducida en el útero.

Con la mano más hábil se procederá a introducir el mismo que contiene el DIU, llevándolos hasta el fondo uterino, procediendo a impulsar el embolo en forma delicada, pasando a retirar finalmente el insertor y cortar las tanzas para que no salgan en forma espontánea por fuera de la vagina. Al finalizar se retira al pinza y el espéculo.

Una vez colocado el DIU se realizan algunas recomendaciones como:

**Antibióticoterapia profiláctica:** esta se usará solo cuando la técnica de inserción haya sido muy laboriosa, existan dudas sobre el respeto de la técnica de no tocar, o se sospeche de infección genital baja. En esos casos se recomienda antibióticos profilácticos.

El uso de analgésicos es necesario en pocas oportunidades, en caso de que la usuaria lo requiera se recomendarán analgésicos de tipo antiespasmódicos en las 24 hs que siguen a la inserción.

Se recomienda evitar las relaciones sexuales en los 7 días siguientes a la colocación del dispositivo, excepto en los casos de colocación pos parto o cesárea en los que se recomendará el reinicio de las mismas luego de los 40 días.

Se debe advertir a la mujer sobre posibles adelantamientos del ciclo y sangrados intermenstruales en los primeros dos o tres meses, el aumento del volumen menstrual (excepto en los DIU liberadores de hormonas), estas situaciones son habituales y no deben generar preocupación.

En caso de los DIU liberadores de hormonas se debe advertir previo a la colocación la posibilidad de provocar desaparición de sangrados menstruales.

Y se recomendará una consulta urgente ante:

-la expulsión del dispositivo.

-dolor que no calma con analgésicos comunes.

-flujo fétido.

-si el sangrado es mayor en cantidad (mas de 6 adherentes en un día) y en duración (mas de 7 días).

-presencia de sangrado intermenstrual.

Otro de los puntos muy importantes es la realización de los controles clínicos y paraclínicos. El primer control luego de la colocación del DIU se realizará al mes de la inserción, mediante interrogatorio sobre su adaptación, examen genital con visualización de las tanzas del dispositivo, o se puede realizar ecografía para certificar la posición intrauterina.

Posteriormente los controles se harán en forma anual y en algunas excepciones cada 6 meses según indicación médica.

Por último debemos mencionar algunas de las principales complicaciones.

La mas frecuente y la principal causa de remoción del dispositivo son la hipermenorrea, menometrorragia y dolor. Esta complicación es mas frecuente en los DIU no medicados. Cuando la intensidad de los síntomas lo justifique este se podrá extraer, habiendo probado previamente respuesta a analgésicos durante 10 a 12 días.

En caso de que una metrorragia intermenstrual es repetitiva y altera el confort de la mujer, se indica tratamiento antiinflamatorio, antibiótico u hormonal, de acuerdo a la existencia de otros síntomas acompañantes. Si a pesar de esto los síntomas persisten se deberá extraer el dispositivo. Estas mujeres pueden beneficiarse con la inserción de un DIU con Levonorgestrel.

Puede existir también una predisposición a infecciones genitales inespecíficas en estas usuarias, un agente etiológico común entre ellas de DIU es el Actinomyces israelí que responde al tratamiento con Azitromicina.

Otra de las complicaciones, aunque poco frecuentes, es la Enfermedad Inflamatoria Pélvica Aguda (EIPA), esta enfermedad es indicación de extracción del DIU.

La misma se realizará luego de un mínimo de 6 hs de antibioticoterapia parenteral. Estos se mantendrán entre 24 y 48 hs, o hasta la desaparición de la fiebre. Luego de terminar el tratamiento parenteral se continuara con antibióticos vía oral por un lapso mínimo de una semana.

La perforación, si bien es otra complicación, es más frecuente durante el momento de la inserción del DIU y más probable en úteros puerperales y en úteros en retroversoflexión. La frecuencia de que esto suceda es muy baja. Si la perforación se advierte en el procedimiento de la colocación, el mismo se debe suspender y extraer el DIU. Y si se advierte mas de dos semanas después de colocado, la extracción debe hacerse con ayuda laparoscopia.

Como complicaciones nos podemos encontrar con la expulsión del dispositivo, la cual se puede deber a una mala inserción, aunque se puede producir también en las que se ha insertado correctamente.

Las expulsiones pueden ocurrir durante el primer año de uso pero es más común en los tres primeros meses luego de la inserción. Los factores que influyen en la expulsión son muchos por lo que para una nueva reinscripción se deberá valorar la situación clínica de la usuaria. Las mujeres con úteros pequeños, las jóvenes que nunca han estado embarazadas, las que padecen malformaciones uterinas o miomas y las mujeres con severa dismenorrea y menstruaciones muy voluminosas tienen mayor chance de expulsión.

Como últimas complicaciones a mencionar surge el embarazo ectópico, aunque se ha visto que este embarazo es menos frecuente en mujeres que usan el DIU si se las compara con mujeres que no usan ningún método anticonceptivo.

Las mujeres que utilizan este método deben ser advertidas sobre los signos y síntomas de un embarazo ectópico, tales como dolor abdominal, spotting intermenstrual, genitorragia, en una mujer con signos de presunción o sospecha de embarazo; y ante estos síntomas se promoverá la consulta urgente.

Y por último se puede producir un embarazo intrauterino, en este caso se le debe informar a la mujer sobre los riesgos de mantener el DIU o de extraerlo; y si otorga su consentimiento se intentará extraerlo.

El principal riesgo consiste en la posibilidad de un aborto espontáneo, esta eventualidad se produce en más de la mitad de las embarazadas que mantienen el DIU.

