



Recomendaciones  
de la Conferencia de Consenso:

# ***Actualización del manejo clínico de la anticoncepción intrauterina***

Sociedad Española de Contracepción  
26-28 de Octubre, Altea (Alicante), 2001

**SEC**  
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CONTRACEPCIÓN

**SCHERING**  
Medicina Nuclear y Oncología

# Actualización del manejo clínico de la anticoncepción intrauterina

---

## *Conferencia de Consenso* *Actualización del manejo clínico de la anticoncepción intrauterina*

### **Promotor:**

Sociedad Española de Contracepción

### **Jurado:**

Dr. Iñaki Lete Lasa (Presidente)

Dr.	L. Arribas Mir	(SEMFYC)
Dr.	F. Campillo Arias-Camisión	(SEGO)
Dr.	O. Carreras Albiol	(SESEGO)
Dra.	C. Coll Capdevilla	(ESC)
Dr.	E. Díez Febrer	(SEF)
Dr.	J.J. Parrilla Paricio	(Univ. Murcia)
Dr.	E. Pizarro Orchard	(OMS)
Dña.	D. Pizarro Pinós	(M° Sanidad)
Dra.	R. Pous Bruguera	(FEPF)
Dra.	L. Montoya Videla	(AEEM)

### **Comité de Expertos:**

Dra.	I. Bonacho Paniagua	Dr.	E. López Arregui
Dr.	A. Castro Pérez de Castro	Dr.	J. Martínez Salmeán
Dr.	R. Sánchez Borrego	Dr.	A. Galindo Izquierdo
Dr.	E. Giménez Garay	Dr.	J.L. Doval Conde
Dr.	E. Pérez Campos	Dra.	A. Webb

### **Grupo de Revisión Bibliográfica:**

Dr.	K. Latorre
Dña.	D. Ramírez (Documentalista)
Dr.	J.R. Rueda
Dr.	J. Asúa (Coordinador)

---

## INTRODUCCIÓN

---

Una Conferencia de Consenso (CDC) es un método de evaluación cuyo fundamento es definir una posición consensuada frente a controversias existentes sobre un procedimiento médico, con la finalidad de mejorar la asistencia clínica. Habitualmente se plantea cuando es necesario asesorar a los profesionales sanitarios en materia de conocimiento o práctica clínica, ante la existencia de divergencias en los modos de actuación.

El objetivo de una CDC consiste en la redacción de unas recomendaciones por parte de un Jurado. Estas recomendaciones se elaboran después de haber oído los informes de los Expertos, quienes sintetizando los conocimientos existentes en base a la mejor evidencia científica disponible sintetizada por un Grupo de Revisión Bibliográfica, los presentan públicamente para su debate. De esta manera las personas que cuentan con la mejor información disponible para responder a las controversias planteadas en la CDC, proponen las alternativas más idóneas.

El método de la CDC es una Conferencia Científica en la que, tras la exposición de los trabajos de los expertos, se establece un debate democrático donde cada participante (expertos, jurado y público invitado) puede expresar su opinión y conocimientos, seguida de una resolución judicial en la que el Jurado, de composición multidisciplinar y multiprofesional, establece las recomendaciones a puerta cerrada, de manera independiente y objetiva.

# CONDICIONES ACTUALES QUE JUSTIFICAN LA NECESIDAD DE UNA CDC SOBRE ANTICONCEPCIÓN INTRAUTERINA

---

## 1. Controversias actuales en anticoncepción intrauterina

En 1995 la Sociedad Vasca de Contracepción realizó una encuesta nacional a médicos dedicados a anticoncepción, sobre aspectos prácticos de la contracepción intrauterina. Dicha encuesta puso de manifiesto la existencia de criterios dispares de actuación ante situaciones concretas.

Por otra parte, las recomendaciones generales en anticoncepción intrauterina recogen, entre otras restricciones que deben reconsiderarse, algunas que específicamente hoy no deberían aplicarse a los nuevos DIU liberadores de Levonorgestrel (DIU-LNG). Es el caso de la presencia de menorragia/hipermenorrea , que constituye precisamente una indicación específica de este tipo de DIU.

---

***Conferencia de Consenso  
Condiciones que justifican una  
Conferencia de Consenso sobre  
Anticoncepción Intrauterina***

1. Existencia de controversias en anticoncepción intrauterina
  2. Necesidad de responder a una preocupación de Salud Pública: baja tasa de utilización de un método de elevada eficacia y seguridad y bajo coste
  3. Existencia de evidencias científicas
-

## **2. Necesidad de responder a una preocupación de salud pública**

Según datos de la Encuesta de Uso de Métodos Anticonceptivos en España (Schering España S.A, 1999), sólo el 60.6% de la población en edad fértil utiliza un método anticonceptivo. De éstas, sólo el 9.6% utiliza el DIU, a pesar de tratarse de un método de elevada eficacia, escasos efectos secundarios, económico, y de elevada tasa de continuidad.

