ANTICONCEPCION POSTERIOR A INTERRUPCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO EN UN SERVICIO AMBULATORIO DE GINECOLOGIA EN YOPAL, CASANARE, COLOMBIA. FEBRERO 1 DE 2017- FEBRERO 1 DE 2018

AUTORES: Olga Patricia Ardila Torres. Pedro Alejandro Castillo Espitia. Médicos especialistas en Ginecología y Obstetricia. Yopal. Colombia.

INDICE DE ABREVIATURAS

AMEU: Aspiración manual endouterina

DIU: dispositivo intrauterino

OMS: Organización Mundial de la Salud

IVE: interrupción voluntaria del embarazo

INTRODUCCION:

En Colombia la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) es un derecho adquirido por las mujeres en la Constitución Nacional. En el año 2006 mediante sentencia de la Corte Constitucional se despenalizó el aborto en tres causales: cuando el embarazo pone en peligro la salud física o mental de la mujer, o su vida; cuando el embarazo es resultado de una violación o de incesto y cuando hay malformaciones del feto que son incompatibles con la vida por fuera del útero. [1]

El aborto es un problema de salud pública. En el mundo ocurren cerca de 46 millones de abortos al año. Se estima que 47 mil muertes al año ocurren por abortos inseguros (13 % de las muertes maternas) y cinco millones de mujeres sufren incapacidades temporales o permanentes (infertilidad) derivadas de abortos. En Colombia se estima que pueden ocurrir hasta 400.000 abortos cada año, 99 % en la clandestinidad. Por registros de prestación se cuentan entre 3.100 y 3.600 abortos médicos y un promedio de 15.000 abortos espontáneos cada año, durante los últimos cinco años . [2]

El propósito principal de ofrecer a las mujeres un servicio de interrupción voluntaria del embarazo (IVE) es disminuir la morbi-mortalidad materna secundaria al aborto inseguro producto de embarazos no planeados. Un objetivo fundamental de las unidades que ofrecen servicios de IVE es realizar una adecuada asesoría en anticoncepción con el fin de que la mujer pueda acceder a métodos anticonceptivos modernos y eficaces para evitar el embarazo no planeado. Las mujeres corren el riesgo de volver a quedar embarazadas casi inmediatamente luego de un aborto. La fertilidad retorna de manera rápida, alrededor de una semana después de la IVE. El evento obstétrico (IVE) no contraindica ningún método anticonceptivo, así que la mujer puede usar el que elija, previa asesoría y con base a los criterios de elegibilidad de la OMS.[3]

Después de un aborto, es mucho más probable que una mujer se decida a usar un método anticonceptivo, en especial uno de larga duración: sin embargo, cuando el inicio se difiere al día del control una o dos semanas después, o incluso hasta la próxima menstruación, aproximadamente el 45% de mujeres no regresan y, por lo tanto, tienen mayor probabilidad de un nuevo embarazo no deseado durante el año siguiente. En estudios sobre dispositivo intrauterino (DIU) posterior al evento obstétrico, se ha observado que entre 25 y 55% de las mujeres que postergan la inserción de un DIU no regresan para su inserción. [4]

El inicio inmediato de un método anticonceptivo el día que se solicita, sin esperar la próxima menstruación, ha demostrado ser una práctica segura65 que resulta en mayor aceptación, satisfacción y continuación del método [5.] La inserción del DIU después de un aborto de primer trimestre, por ejemplo, no aumenta el riesgo de infección ni de hemorragia, y no representa un mayor riesgo de expulsión [6]

El modelo de atención post IVE enfatiza la importancia de ofrecer estos servicios en el momento y en el mismo lugar en que se presta la atención ya que este puede ser uno de los contactos esporádicos que tiene la mujer con el sistema de salud. Cuando no se prestan los servicios de esta forma se corre el riesgo de perder una oportunidad única porque, es posible que la mujer no acuda posteriormente a solicitarlos ni a la institución ni a otra. Idealmente, al finalizar la atención postaborto, toda mujer debería salir de la institución con un método anticonceptivo iniciado, de preferencia uno de larga duración. El brindar asesoría y métodos anticonceptivos como parte de los servicios de IVE puede mejorar la aceptación de la anticoncepción y ayudar a evitar la repetición de embarazos no deseados y de abortos practicados en condiciones de riesgo. A toda mujer que reciba

tratamiento de IVE se le debe ofrecer asesoría anticonceptiva y una variedad de métodos anticonceptivos de manera que ella pueda controlar su fecundidad [7]

En Colombia, solamente el 54 por ciento de las mujeres que utiliza métodos modernos ha recibido orientación sobre los efectos del método, según se deduce de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010[8].Por esa razón, es de gran interés que las mujeres reciban una asesoría completa en anticoncepción con especial énfasis en los métodos anticonceptivos de larga duración pues son más efectivos, protegen a largo plazo, son fáciles de usar, discretos y su costo es muy bajo en relación con el tiempo de duración de su efectividad

La evidencia disponible respalda el uso de cualquier método anticonceptivo moderno inmediatamente después de un aborto quirúrgico sin complicaciones, excepto, los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad o el DIU en presencia de infección pélvica activa en el momento de la atención. Para el caso del procedimiento con medicamentos, la anticoncepción se puede iniciar después de la administración del medicamento (si se emplea mifepristona en combinación con misoprostol) o durante el control pos procedimiento (si se emplea misoprostol solo). Cuando las mujeres inician el método anticonceptivo el mismo día del procedimiento, tienen una posibilidad de 30% a 60% menor de tener un aborto repetido en comparación con las mujeres que posponen su inicio al día del control o al retorno de la menstruación. La inserción de un DIU inmediatamente después de un procedimiento de primer trimestre es segura y ofrece mayor protección contra el embarazo no deseado recurrente en comparación con su inserción diferida. Cuando el DIU se inserta inmediatamente después del procedimiento, no tiene una tasa de expulsión mayor a la inserción de intervalo (últimos días del sangrado menstrual o primeros días después del mismo). Las tasas de continuación del método anticonceptivo después de un año, cuando se inicia un método de larga duración (DIU o implante) después de un procedimiento, son 50% mayores que cuando inician métodos de corta duración. [9,10]

A pesar de que la atención en anticoncepción sea un aspecto relevante de la asistencia humanizada a las mujeres en proceso de interrupción voluntaria del embarazo, existe en la literatura pocos conocimientos sobre las prácticas anticonceptivas adoptadas por ellas. Esta fue la justificación de esta investigación cuyo objetivo principal es describir los métodos anticonceptivos iniciados después de la prestación de la IVE en un servicio ambulatorio de ginecología en la ciudad de Yopal, Colombia, en un periodo de un año,

trascurrido entre Febrero 1 de 2017 y Febrero 1 de 2018; y evaluar el grado de adherencia y satisfacción con el método elegido en los 6 meses posteriores a su inicio.