A su vez, más de la mitad de estos abortos que se producen en dichas mujeres se producen en la segunda mitad del embarazo. Por otro lado, con la extracción del dispositivo, se intenta evitar el parto prematuro, la rotura prematura de membranas, la infección ovular y la endometritis puerperal. La extracción se debe realizar siempre que se vean las cerdas del DIU. Cuando se dispone de ecografía es recomendable verificar si el DIU se encuentra por debajo del polo inferior del huevo, y de ser así la remoción será más segura.

En ocasiones el DIU podrá pasar a la cavidad abdominal pelviana, a lo que se le denomina traslocación. Ante esta situación se deberá localizar mediante radiografía simple, o ecografía. Si se cuenta con laparoscopio la usuaria se beneficiará de la extracción mediante técnica translaparoscópica.

En resumen los motivos que llevan a la extracción del DIU son:

- porque la mujer lo solicita.
- porque se ha completado la vida útil del DIU.
- porque se ha completado un año de la última menstruación.
- porque se han presentado algunas de las complicaciones anteriormente mencionadas<sup>23</sup>.

Las contraindicaciones para su colocación son:

- embarazo.
- sépsis puerperal o aborto séptico.
- menos de 3 meses del fin de enfermedad inflamatoria pélvica.
- anomalías o miomas de la cavidad uterina o del cuello que impiden la inserción o no la garantizan.
- sangrado vaginal inexplicable.
- enfermedad inflamatoria pélvica actual o en los últimos 3 meses.
- enfermedad trofoblástica gestacional maligna.
- cáncer cervical o de endometrio.
- menos de 3 meses de una ITS.

---

<sup>23</sup> Ministerio de Salud Pública. Guías en Salud Sexual y Reproductiva, Capítulo Anticoncepción, Uruguay, 2007.

Como otro tipo de anticoncepción tenemos los **métodos quirúrgicos**, es una anticoncepción permanente para mujeres y/o hombres que ya no van a querer tener más hijos, destinados a brindar una protección de por vida. Son muy eficaces contra el embarazo y en general no son reversibles. No son indicados en el adolescente. Estos métodos pueden ser en la mujer o en el hombre, con el nombre de esterilización.

A la esterilización femenina se le llama también esterilización tubaria, ligadura de trompas, anticoncepción quirúrgica voluntaria, minilaparotomía y "la operación".

Los dos abordajes quirúrgicos más frecuentes son:

- La minilaparotomía, supone la realización de una pequeña incisión en el abdomen. Se traen las trompas de Falopio a la incisión, para cortarlas o bloquearlas.
- La laparoscopia, supone la inserción en el abdomen de un tubo largo y fino con una lente, a través de una pequeña incisión. Este laparoscopio posibilita al médico ver y bloquear o cortar las trompas en el abdomen.

El funcionamiento es porque al bloquear o cortar las trompas los óvulos liberados por los ovarios no pueden moverse por las trompas y por lo tanto no entran en contacto con los espermatozoides.

Es uno de los métodos más eficaz, pero supone un cierto riesgo de falla. Menos de 1 embarazo por 100 mujeres en el correr de el primer año después del el procedimiento (5 por 1000), o sea 995 de cada 1000 mujeres con esterilización femenina no se embarazan. Aunque a más de 10 años de uso la efectividad es de 2 embarazos por 100 mujeres.

La fertilidad no se restablece porque en general la esterilización no puede interrumpirse ni revertirse. La cirugía para revertirlo es difícil, costosa y no esta disponible en la mayoría de las áreas; cuando esta se realiza a menudo no logra que la mujer luego se embarace.

La esterilización masculina es denominada vasectomía. Es un método de anticoncepción permanente para aquellos hombres que no quieren tener más hijos. Es también llamada anticoncepción quirúrgica masculina.

A través de una punción o una pequeña incisión e el escroto, el medico ubica ambos conductos que transportan el esperma al pene (conductos deferentes) y los secciona o bloquea mediante ligadura o aplicando calor o electricidad (cauterización).

Actúa cerrando el paso a través de ambos conductos deferentes, impidiendo el pasaje de los espermatozoides del semen. Se eyacula semen pero no puede generar embarazo.

Luego de los primeros 120 días de efectuado el procedimiento la eficacia en términos ideales y reales se aproxima al 100%, en el primer año siguiente a dicho procedimiento<sup>24</sup>.

Otro tipo de anticoncepción son los **métodos naturales o comportamentales**, los cuales no son recomendados porque son muy poco seguros.

Son métodos utilizados para prevenir embarazos mediante la observación de los signos y síntomas que aparecen de modo natural en las fases fértiles e infértiles del ciclo menstrual, y la abstención de las relaciones sexuales durante la fase fértil si no se desea el embarazo.

El conocimiento anatómico y funcional del aparato reproductor es fundamental para comprender dichos signos y síntomas.

La definición de la OMS se refiere esencialmente a los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad de la mujer e incluye:

- el método del calendario o del ritmo.
- filancia del moco cervical.
- temperatura basal corporal (TBC).
- el método sintotérmico.

<sup>24</sup> O M S. Planificación familiar. Manual para proveedores. 2007.

**Eficacia:** los métodos naturales tienen una eficacia ideal de 91%, aunque la eficacia real es menor al 80%, lo que los hace métodos poco seguros.

Cabe mencionar las ventajas y desventajas que proporciona este método de anticoncepción.

Las ventajas son: que son de bajo costo, no interfieren con la lactancia, no representan riesgo vital para las usuarias en ningún caso; y las desventajas es que se debe tener un conocimiento estricto de los ciclos menstruales, lo que requiere disciplina, y ciclos menstruales regulares e introducen condicionamientos en el libre ejercicio de la sexualidad en sus diversas expresiones.

Debemos mencionar también otro método anticonceptivo natural, donde el varón tiene un rol preponderante, el coito interruptus.

Este método también llamado método del "retiro", es controlado por el hombre que se ha usado durante siglos. Consiste en retirar el pene de la vagina previo a la eyaculación<sup>25</sup>.

Y por último podemos mencionar los métodos químicos que son sustancias químicas que deben colocarse profundamente en la vagina, próximo al cérvix, antes del sexo; pues su acción es directamente lesiva sobre los espermatozoides. Dentro de estas sustancias la más conocida es el Nonoxinol-9, que elimina los espermatozoides, o los inmovilizan en el interior de las vías genitales, impidiendo así la unión del óvulo con el espermatozoide. Los espermicidas se presentan en una variedad de fórmulas que incluyen supositorios, gel, crema, comprimidos de espuma, latas de espuma presurizada. Justo antes de tener relaciones sexuales, debes insertar el producto bien profundo en la vagina con la mano o por medio de un aplicador especial. Algunos condones ya contienen espermicida. Actúan rompiendo la membrana de las células del espermatozoide, matándolos o entorpeciendo su movimiento. Esto evita el contacto del espermatozoide con el óvulo.

Este es uno de los métodos de planificación familiar menos eficaces. Siendo utilizados de manera correcta en cada acto sexual, se producen cerca de 18 embarazos cada 100 mujeres en el correr del primer año.

Un espermicida es altamente eficaz cuando se utiliza con otro método de barrera como los condones, el diafragma o el capuchón cervical.

Si bien pueden tener acción antimicrobiana no evita las ITS<sup>26</sup>.

---

<sup>25</sup> Ministerio de Salud Pública. Guías en Salud Sexual y Reproductiva, Capítulo Anticoncepción, Uruguay, 2007.

<sup>26</sup> O.M.S., Planificación familiar, Manual para proveedores, 2007.

## **4- ASPECTOS METODÓLOGICOS**

### **Tipo de estudio:**

Metodológicamente corresponderá a un estudio retrospectivo de tipo descriptivo, de corte transversal.

### **Área geográfica:**

Se realizará en la República Oriental del Uruguay en el departamento de Florida, en el Hospital Raúl Amorín Cal.

### **Universo:**

Todas las usuarias adultas, entre 19 y 49 años que utilizaron como método anticonceptivo el DIU, que asistieron para su colocación al Hospital Dr. Raúl Amorín Cal de la ciudad de Florida, en el período comprendido del 1 de enero del 2007 al 31 de diciembre de 2007 y que acepten participar en el estudio.

### **Muestra:**

Será de tipo no probabilística tomada por conveniencia dado que se entrevistarán a mujeres entre 19 y 49 años que utilizaron como método anticonceptivo el DIU en un período superior a un año, las cuales asistieron para su colocación al Centro de Salud y que acepten participar en el estudio.

### **Criterios de inclusión:**

- Mujeres entre 19 y 49 años.
- Que concurrieron al Centro de Salud, en el año 2007.
- Utilizaron como método anticonceptivo el DIU.
- Su uso deberá exceder a un año de colocado.
- Que acepten participar del estudio.

## **PRESENTACIÓN DE LAS VARIABLES DEL OBJETO DE ESTUDIO Y SU MEDICIÓN:**

### **DEFINICION Y OPERACIONALIZACION DE VARIABLES:**

#### **1. Edad.**

Definición conceptual: Tiempo que ha vivido una persona, cada uno de los periodos que se considera dividida la vida humana.

Definición operativa: Número de años vividos hasta el momento de realizada la entrevista.

Clasificación: Cuantitativa continua.

Indicador: sujetos cuyas edades se ubican entre los 19 y 49 años.

#### **2. Nivel de instrucción.**

Definición conceptual: Nivel de Instrucción o escolaridad de la usuaria.

Definición operativa: Último año aprobado dentro de la educación formal.

Clasificación: Cualitativa nominal.

Indicadores: - analfabeto.

- primaria incompleta.

- primaria completa.

- secundaria Incompleta.

- secundaria completa.

- terciaria incompleta.

- terciaria completa.

#### **3. Situación de pareja.**

Definición conceptual: Situación o estado civil de la mujer.

Definición operativa: Condición del estado civil que adquiere un individuo para su vida.

Clasificación: Cualitativa nominal.

Indicadores: -Estable.

-No estable.

#### **4. Apoyo de la pareja en el cuidado de su salud sexual y reproductiva.**

Definición conceptual: Soporte físico y psicológico de la pareja en el cuidado de la salud sexual y reproductiva.

Definición operacional: Actitud de la pareja con respecto a la Intervención y participación en el cuidado de la salud sexual y reproductiva.

Clasificación: Cualitativa nominal.

Indicadores: -Si.

-No.

### **5- Forma de apoyo de la pareja en el cuidado de su salud sexual y reproductiva.**

Definición conceptual: Manera en que el hombre- pareja contribuye a cuidar la salud sexual y reproductiva de su mujer.

Definición operacional: Como el hombre participa en la salud sexual y reproductiva de ambos.

Clasificación: Cualitativa nominal.

Indicadores: Se van a realizar categorías de respuestas agrupando según lo que conteste cada persona.

### **6. Tiempo utilizado como método anticonceptivo.**

Definición conceptual: Medición en meses, años del uso del dispositivo intrauterino como método anticonceptivo.