OBJETIVOS PRINCIPALES

1. Describir los métodos anticonceptivos iniciados por las mujeres el mismo día de la prestación del servicio de IVE en un servicio ambulatorio de ginecología en la ciudad de Yopal, Colombia, en un periodo de un año, trascurrido entre en un periodo de un año, trascurrido entre Febrero 1 de 2017 y Febrero 1 de 2018
2. Evaluar la satisfacción de la usuaria con el método elegido a los 6 meses de iniciado el mismo.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Establecer cuáles fueron los métodos anticonceptivos que prefirieron las mujeres a quien se les realizó procedimientos de IVE en el grupo de estudio

2. Determinar si hubo preferencia por métodos anticonceptivos de larga duración en el grupo estudiado.

3. Evaluar la continuidad del método anticonceptivo elegido a los 6 meses de iniciado y la satisfacción de la usuaria con el mismo

4. Establecer cuales métodos anticonceptivos usaron las mujeres a quien se les realizó IVE con medicamentos y cuales prefirieron las mujeres a quien se les realizo IVE mediante procedimiento de aspiración manual endouterina (AMEU)

METODOLOGIA

El presente es un estudio descriptivo longitudinal , con dos momentos de observación, que recolectó información sobre mujeres que solicitaron interrupción voluntaria del embarazo en un servicio privado ambulatorio de ginecología en la ciudad de Yopal,

Colombia. (Consultorio ginecológico de Yopal) durante el periodo de un año comprendido entre Febrero 1 de 2017 y Febrero 1 de 2018

En el Consultorio Ginecológico de Yopal se ofrecen servicios de IVE bajo las tres causales de despenalización del aborto contempladas en la Sentencia C-355 de 2006 de la corte constitucional de Colombia. Estos servicios son ofrecidos por un equipo d trabajo conformado por dos médicos especialistas en obstétrica y ginecología y una enfermera. Las instalaciones cuentan con un consultorio habilitado por la secretaria de salud del Casanare para prestar servicios de IVE de baja complejidad.

A las mujeres que solicitaron la IVE entre el 1 de septiembre de 2017 y el 1 de septiembre de 2018, se les realizó historia clínica completa con anamnesis y examen físico completo por parte del médico especialista. Se verificó la edad gestacional mediante examen físico y ecografía obstétrica. Se realizó consejería y orientación por parte del médico especialista, si la solicitud de la IVE estaba cobijada bajo una o más de las tres causales se certificó el cumplimiento de la causal. Se realizó la orientación y junto con la mujer se decidió el método de IVE más adecuado: con medicamentos (mifepristona + misoprostol) o mediante procedimiento ambulatorio de AMEU. Previa asesoría individual la enfermera diligenció el consentimiento informado para el procedimiento de IVE el cual se explicó detalladamente a la usuaria quien lo firmó. Dentro del mismo espacio de la orientación se realizó asesoría integral en anticoncepción con la metodología “Mi método” diseñada por la fundación ESAR (Educación en salud sexual y reproductiva en América Latina) [3]

Las siguientes recomendaciones que se tuvieron en cuenta para realizar la asesoría en anticoncepción:

• Propiciar un ambiente cálido, respetuoso y empático para lograr una adecuada conexión con la paciente y sus necesidades.

• Tener en cuenta el proceso de toma de decisiones y apoyarlo siempre desde un enfoque de los derechos humanos, sexuales y reproductivos, promoviendo el empoderamiento, el ejercicio libre y sano de la sexualidad, el autocuidado y la autoestima en relación con sus expectativas reproductivas y de vida.

• Tratar con respeto a la mujer evitando a toda costa aconsejar, direccionar de forma coercitiva o sesgar la información con base en la experiencia personal, hacia algún

método en especial y emitir juicios de valor en relación con el autocuidado o las decisiones presentes o pasadas de la mujer.

• Brindar orientación personalizada de acuerdo con el estilo de vida de la mujer y haciendo énfasis en la factibilidad de que use el método por el tiempo requerido para lograr sus metas reproductivas.

• Promover el inicio inmediato.

• Asegurarse de indicar con claridad la efectividad y los beneficios de los métodos de larga duración.

• Incluir de forma balanceada la información sobre los beneficios y no solo los riesgos de los métodos anticonceptivos

• Aclarar mitos o ideas erróneas para asegurar que su decisión no se base en ellos. Las decisiones anticonceptivas son el ejercicio de libertad y autonomía sobre la maternidad.

• Utilizar material apropiado (rotafolio) con el nivel educativo y cultural de las usuarias, para que tengan en cuenta los riesgos (reales y percibidos), los beneficios y la forma de usar correctamente el método elegido, utilizando gráficos, información sintetizada y mensajes clave que sean sencillos.

• Contar con una metodología estandarizada para la asesoría, con el fin de facilitar el inicio y la continuación de la anticoncepción y establecer unos aspectos esenciales y básicos en la intervención para ser aplicados por todos los prestadores.

Teniendo en cuenta el estilo de vida de la usuaria, su capacidad económica y el estado de salud (con base en los criterios de elegibilidad de la OMS) se decidió el inicio de un método anticonceptivo moderno. Además se realizó educación sobre anticoncepción de emergencia y uso de preservativo como doble método con el fin de prevenir infecciones de trasmisión sexual.

Después de la realización de la IVE se procedió a aplicar el método anticonceptivo elegido. Si se trata de IVE con AMEU y la usuaria ha elegido DIU (t de cobre o endoceptivo de progestágeno) se inserta inmediatamente. El DIU T de cobre se insertó sin costo adicional, el endoceptivo de 5 años Mirena tuvo un costo de EU$ 200 y el endoceptivo de tres años Jaydess tuvo un costo de EU$150. Si la mujer decidió usar

como método anticonceptivo el implante subdérmico de 5 años (Jadelle) este tuvo un costo de EU$100 y el de 3 años (Implanon) tuvo un costo de EU$80

Si la mujer ha escogido anticonceptivos hormonales inyectables se aplicaron inmediatamente sin costo alguno dándole a la usuaria fórmula médica para las siguientes aplicaciones. Si ha escogido anticonceptivos hormonales orales se le suministró la primera caja sin costo alguno y se le dió formula médica para adquirir las cajas posteriores.

En caso de IVE con medicamentos, se cita a la usuaria a los quince días posteriores al suministro de los medicamentos con el fin de verificar la efectividad del manejo iniciado en la evacuación del embarazo, si se comprueba el útero vacío se inicia inmediatamente el método anticonceptivo que ha elegido teniendo las mismas consideraciones y costos que se explicaron anteriormente.

Es importante aclarar que se diligencia y explica el consentimiento informado específico para cada método anticonceptivos de larga duración, cuyo modelo podemos encontrar en los anexos 1 y 2

Los datos del presente estudio fueron recolectados por medio de una entrevista individual, frente a frente, durante el momento de la atención inmediata post IVE (Momento 0) y por vía telefónica 6 meses después de realizada la interrupción del embarazo (Momento 1).Esta información fue recolectada por la auxiliar de enfermería en una hoja de cálculo de Excel 2010.

Las variables registradas en el momento 0 del estudio fueron fecha del procedimientos, nombre de la usuaria, numero de documento de identidad, edad de la usuaria, edad gestacional, tipo de procedimiento , método anticonceptivo elegido y médico que realiza el procedimiento.

En el momento 1 para evaluar el grado de satisfacción de la usuaria con el método y la continuidad con el uso del mismo se recolectó la información mediante llamadas telefónicas a los 6 meses de iniciado el método. En la llamada telefónica se evaluó la satisfacción con el método en una escala con tres valores: muy satisfecha, parcialmente satisfecha e insatisfecha. En el caso de que la usuaria manifestara insatisfacción o no continuidad con el método se indagó la causa. Esta información se registró en la misma hoja de cálculo de Excel 2010 del momento 0. Las variables registradas en el momento 1

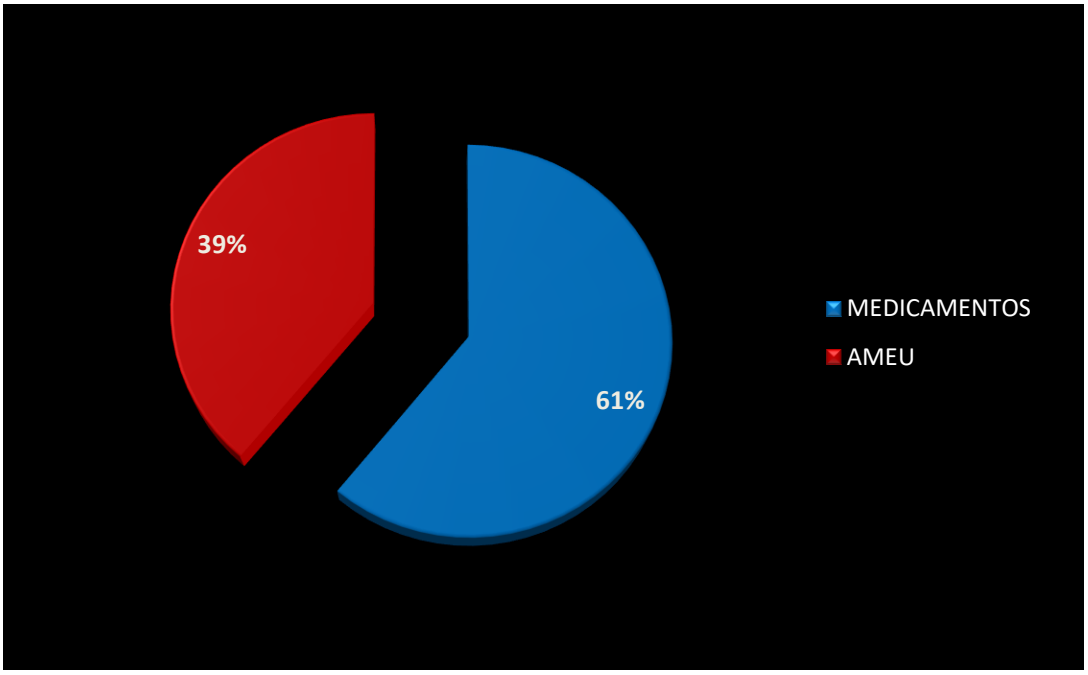
fueron método de planificación actual , grado de satisfacción con el método iniciado después del IVE y causa de insatisfacción

RESULTADOS

En el periodo de tiempo del estudio se realizaron 192 procedimientos de interrupción voluntaria del embarazo a mujeres que los solicitaron y quienes cumplían con una o más de las causales establecidas por la ley colombiana para IVE.

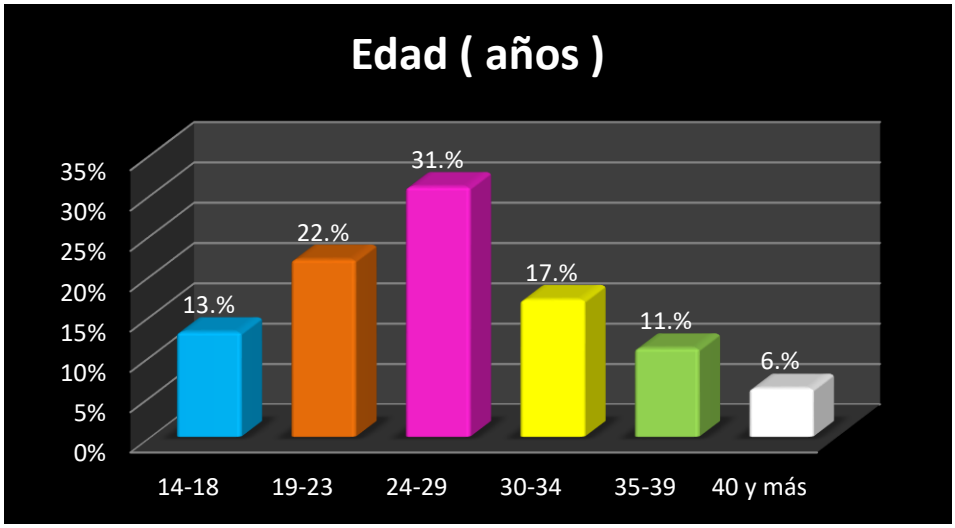
El 61% de las IVE realizadas fueron con medicamentos (mifespristona y misoprostol) mientras que el 39 % se realizaron mediante aspiración manual endouterina (AMEU) , como se muestra en la gráfica N_O 1

Gráfica No 1. Tipo de procedimientos de IVE.



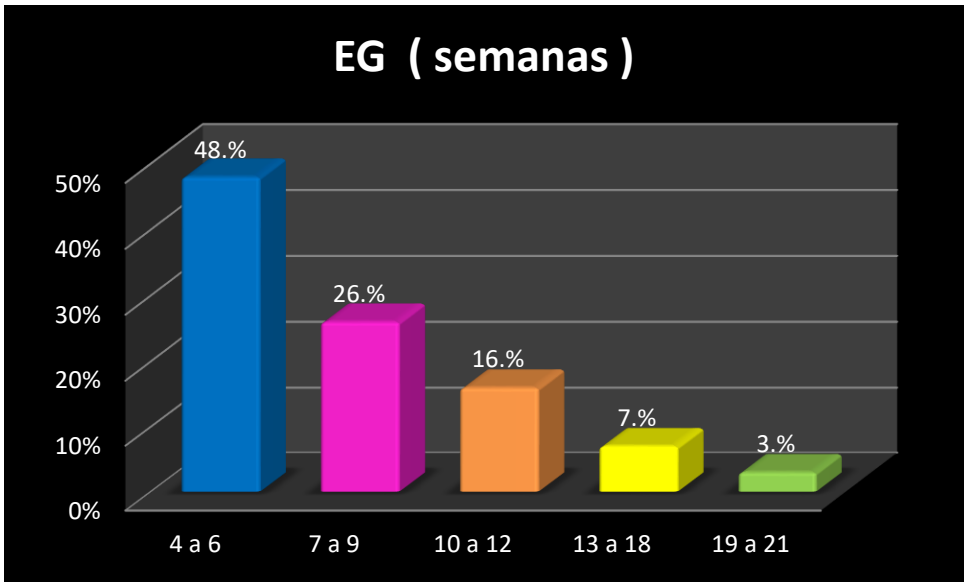
El promedio de edad de las mujeres que solicitaron interrupción del embarazo en dicho periodo de tiempo fue 26,7 años con una edad mínima de 14 años y una máxima de 47 años . En la gráfica No 2 se muestra la distribución por edad de las mujeres atendidas.