Definición operacional: Datos concretos que aporta la mujer acerca del tiempo que usa el dispositivo intrauterino como método anticonceptivo.

Clasificación: Cuantitativa continua.

Indicadores: -menor a un año.

-De 1 a 3 años.

-De 3 a 5 años.

-De 5 a 8 años.

-De 8 a 10 años.

-Más de 10 años.

### **7. Frecuencia del control del DIU.**

Definición conceptual: Tiempo que tarda la mujer para consultar al especialista para valorar el dispositivo Intrauterino.

Definición operativa: Tiempo aproximado en que concurre la entrevistada a controlar el dispositivo Intrauterino.

Clasificación: Cualitativa nominal.

Indicadores: -Cada 6 meses.

-Anualmente.

-Más de un año.

-Nunca.

### **8. Motivos influyentes en la no realización del control del DIU.**

Definición conceptual: Causa que obstaculiza que la mujer se controle el dispositivo intrauterino.

Definición operativa: Motivos por los cuales la mujer no concurre adecuadamente al control del dispositivo intrauterino.

Clasificación: Cualitativa nominal.

Indicadores: -No se planteó el tema.

-No conoce la frecuencia adecuada de los controles

-El médico nunca se lo propuso.

-Falta de tiempo.

-No lo considera necesario.

-Temor.

-Vergüenza.

-Otros.

### **9. Información del control adecuado del DIU.**

Definición conceptual: Control realizado por la mujer que utiliza como método anticonceptivo el dispositivo Intrauterino con la frecuencia recomendada.

Definición operacional: Noción o idea de la frecuencia recomendada del control del dispositivo intrauterino.

Clasificación: Cualitativa nominal.

Indicadores: -Cada 6 meses.

-Un año.

-Al momento de retirarlo.

-No sabe.

### **10. Importancia del Control del DIU.**

Definición conceptual: Valoración de cuan Importante es el control del dispositivo intrauterino.

Definición operacional: La mujer considera o no imprescindible el control del dispositivo para que cumpla con su objetivo.

Clasificación: Cualitativa nominal

Indicadores: -Si.

-No.

### **11. Motivo por el cual considera importante el control del DIU.**

Definición conceptual: Razones por las cuales consideran que deben controlarse el dispositivo Intrauterino.

Definición operacional: Razones manifestadas por las mujeres por las cuales consideran imprescindible el control del dispositivo intrauterino.

Clasificación: Cualitativa nominal

Indicadores: Se van a realizar categorías de respuestas agrupando según lo que conteste cada persona.

### **12. Información de la vida útil o durabilidad del DIU.**

Definición conceptual: Cuanto tiempo útil tiene el dispositivo Intrauterino luego de colocado.

Definición operacional: Idea acerca de la durabilidad luego de colocado el dispositivo Intrauterino.

Clasificación: Cualitativa nominal

Indicadores: -Si.

-No.

### **13. Información de las ventajas acerca del DIU.**

Definición conceptual: Aspectos positivos, favorecedores que hacen al dispositivo Intrauterino un método anticonceptivo de opción y ventajoso.

Definición operacional: Idea acerca de los aspectos positivos o favorecedores del dispositivo intrauterino.

Clasificación: Cualitativa nominal.

Indicadores: -Si.

-No.

#### **14. Información de las desventajas del DIU.**

Definición conceptual: Aspectos negativos que hacen del dispositivo Intrauterino un método anticonceptivo no favorecedor.

Definición operacional: Idea acerca de los aspectos no favorecedores del dispositivo Intrauterino.

Clasificación: Cualitativa nominal.

Indicadores: -Si.

-No.

#### **15. Confiabilidad del DIU.**

Definición conceptual: Caracteres que hacen al dispositivo Intrauterino un método confiable para la mujer.

Definición operacional: Creencia acerca de la seguridad del dispositivo Intrauterino.

Clasificación: Cualitativa nominal.

Indicadores: -Si.

-No.

#### **16. Fuente de información.**

Definición conceptual: Lugar de donde se obtiene la información acerca del dispositivo Intrauterino.

Definición operacional: Manifestación de la mujer de donde obtuvo la información acerca del dispositivo Intrauterino.

Clasificación: Cualitativa nominal.

Indicadores: -Médico.

-Enfermería.

-Lo vio por televisión.

-Folletería.

-Otros.

## **PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN:**

Una vez elaborado el protocolo de Investigación, aprobado por el Departamento Materno Infantil, se solicitará el consentimiento informado a las autoridades de la Institución seleccionada, con el fin de realizar el estudio de Investigación.

Esta Investigación se llevará a cabo por cinco estudiantes, que se distribuirán en subgrupos de dos y tres personas, para lograr una mayor objetividad de la observación.

Una vez obtenida la autorización, se concurrirá al Centro de Salud para acceder a los registros de todas las usuarias que se colocaron el DIU en el año 2007; los cuales serán cedidos por la Licenciada a cargo del servicio, de donde obtendremos nombres y cédula de Identidad. Posteriormente nos dirigiremos a registros médicos para obtener más información (teléfono y dirección) de todas las usuarias.

Luego de contar con estos datos se realizarán llamadas telefónicas para confirmar si las mismas aceptan participar del estudio. Inmediatamente se comenzaran a realizar las visitas domiciliarias a las personas que acepten participar. Previo a la aplicación del cuestionario, se elaborará el instructivo del mismo para que los entrevistadores conozcan adecuadamente su manejo, contando con la corrección y aprobación de la tutora de ésta Investigación, con el fin de asegurar su validez.