Grafica No 2 : Distribución por edad de las mujeres a quien se les realizó IVE.



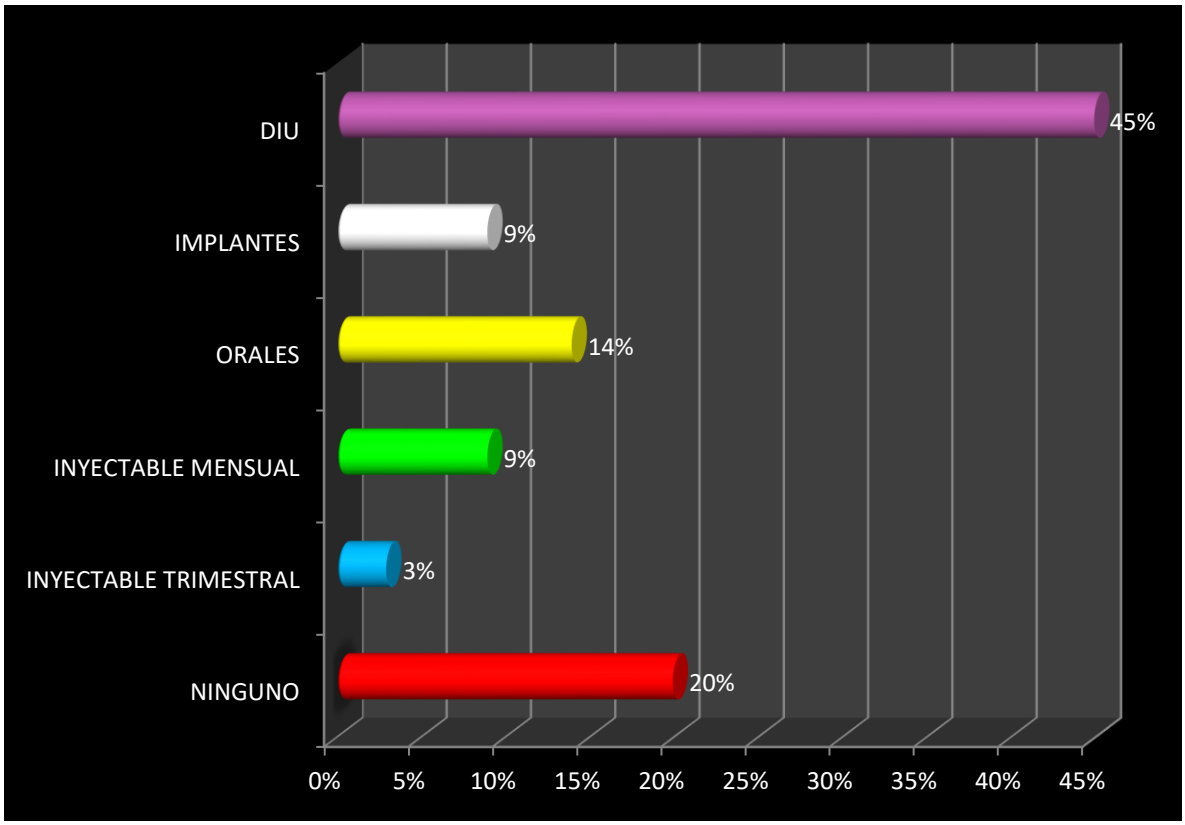
La edad gestacional promedio de los embarazos que terminaron en IVE fue de 8 semanas con una edad gestacional mínima de 5 semanas y una máxima de 21 semanas. La distribución por edad gestacional se muestra en la gráfica No 3

Gráfica No 3 : Distribución por edad gestacional de los embarazos que terminaron en IVE



Después de la asesoría en anticoncepción el 54% de las mujeres escogieron un método de larga duración que iniciaron inmediatamente , ya sea implante o dispositivo intrauterino mientras que el 26% de las mujeres iniciaron anticonceptivos orales o inyectables. 20% de las mujeres decidieron no iniciar métodos de anticoncepción modernos y efectivos. Estos datos se muestran en la gráfica No 4

Grafica No 4: Métodos anticonceptivos elegidos después de la IVE



Como podemos apreciar en la tabla No 1 la mayoría de las mujeres entre los 14 y 39 años eligieron usar métodos anticonceptivos de larga duración vs métodos anticonceptivos de corta duración o no usar un método anticonceptivo después de la IVE. De las 11 mujeres mayores de 40 años 4 optaron por no usar un método moderno

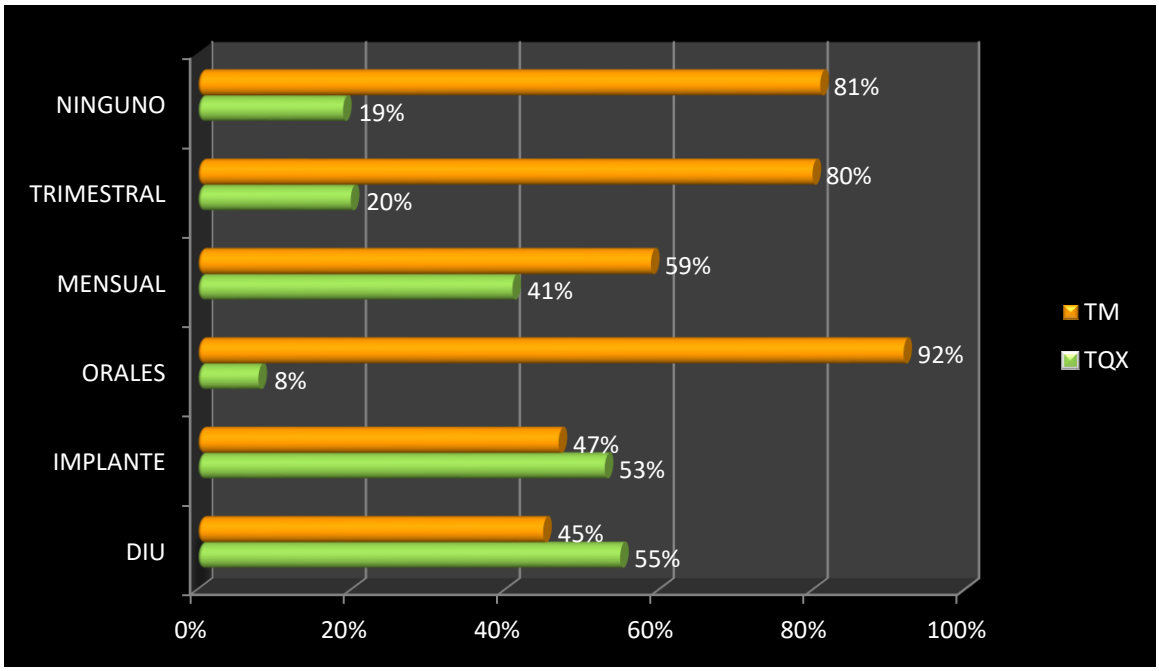
Tabla No 1: Uso de métodos anticonceptivos por edad.

Edad	**Larga duración**	**Corta duración**	**Ninguno**	**TOTAL**
14- 18 años	10	7	8	**25**
19-23 años	22	13	7	**42**
24-29 años	34	16	10	**60**
30-34 años	21	7	6	**34**
35-39 años	13	5	2	**20**
40 y más años	5	2	4	**11**
TOTAL	**105**	**49**	**38**	**192**

La mayoría de las pacientes a las que se les realizó IVE mediante procedimiento (AMEU) decidieron iniciar métodos de larga duración , mientras que la mayoría de las usuarias a quien se le realizó IVE con medicamentos prefieren métodos de corta duración como los anticonceptivos orales o los anticonceptivos inyectables (mensuales o trimestrales) , como se muestra en la gráfica No 5

La mayoría de mujeres que no escogieron un método moderno de anticoncepción (81%) pertenecían al grupo de usuarias a las que se les realizó interrupción voluntaria del embarazo con medicamentos

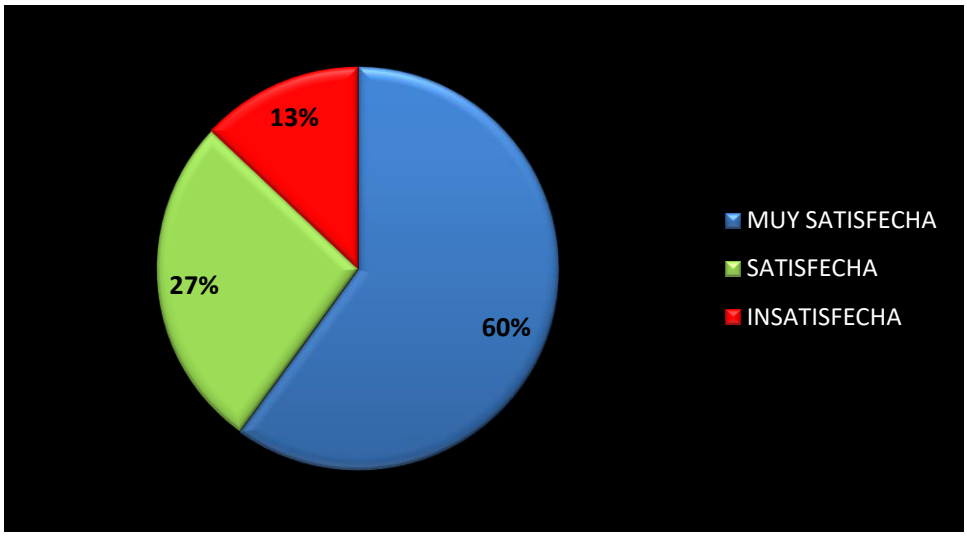
Grafica No 5: Métodos anticonceptivos según tipo de IVE



En el momento 1 del estudio (a los 6 meses) de haberse practicado la IVE se les realizó llamada telefónica a todas las mujeres. Solamente se pudieron contactar 92 de las 192 usuarias (48%) . las principales causas de la no comunicación fueron el cambio de número telefónico, el encontrar permanentemente apagado el teléfono móvil o el hecho de que contestará la pareja o un familiar .

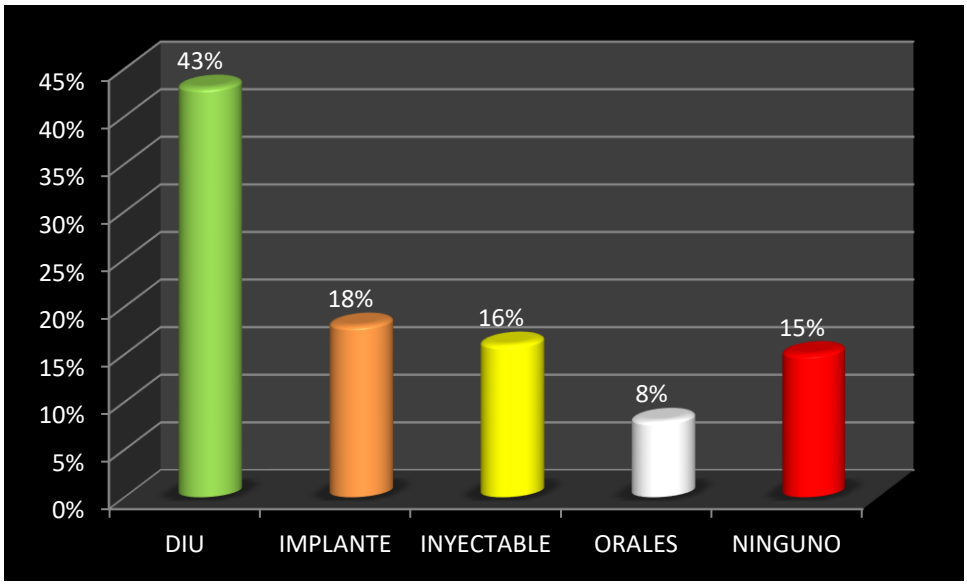
60 % de las mujeres que pudieron ser entrevistadas telefónicamente a los 6 meses de realizada la IVE se declararon muy satisfechas con el método anticonceptivo elegido , 27% parcialmente satisfechas y 13% insatisfechas como lo evidencia la gráfica No 6

Grafica No 6: Satisfacción con el método anticonceptivo a los 6 meses



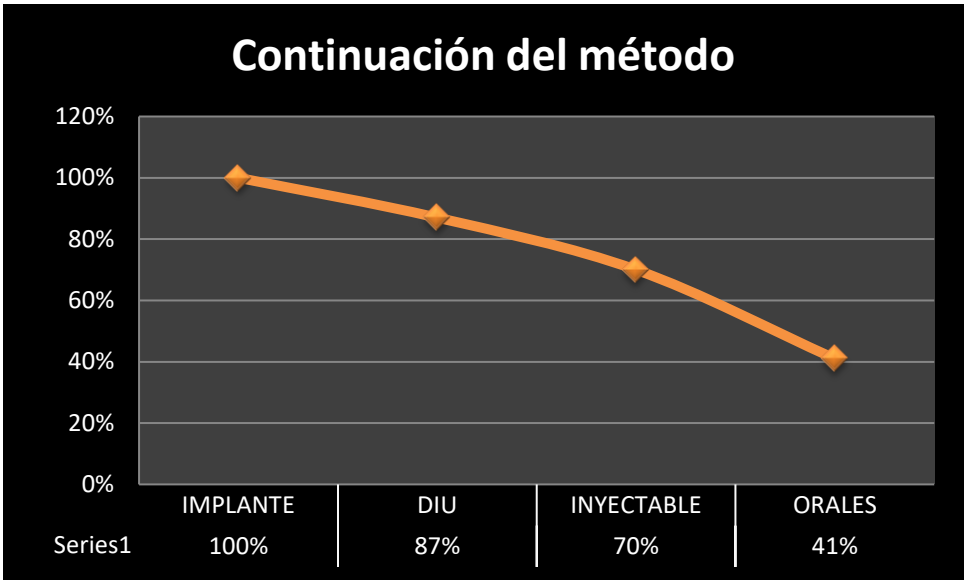
55 mujeres se declararon muy satisfechas con el método anticonceptivo elegido después de la realización de la IVE. 61% estaban usando métodos de larga duración , 24% usan anticonceptivos orales o inyectables y curiosamente 15% no usan métodos modernos pero se declaran muy satisfechas con esta decisión, tal como lo podemos ver en la gráfica No 7.