Se realizarán diferentes actividades en el proceso de recolección de datos:

- Organización y distribución del trabajo de cada uno de los integrantes.
- Búsqueda y confirmación de los sujetos de estudio.
- Aclaración de dudas sobre los instrumentos de recolección de datos.
- Revisión de todos los formularios aplicados por los diferentes integrantes del grupo.
- Ratificar, organizar y clasificar la información recabada.

### **Instrumento de recolección de datos:**

Una vez obtenida la autorización para realizar la investigación, se llevará a cabo la misma, utilizando como técnica una entrevista cuya modalidad es semi-estructurada y como instrumento un cuestionario con preguntas mixtas, que serán elaboradas por los investigadores, con un tiempo estimado de 15 minutos de duración.

La fuente de información estará aportada por los registros existentes en el Centro de Salud de referencia, acerca de todas las mujeres que utilizaron como método anticonceptivo el DIU, colocado dicho dispositivo con un tiempo superior a un año; así como también a través del contacto directo con las mismas, mediante visitas domiciliarias (previamente concretadas en forma telefónica con los propios involucrados) quienes accederán voluntariamente a la realización de la actividad.

En la encuesta se conservará la privacidad de la usuaria, explicándole el anonimato de la información, lo que pensamos que contribuirá a obtener los datos más veraces y confiables.

Una vez finalizada la entrevista se procederá a la entrega de un folleto informativo elaborado por las propias estudiantes.

## **5- EL PLAN DE TRABAJO O CRONOGRAMA.**

### **Administración del proyecto:**

- Supervisora: Virginia Quintana.
- Secretaria: Gabriela Tabárez.
- Coordinadora de reuniones: Karina González.
- Encargado de la bibliografía: Claudia Rodríguez.
- Tesorero: Viviana Luengo.

### **Cronograma de actividades.**

- ⊕ Realización del protocolo de investigación (18 semanas).
  - Definición del tema y problema (3 semanas).
  - Fundamentación y justificación (2 semanas).
  - Determinar objetivos y metas (1 semanas).
  - Revisión bibliográfica (4 semanas).
  - Marco referencial (4 semanas).
  - Variables (3 semanas).
  - Plan de análisis (1 semanas).
- ⊕ Creación del instrumento de recolección de información (2 días).
- ⊕ Presentación ante autoridades (1 día).
- ⊕ Recolección de datos (12 semanas).
- ⊕ Procesamiento de datos y clasificación (4 semanas).
- ⊕ Análisis de los datos obtenidos (3 días).
- ⊕ Redacción del informe final (1 semanas).
- ⊕ Entrega del informe final (1 día).

## **6- LOS RECURSOS NECESARIOS.**

### ⊕ Factor humano:

El trabajo de Investigación será realizado por cinco estudiantes de Licenciatura en Enfermería, pertenecientes a la Facultad de Enfermería.

### ⊕ Recurso Institucional.

Es considerado el Centro de Salud como centro de referencia para la obtención de los datos necesarios para la ejecución de la investigación.

### ⊕ Recursos financieros.

La financiación del proyecto provendrá de los cinco estudiantes

⊕ **Recursos materiales:**

<b>Rubro</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Detalle</b>	<b>Total</b>
<b>Equipos</b>			
Computadora	3	equipos de 3 integrantes del grupo	
Impresiones( cartuchos)	2	2 color y 2 blanco y negro	\$480
Teléfonos	3	Llamadas y conexión a Internet	\$500
<b>Materiales</b>			
Fotocopias	300	\$1c/u	\$300
Lapiceras	5	\$5c/u	\$25
Encuadernación	3	\$50 c/u	\$150
Hojas	500	1 paq. A4	\$200
CD.	4	\$15 c/u	\$60
Carpetas	2	\$15 c/u	\$30
<b>Locomoción</b>			
Boletos Urbanos	26	\$15,5 c/u	\$400
Boletos Inter- departamentales	29	\$90 c/u	\$2160
Nafta	28 lts	\$30	\$780
		<b>Total</b>	<b>\$5115</b>

**COSTOS Y PRESUPUESTO:**

Para la realización de la presente Investigación, se estiman los recursos necesarios para cubrir gastos de transporte y viáticos de los estudiantes, así como también para la compra de material de papelería, material bibliográfico, material de Impresión, horas de Internet y gastos para encuadernación, estimando un costo total aproximado de 5115 pesos uruguayos.

# **ANEXO N°3**

## **CUESTIONARIO**

**Universidad de la República**  
**Facultad de Enfermería**  
**Cuestionario Anónimo**

Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Edad:**

**Nivel de Instrucción:**

Primaria Incompleta	<input type="checkbox"/>	Primaria completa	<input type="checkbox"/>
Secundaria Incompleta	<input type="checkbox"/>	Secundaria completa	<input type="checkbox"/>
Terciaria Incompleta	<input type="checkbox"/>	Terciaria completa	<input type="checkbox"/>
Analfabeta	<input type="checkbox"/>		

**Situación de la pareja**

Estable

No estable

**Su pareja la apoya en el cuidado de su Salud?**  SI  NO

**¿Cómo?**.....  
.....

**Frecuencia del control del DIU:**

Cada 6 meses	<input type="checkbox"/>
Anualmente	<input type="checkbox"/>
Más de un año	<input type="checkbox"/>
Nunca	<input type="checkbox"/>

**Sabe usted, el control adecuado del dispositivo?**

- a)- Cada 6 meses.
- b)- Anualmente.
- c)- Al momento de retirarlo.
- d)- No sabe

**Considera Importante el control del dispositivo?**

Si

No

Porque?.....  
.....

**Conoce la vida útil del dispositivo, luego de colocado?**

Si

No

**Cuanto tiempo hace que lo utiliza como método anticonceptivo al diu?**

-Menor a un año.

-De uno a tres años.

-De tres a cinco años.

-De cinco a ocho años.

-De ocho a diez años.

-Mas de 10 años.

**Conoce sus ventajas?**

Si

No

Nombre alguna: .....

**Conoce sus desventajas?**

Si

No

Nombre alguna:.....

**Considera un método confiable al dispositivo, para evitar el embarazo?**

Si

No

**Fuente de Información:**

- Médico
- Enfermería
- Lo vio por televisión
- Folletería
- Otro

**Motivo Influyente en la no realización del control anual del DIU.**

- No se planteó el tema
- El médico nunca se lo propuso
- Falta de tiempo
- No conoce la frecuencia adecuada de los controles
- No lo considera necesario
- Temor
- Vergüenza
- Otros

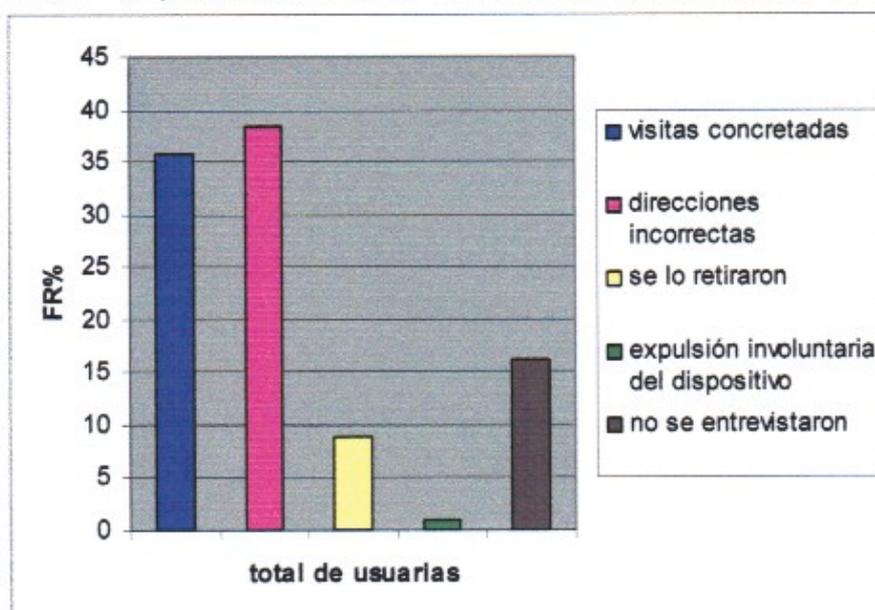
# **ANEXO Nº 4**

Distribución del total de usuarias que se colocaron dispositivo intrauterino en el Hospital Raúl Amorín Cal de la ciudad de Florida en el año 2007.

TOTAL DE USUARIAS	FA	FR%
Visitas concretadas	40	35.7%
Direcciones incorrectas	43	38.4%
Se lo retiraron	10	8.9%
Expulsión involuntaria del dispositivo	1	0.9%
No se entrevistaron	18	16.1%
<b>TOTAL</b>	<b>112</b>	<b>100%</b>

Fuente: Entrevistas obtenidas mediante visitas domiciliarias y registros del Hospital Dr. Raúl Amorín Cal en el período comprendido entre 1 de noviembre de 2008 al 30 de enero de 2009.

**GRAFICA** : Distribución del total de usuarias que se colocaron dispositivo intrauterino en el Hospital Raúl Amorín Cal de la ciudad de Florida en el año 2007.



El total de usuarias que asistieron para la colocación del DIU en el año 2007 a la Policlínica del Hospital Dr. Raúl Amorín Cal fue de 112 usuarias, de las cuales 40 fueron entrevistadas que corresponde a un 35.7% que son la muestra de nuestra investigación; un 38.4% fueron direcciones incorrectas; 8.9% de las mismas se lo retiraron; un 0.9% lo expulsaron involuntariamente y un 16.1% no se entrevistaron por exceder nuestra muestra.

# **ANEXO Nº 5**



## COMUNICADO DE PRENSA

### **Casi 100.000 mujeres podrán colocarse el DIU gratuitamente para prevenir embarazos no deseados**

7/03/2003. En cumplimiento de los lineamientos asumidos por nuestro país respecto a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, el MSP cuenta con una oferta de métodos anticonceptivos gratuitos para todas las mujeres y hombres que se asisten en el circuito público de todo el país que incluye a los Anticonceptivos orales, inyectables, de emergencia y para la lactancia, Condones masculinos y femeninos, y el Dispositivo Intra Uterino (DIU).

Al respecto del DIU, existe una gran desinformación de sus características generales y específicas e inclusive gran parte de la población desconoce que integra la canasta de métodos anticonceptivos de los servicios públicos de salud del Estado y que por lo tanto su acceso y colocación es totalmente gratuita en estos lugares.

El Programa Nacional Prioritario de Salud de la Mujer y Género ha decidido desarrollar una campaña nacional para que cada mujer que desee en forma informada utilizar al DIU como método anticonceptivo pueda acceder en forma gratuita al mismo. Para tal cometido, se brindará información exhaustiva sobre este método y se hará énfasis en la gratuidad del DIU en los servicios de asistencia pública del Estado.