Grafica No 7: Mujeres muy satisfecha con el método anticonceptivo elegido



Con respecto a la continuación de los métodos elegidos en el momento de la IVE El 100% de las usuarias de implantes subdermicos continuaron usándolos a los 6 meses. El 87% de las mujeres a quien se les había insertado el DIU se declararon muy satisfechas y continuaron usándolo a los 6 meses El 70% de las usuarias de inyectables estaban muy satisfechas con el método y aun lo usaban a los 6 meses de iniciado. El 41% de las mujeres que eligieron anticonceptivos orales . Los tomaban a los 6 meses. Tal como se observa en la gráfica No 8

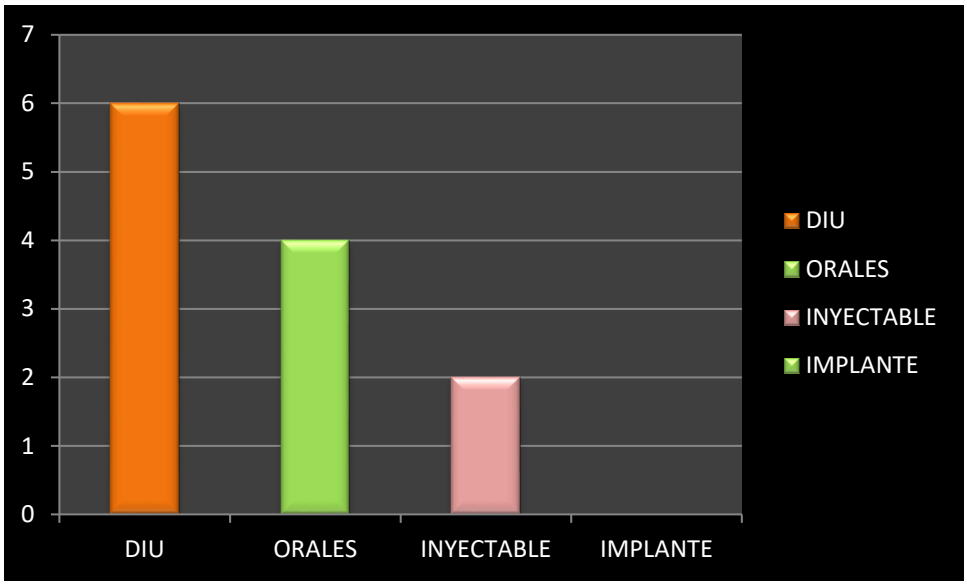
Grafica No 8 : Continuación del método



.

De las 12 mujeres que se declararon insatisfechas con el método anticonceptivo elegido 5 habían escogido el DIU y lo retiraron en los primeros 6 meses por aumento del sangrado genital (4 mujeres) o por mala posición en el momento del control (1 caso). Las 6 mujeres que suspendieron los anovulatorios orales o inyectables lo hicieron por aumento subjetivo del peso, cefalea o amenorrea. Llama la atención que ninguna de las 11 mujeres que estaba usando el implante señaló insatisfacción con el mismo. Ver grafica No 9

Grafica No 9 : Mujeres insatisfechas con el método anticonceptivo elegido



DISCUSION

El presente estudio confirma la importancia de la asesoría en anticoncepción posterior a la interrupción voluntaria del embarazo. Este es un momento muy importante de la vida reproductiva de las mujeres . El hecho de brindarles consejería integral, humanizada y completa les permite empoderarse de su salud sexual y reproductiva y tomar las mejores decisiones en forma autónoma e informada.

Este estudio muestra que después de la IVE el 80% de las mujeres eligieron e iniciaron un método anticonceptivo moderno para prevenir el embarazo no deseado. Este porcentaje contrasta con otros resultados de la literatura como el del estudio de Ana Luisa Vilela Borges en Brasil en el que apenas el 8.9% de las mujeres egresan con prescripción anticonceptiva después de una hospitalización por aborto. [11]

Una gran proporción de estas mujeres (54%) iniciaron métodos de larga duración como los dispositivos intrauterinos o los implantes anticonceptivos subdérmicos ,esta preferencia es importante en todos los grupos de edad lo que contrasta con los datos que muestra la Encuesta Nacional de Demografía y Salud de Colombia , 2015 [12] en el que únicamente el 5,4% de las mujeres colombianas entre 13 y 49 años usan implante, y el

4,7% usan DIU. Creemos que esta diferencia se puede deber a que estos métodos se colocaron inmediatamente después del procedimiento con AMEU o con medicamentos , a que los dispositivos se suministraron en forma gratuita y a que los implantes se administraron a un costo accesible, eliminando las barreras económicas y de acceso a métodos con alta efectividad.

Los métodos de larga duración, como lo ha demostrado el estudio CHOICE [13] , son los preferidos por las mujeres cuando se elimina la barrera económica para el acceso a los mismos. Nuestro estudio confirma esa elección por las mujeres colombianas atendidas en este servicio ambulatorio.

La satisfacción con el método elegido fue evaluada a los 6 meses del inicio del mismo mediante entrevista telefónica. Los resultados muestran que las mujeres que iniciaron métodos anticonceptivos de larga duración se mostraron muy satisfechas con el método en un alta proporción (61% de los casos) ; las pocas mujeres insatisfechas manifestaron dificultades con el DIU o aumento del volumen del sangrado y desplazamiento del mismo que obligó a su retiro . Es de resaltar que todas las mujeres que usaban implantes se mostraron muy satisfechas con el método durante la entrevista a los 6 meses.

Las mujeres a quienes se les realizó la IVE mediante procedimiento (AMEU) prefirieron los métodos de larga duración , especialmente los dispositivo intrauterinos, probablemente por la facilidad de iniciarlos inmediatamente después del procedimiento y por el factor económico : los dispositivos intrauterinos fueron gratuitos

Una debilidad del presente estudio es el gran número de pérdidas al seguimiento en el momento 1 , entrevista telefónica a los seis meses posteriores a la IVE , únicamente se logró contactar al 48% de las usuarias. Proponemos para un estudio posterior mejorara este porcentaje de perdidas con verificación de por lo menos dos números telefónicos en el momento de la asesoría para facilitar el contacto posterior , además realizar un seguimiento más periódico , cada tres meses para poder aumentar las probabilidades de entrevistar a un mayor número de mujeres.

CONCLUSIONES

Las mujeres a quienes se les realiza procedimiento de interrupción voluntaria del embarazo desean una asesoría en anticoncepción. Este es un momento especial en el cual la salud sexual y reproductiva está especialmente vulnerada. Los prestadores de servicios de IVE deben realizar esta consejería de manera integral.

Eliminando las barreras de acceso y las barreras económicas la mayoría de mujeres a las que se les realiza una IVE inician métodos anticonceptivos modernos de larga duración con el fin de planear su fecundidad partiendo del concepto de la anticoncepción y el autocuidado como un derecho .