Asimismo, con la intención de incluir a todas las mujeres de nuestro país en esta campaña, el MSP ha decidido invitar a las instituciones de asistencia médica privadas (IAMC, servicios parciales de salud, emergencias médicas, seguros privados, etc.) a solicitar al MSP que se les brinde en forma gratuita una dotación de DIU.

En contrapartida, estas instituciones se comprometerán a colocarlos sin cargo extra alguno para sus usuarias, y a divulgar el servicio e informar sobre los motivos que desaconsejan o alientan el uso de este método. El plazo para acceder a esta donación por parte de las instituciones privadas vence en agosto de este año.

Esta campaña ha sido posible gracias a la donación al MSP de 98.000 DIU de última generación denominado "*multiload CU375 standard*" el cual cumple con los estándares de calidad a nivel internacional y ofrece una vida útil de cinco años realizada por el laboratorio Organon. Esta donación es resultado de las gestiones realizadas por el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).

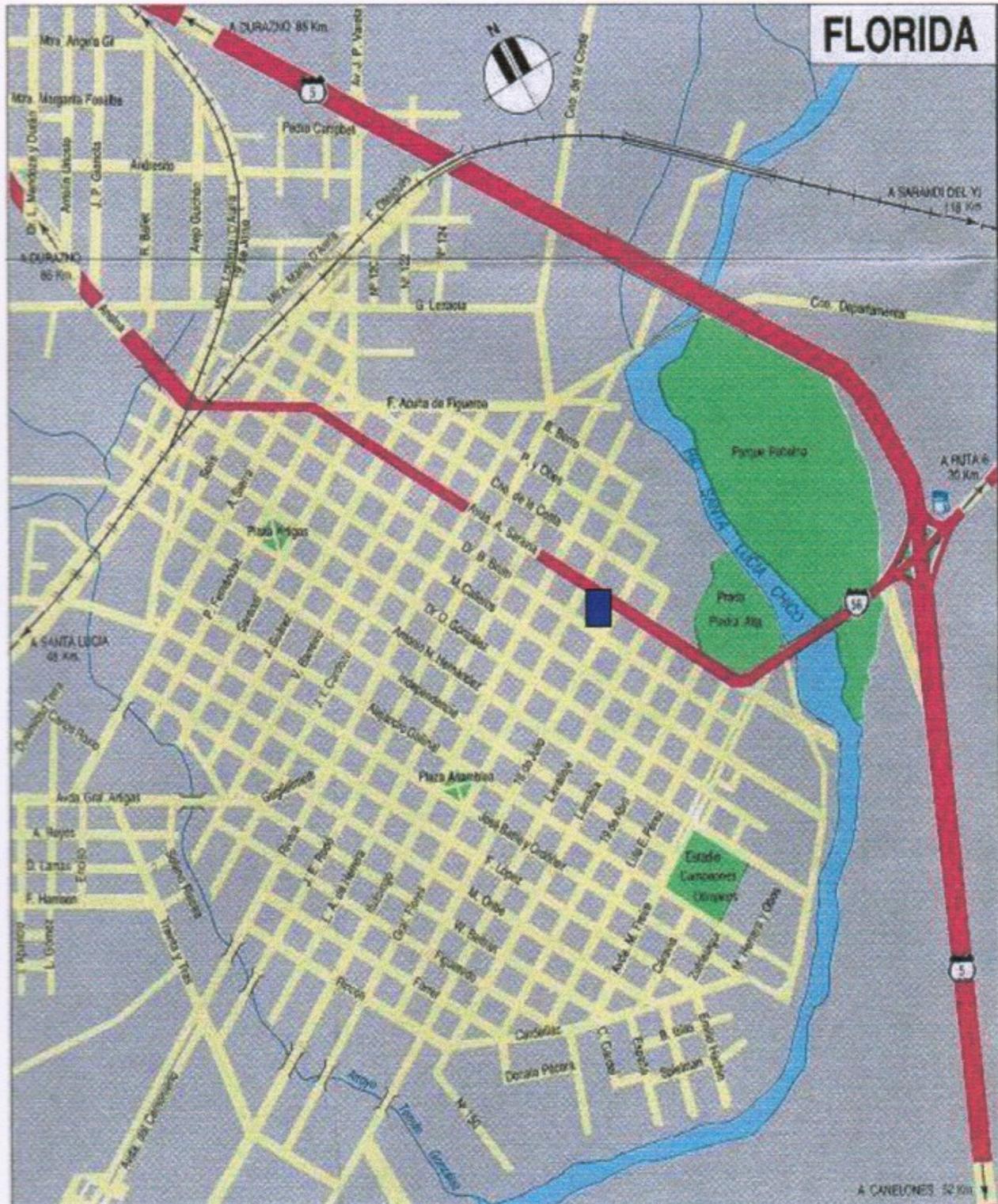
# **ANEXO N°6**





# **ANEXO Nº 7**

# PLANO DE LA CIUDAD DE FLORIDA



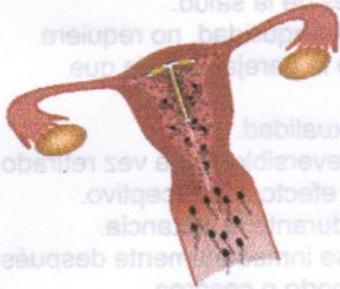
 HOSPITAL RAUL AMORIN CAL

# **ANEXO N°8**

**FOLLETO**

**¿Cuáles son sus ventajas?**

- Uno de los métodos anticonceptivos reversibles de mayor efectividad.
- Colocación simple en consultorio, a cargo de profesionales de la salud.
- Ofrece mayor efectividad no requiere intervención de terceros.
- No afecta la sexualidad.
- Es fácilmente reversible a la vez retardado desaparece su efecto.
- Puede usarse durante el embarazo.
- Puede colocarse inmediatamente después de un parto, aborto o cesárea.
- No interfiere en la lactancia con medicamentos.