La satisfacción con estos métodos a los 6 meses de seguimiento es alta con bajos porcentajes de abandono del método elegido, probablemente porque se realizó una consejería haciendo énfasis en el ejercicio de tres derechos fundamentales: El derecho a la autonomía, el derecho a la información y el derecho a la dignidad y porque previo a su inicio se informó adecuadamente sobre los posibles cambios relacionados con el uso del método y los efectos relacionados con el mismo, lo cual mejora la adherencia .

Recomendamos a los prestadores de servicios de interrupción voluntaria del embarazo brindar una consejería en anticoncepción completa , humanizada e individualizada con el fin de disminuir el número de embarazos no planeados , la prevalencia de abortos y la morbi- mortalidad materna derivada de la atención insegura del aborto .

Proponemos realizar estudios con seguimiento a largo plazo en población colombiana sobre anticoncepción posterior a la IVE con el fin de tener un panorama completo sobre este aspecto tan importante en la salud sexual y reproductiva de las mujeres.

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INSERCION DEL DISPOSITIVO INTRAUTERINO

CONSULTORIO GINECOLOGICO YOPAL

ESPECIALISTAS EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICÍA

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INSERCION DE UN DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU)

Fecha: ____ / _____ / _____ Ciudad: _____ C.C. T.I .PASP. #: _____de _____

Nombres: _____ Apellidos: _____ Edad: _____

Dirección: _____ Teléfonos: _____ ☐ Institucional ☐ Particular ☐ Entidad: _____

Nombre Responsable/acompañante:_____ Teléfonos: _____ Parentesco: _____

Médico/a tratante: _____ Especialidad: _____

Procedimiento que se autoriza: Inserción DIU: ☐ Inserción Mirena®: ☐ Inserción Jaydess®: ☐ Retiro: ☐

Fecha de Vencimiento Dispositivo intrauterino: _____ / _____ Lote No: _____

Calidad en que se otorga el consentimiento: Paciente: ☐ Representante Legal: ☐ Responsable del paciente: ☐

Certifico que los profesionales del Consultorio Ginecológico de Yopal me han explicado convenientemente los procedimientos para la inserción de un dispositivo intrauterino DIU (T DE COBRE) o un dispositivo intrauterino hormonal . El DIU es un dispositivo de distintos materiales, recubierto con metales o que contiene medicamentos . Se coloca en el interior del útero para evitar el embarazo y/o como tratamiento de algunas alteraciones ginecológicas (metrorragias, miomas).

La colocación del DIU se realiza una consulta ambulatoria, aunque en algunos casos excepcionales puede ser bajo anestesia general.

La tasa del embarazo con el DIU es baja, se producen embarazos aproximadamente 2 de cada 100 usuarias Su duración aproximada es entre 5 a 10 años.

Las complicaciones del DIU en el momento de su colocación pueden ser:

- Dolor y/o lipotimia
- Muy excepcionalmente puede haber perforación uterina
- Infección en el periodo de menos de un mes. Pasado este tiempo la infección se debe a otras causas.
- Sangrado genital en general escaso

Las complicaciones posteriores pueden ser:

- Embarazo, existiendo algo más riesgo de aborto y de embarazo ectópico cuando éste se produce
- Descenso y expulsión
- Alteraciones menstruales: aumento de la cantidad y/o duración del sangrado menstrual, manchado intermensual. Con el DIU con medicación se puede producir disminución o ausencia del sangrado menstrual
- Dolor, dismenorrea
- Migración del DIU a la cavidad abdominal

Me han explicado que los métodos anticonceptivos pueden tener efectos beneficiosos o dañinos, o pueden causar complicaciones que pueden ser dañinas para mi salud. He sido informado que los más frecuentes beneficios, riesgos y efectos secundarios son aquellos que figuran a continuación. También podrían ocurrir otros beneficios, riesgos y efectos secundarios que no figuran en la lista

Efectividad del uso del Dispositivo de cobre: 99.4–99.6 por ciento efectivo

Beneficios	Posibles riesgos o desventajas	Posibles efectos secundarios
1. Es altamente efectivo 2. El efecto anticonceptivo dura 10 años 3. Brinda libertad para una mayor espontaneidad sexual 4. Es fácilmente reversible 5. Es conveniente 6. No altera la composición ni el volumen de la leche materna 7. Reduce el riesgo de un embarazo ectópico 8. Es efectivo desde el punto de vista económico	1. Infecciones que ocurren rara vez en los primeros días luego de la inserción 2. El DIU puede atravesar el útero. Esto se conoce como perforación del útero 3. El DIU puede desprenderse por sí mismo. Deberá utilizarse un método anticonceptivo de reemplazo en caso de su desprendimiento 4. Si su DIU no tiene cordon visible—Su proveedor médico generalmente puede extraer un DIU sin cordón visible en el consultorio médico. Es poco común que necesite una cirugía menor para extraer el DIU sin un cordón visible. 5. No ofrece protección contra las enfermedades de transmisión sexual, que incluyen el VIH 6. Alergia al cobre	1. Un aumento del sangrado menstrual 2. Aumento del dolor menstrual

Contraceptive Technology, 20ª ed., 2011

Declaro que :

1. No deseo embarazarme en este momento. Uno de los beneficios de escoger un método anticonceptivo es que podré atrasar el embarazo hasta que lo desee.

2. Me han explicado acerca de todos los métodos anticonceptivos que ofrece esta clínica. Puedo cambiar a otro método si lo recomienda el médico. Asimismo, puedo dejar de usar un método anticonceptivo si deseo embarazarme. Me han proporcionado instrucciones para el uso del método anticonceptivo que he escogido

3. Entiendo que para continuar el uso del DIU d debo acudir a la clínica para someterme a un examen médico anual. Soy responsable por hacer una cita para mi examen médico anual. También entiendo que soy responsable por revisar los hilos del DIU cada mes y llamar a mi proveedor de atención médica si no puedo encontrar los hilos

4. Entiendo que deberé buscar atención médica de inmediato si ocurriesen cualquiera de los siguientes signos de peligro: dolor abdominal severo, fiebre de origen desconocido o fiebre luego de la inserción del DIU, dolor en la región pélvica o durante las relaciones sexuales, secreción vaginal inusual, llagas en el área genital, si no puedo sentir las cuerdas del DIU, si tengo un sangrado vaginal severo o prolongado, o si mi pareja tiene una enfermedad de transmisión sexual

5. He leído (o me han leído) la información indicada anteriormente, y he tenido la oportunidad de hacer preguntas, las que me han sido respondidas en forma satisfactoria. Soy mentalmente competente, y asumo completamente la responsabilidad y eximo al consultorio ginecológico, incluyendo al médico que me atendió, al personal y a los asistentes, de cualquier responsabilidad civil por cualquier efecto dañino o por el embarazo que pudieran resultar de mi utilización del método anticonceptivo que me fue proporcionado. Me han indicado que llame al consultorio para recibir instrucciones para descontinuar este método si decido hacerlo así.

6. Me ha sido proporcionada información acerca de un número telefónico de emergencia para llamar al consultorio fuera del horario de atención o cuando la clínica esté cerrada.

7. He escogido y he solicitado utilizar el dispositivo intrauterino como método anticonceptivo.

N°	FECHA	NOMBRES Y APELLIDOS	CEDULA	EDAD	FIRMA
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					

ANEXO 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INSERCION DEL IMPLANTE ANTICONCEPTIVO SUBDERMICO

CONSULTORIO GINECOLOGICO YOPAL

ESPECIALISTAS EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICÍA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INSERCIÓN DE IMPLANTE ANTICONCPETIVO SUBDERMICO

FECHA: DIA_____MES_____AÑO_____EDAD_____
NOMBRE COMPLETO_____
C.C/T.I_____DIRECCION_____ TEL: _____
Procedimiento que autoriza: _____
Fecha de vencimiento del Implante _____Lote N°_____
Calidad en que otorga el consentimiento:
Paciente_____ Representante Legal: _____

INFORMACION GENERAL SOBRE EL PROCEDIMIENTO

He sido informada que para llevar a cabo el procedimiento anteriormente indicado, es necesario que otorgue el presente consentimiento el cual se anexara a mi historia clínica también he recibido explicación que el consentimiento que otorgo puede ser revocado en cualquier momento por mi simple decisión antes del procedimiento
Dejo expresa constancia que he recibido del personal del Consultorio Ginecológico el documento que contiene la información general necesaria con respecto al procedimiento la inserción o retiro del implante subdermico, sus características y efectos, las recomendaciones para antes y después de su realización y prescripciones. He leído y se me ha podido preguntar y aclarar todas las dudas que he tenido.
Declaro que la práctica relacionada con la inserción /retiro es una actividad de medio y no de resultado exitoso, condición a la cual me someto, al igual que el implante puede fallar en 2 de cada 1000 mujeres que lo usen.
Adicionalmente declaro que no estoy embarazada si en el momento de la aplicación no estoy menstruando, asumo la responsabilidad por un posible embarazo en curso, no obstante haberse realizado la prueba con impresión de resultado anexado a la historia clínica.
Durante las asesorías y la consulta a las que ha asistido, se me ha informado sobre que acepte y se me ha dado respuesta a mis dudas satisfactoriamente.

También he entendido que existen otros métodos de planificación temporales los cuales no acepto y voluntariamente elijo la inserción de implantes subdermico.
También se me ha informado y explicado que la intervención cuya práctica he aceptado necesariamente afecta mi integridad anatómica y que pese al proceso de aplicación correctamente pueden llegar a presentarse efectos indeseables a corto y largo plazo tanto en órganos directamente afectados como otros que no tengan relación directa con el proceso.

COMPLICACIONES Y RIESGOS

Se me ha informado que existen riesgos imprevisibles, así como riesgos de muy difícil previsión los cuales por serlo no pueden ser advertidos. Los riesgos de los procedimientos invasivos cuando se Presentan con características graves, pueden ser generadores de complicaciones, a pesar de los esfuerzos, de todos los especialistas tratantes y de la óptima utilización de los recursos humanos para contrarrestarlas, podrían llegar a comprometer de formas temporales y permanentes mis condiciones de salud.
Durante la inserción se espera un sangrado normal, pero hay casos en los que se presenta sangrado abundante, además de manifestaciones múltiples y efectos imprevisibles. En algunos casos los tejidos en los que se realiza la inserción son friables o débiles, por lo que pueden ser mayores las complicaciones o síntomas.
Pueden llegar a manifestarse procesos infecciosos endógenos (órgano propio) o exógeno generados por microorganismos presentes en el ambiente de cualquier medio hospitalario en el mundo, a pesar de las medidas de asepsia y antisepsia, estos procesos infecciosos pueden ser localizados o generalizados y se trataran con los antibióticos correspondientes. En algunos casos por una localización anómala (diferente) de los componentes anatómicos del paciente o como consecuencias de cirugías previas o variantes anatómicas propias del paciente pueden llegar a presentar lesiones en estructuras vecinas, musculo, nervio, vasos, no detectable por el personal de salud en el momento de la inserción, solo se identifican por signos y síntomas notados por el paciente y es responsabilidad del paciente acudir al centro médico para su atención.
No obstante la buena práctica del procedimiento pueden resultar eventos adversos durante, pos-inserción, mediata y tardía como son sangrados, hematoma, equimosis, infección, irritación, cefalea, mastalgia, tensión mamaria, alteración en el peso corporal, acné, quistes de ovario, sangrado intermestrual, no llegada de la menstruación entre otros.

AUTORIZACIONES

El consentimiento que otorgo lo hago extensivo a todo el personal de salud que intervengan en el proceso de colocación y manejo.
Así mismo el personal del consultorio ginecológico queda autorizado para llevar a cabo la práctica o procedimientos médicos adicionales, si en el curso del procedimiento llegaran a presentarse situaciones inadvertidas o improvistas. Asumo sin restricciones todos los gastos que implique la práctica de la intervención autorizada.
Certifico que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad.

Paciente Adulto Responsable:
Firma: _____ _____
CC/TI CC
Profesional de la Salud
Firma: _____
Registro: _____
El paciente no puede firmar por: _____

BIBLIOGRAFIA

1. Sentencia C355-06. Corte Constitucional de Colombia. Disponible en *http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2006/c-355-06.htm*
2. ABECÉ Línea: Salud Materna – Derecho a la Maternidad Elegida. Interrupción voluntaria del embarazo, un derecho humano de las mujeres. Ministerio de salud Colombia. Agosto de 2016
3. Protocolo para orientación y asesoría anticonceptiva. Documento técnico para prestadores de servicios en salud sexual y reproductiva. Fundación ESAR. 2018
4. El-Tagy, A., Sakr, E., Sokal, D.C., Issa, A.H. Safety and acceptability of post-abortal IUD insertion and the importance of counseling. Contraception. 2003 Mar; 67(3):229-34.
5. Escheverry G. Family planning in the immediate postapartum period. Studies in Family Planning 1973;4(2):33-35.
6. OMS. Selected practice recommendations for contraceptive use. 2016
7. Lopez, L.M., Newmann, S.J., Grimes, D.A., Nanda, K., Schulz, K.F. Immediate start of hormonal contraceptives for contraception. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 2
8. Atención postaborto (APA) y sus complicaciones Documento técnico para prestadores de servicios de salud. Ministerio de salud y protección social. Colombia. 2014.
9. Encuesta nacional de demografía y salud. 2010. Profamilia. Disponible en *https://pdf.usaid.gov/pdf_docs/Pnady407.pdf*
10. Atención integral de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) en el primer nivel de complejidad .Documento técnico para prestadores de servicios de salud. Ministerio de salud y seguridad social. Colombia. 2014
11. Ana Luiza Vilela Borges, Renata Luciria Monteiro, Luiza Akiko Komura Hoga. Rev. Latino-Am. Enfermagem mar.-abr. 2014;22(2):293-300
12. Gina M. Secura, PhD, MPH, Jenifer E. Allsworth, PhD, The Contraceptive CHOICE Project: Reducing Barriers to Long-Acting Reversible Contraception. Am J Obstet Gynecol. 2010 Aug; 203(2): 115.e1–115.e7.
13. Encuesta nacional de demografía y salud. 2015. Profamilia. Disponible en *https://profamilia.org.co/investigaciones/ends/*