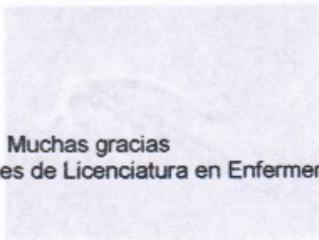
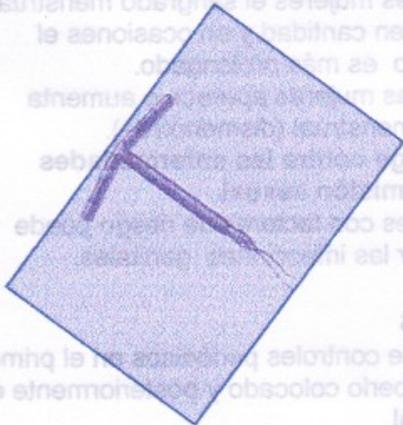


**¿Cuáles son sus desventajas?**

- En algunas mujeres el sangrado menstrual aumenta en cantidad y frecuencia el sangrado es más prolongado.
- En algunas mujeres puede haber aumento del dolor menstrual.
- No protege contra las enfermedades de transmisión sexual.
- En mujeres con diabetes puede haber aumento de las infecciones.

**Controles**

Requiere de controles periódicos en el primer mes de haberlo colocado y posteriormente en forma anual.



Muchas gracias  
Estudiantes de Licenciatura en Enfermería

**DISPOSITIVO INTRAUTERINO**  
**DIU**



**El DIU es uno de los métodos anticonceptivos reversibles de mayor efectividad.**

### ¿Qué es un DIU?

- Un pequeño dispositivo plástico que se coloca dentro de su útero para prevenir el embarazo.
- Existen dos tipos de DIU:
  - Hormonal - contiene pequeñas cantidades de hormonas femeninas.
  - No-hormonal - contiene una pequeña cantidad de cobre.

### ¿Como es su colocación?

es simple, se realiza en el consultorio y toma sólo unos minutos. Luego de realizar un control ginecológico completo y brindar exhaustiva información sobre el método escogido, un profesional capacitado lo coloca en el útero a través de la vagina.

### ¿Cómo funciona el DIU?

**DIU hormonal:** libera una pequeña cantidad de hormonas femeninas que tornan más espeso

su moco cervical, deteniendo al espermatozoide para que no llegue al óvulo.

**DIU no-hormonal:** libera una pequeña cantidad de cobre en su útero, que detiene al espermatozoide para que no llegue al óvulo.

### ¿Cual es su Vida útil?

Una vez colocado, se puede dejar puesto entre 5 y 10 años, dependiendo del tipo de DIU.

Durante ese período también puede ser removido cuando la mujer lo desee, nuevamente con una técnica rápida, sencilla e indolora.

### ¿Cuales son sus ventajas?

- Uno de los métodos anticonceptivos reversibles de mayor efectividad.
- Colocación simple en consultorio, a cargo de profesionales de la salud.
- Ofrece mayor tranquilidad, no requiere intervención de la pareja ni nada que acordarse.
- No altera la sexualidad.
- Es fácilmente reversible y una vez retirado desaparece su efecto contraceptivo.
- Puede usarse durante la lactancia.
- Puede colocarse inmediatamente después de un parto, aborto o cesárea.
- No interactúa ni interfiere con medicamentos.

### ¿Cuales son sus desventajas?

- En algunas mujeres el sangrado menstrual aumenta en cantidad y en ocasiones el Sangrado es más prolongado.
- En algunas mujeres aparece o aumenta el dolor menstrual (dismenorrea).
- **No protege contra las enfermedades de transmisión sexual.**
- En mujeres con factores de riesgo puede aumentar las infecciones genitales.

### Controles

Requiere de controles periódicos en el primer mes de haberlo colocado y posteriormente en forma anual.



## **RESUMEN**

La presente investigación consistió en conocer la información y frecuencia del control de las usuarias que se colocaron el dispositivo Intrauterino en el Hospital Raúl Amorín Cal en la ciudad de Florida en el año 2007.

Consideramos al DIU un tema de interés ya que es uno de los métodos anticonceptivos reversibles más seguros de los que se dispone, siendo hasta el momento uno de los menos aceptados por mujeres, ya sea por falta de información o por mitos basados en la mala experiencia.

Es un estudio retrospectivo, de tipo descriptivo de corte transversal, donde la muestra seleccionada esta conformada por 40 mujeres entre 19 y 49 años que se colocaron el DIU en el año 2007 en la ciudad de Florida.

De los datos obtenidos se destaca que la mayoría de la población abordada tenia información acerca del dispositivo y la frecuencia del control era adecuada, tomando como control adecuado aquellas mujeres que se lo controlan cada 6 meses o anualmente. Tan solo 3 usuarias no se lo controlaban adecuadamente ya sea por falta de tiempo o por no conocer la frecuencia adecuada del control.

A raíz de los resultados obtenidos en dicha investigación, se plantean sugerencias con el fin de potenciar la información a través de campañas focalizadas a determinados grupos acerca del dispositivo, haciendo hincapié en la importancia del control adecuado del mismo y así poder lograr mantener a toda la población informada. Así como también promover una atención individualizada por parte de enfermería enfatizada en un plan de actividades educativas programadas y orientadas a la comunidad.