Con la realización de la CDC se pretende, además de responder a las cuestiones planteadas, contribuir a generalizar un clima de opinión más favorable a la anticoncepción intrauterina entre los profesionales de la anticoncepción, basado en la mejor evidencia científica disponible en este momento.

## **3. Existencia de evidencias científicas**

Existen suficientes evidencias científicas publicadas sobre el tema objeto de la evaluación, que permiten realizar una CDC para dar respuestas a las preguntas planteadas, de manera consensuada.

*Atendiendo a la concurrencia de estas tres condiciones, la Junta Directiva de la Sociedad Española de Contracepción consideró oportuno y necesario realizar una CDC sobre "Actualización del manejo clínico de la Contracepción Intrauterina", para dar respuesta a tres preguntas:*

- 1. ¿Cuál es la eficacia anticonceptiva de los DIU actuales?*
- 2. ¿Cuáles son las contraindicaciones actuales de los DIU?*
- 3. ¿Qué controles son necesarios en una mujer portadora de un DIU?*

# METODOLOGÍA DE LA CDC

Una CDC supone el resultado del trabajo secuencial, y en ocasiones simultáneo de una multiplicidad de grupos con intereses comunes: Promotor, Comité Organizador, Jurado, Grupo de Revisión Bibliográfica, Expertos y Público.

El trabajo se desarrolló durante los meses de Enero a Octubre de 2001, dedicando los primeros meses a la síntesis de la evidencia científica y los restantes a reuniones con Jurado y Expertos, con el fin de facilitar la elaboración de los trabajos a presentar en la Conferencia pública.

*Para la elaboración de las recomendaciones finales se ha procurado seguir el esquema propuesto por Grimes (2000), teniendo en cuenta la calidad de la evidencia disponible para acotar la fuerza de la recomendación:*

— Calidad de la evidencia:

- I. evidencia obtenida de por lo menos un Ensayo Clínico Controlado Aleatorizado correctamente realizado
- II.1. evidencia obtenida de por lo menos un Ensayo Clínico Controlado bien diseñado y correctamente realizado
- II.2. evidencia obtenida de estudios de cohortes o caso-control realizados correctamente
- II.3. evidencia obtenida de series de casos o ensayos no controlados con o sin grupo de intervención.
- III. opiniones de expertos

— Fuerza de la recomendación:

- A: Buena evidencia para apoyar la recomendación
- B: Cierta evidencia para apoyar la recomendación
- C: Evidencia insuficiente para recomendar en pro o en contra
- D: Cierta evidencia en contra de la recomendación
- E: Buena evidencia en contra de la recomendación

## 1. ¿Cuál es la eficacia de los DIU actuales?

*Expertos:* Dr. A. Pérez de Castro  
Dr. J. Martínez Salmeán  
Dr. E. Pérez Campos

### 1.1. Mecanismo de acción

- No existen evidencias científicas concluyentes sobre el mecanismo de acción de los DIU. Se acepta que pueden actuar por diferentes mecanismos de acción.
- Todos los DIU provocan una reacción inflamatoria local de cuerpo extraño que produce: un aumento de la permeabilidad capilar; edema endometrial; y aumento de la presencia de macrófagos.

---

**Primera pregunta**  
**¿Cuál es la eficacia anticonceptiva de los DIU actuales?**  
**Mecanismo de acción**

- No existen evidencias científicas concluyentes sobre el mecanismo de acción de los DIU.
  - Reacción inflamatoria local de cuerpo extraño.
  - Acción gameticida, dificultando la fertilización.
  - La eficacia de los DIU liberadores de Cu, presenta una relación dosis-dependiente.
  - Los DIU liberadores de LNG además, ejercen un efecto endometrial hostil a la migración espermática que dificulta la fertilización.
  - Mecanismo fundamental es preconceptivo.
  - Evidencia científica de nivel I
- 
- Los DIU probablemente ejerzan una acción gameticida, fundamentalmente espermicida, dificultando la fertilización.

- La eficacia de los Diu liberadores de Cu, presenta *una relación dosis-dependiente; a mayor carga de cobre, mayor eficacia anticonceptiva durante más tiempo.*
- Los DIU liberadores de LNG además, ejercen un efecto endometrial que resulta hostil a la migración del espermatozoide, dificultando la fertilización.
- Dado que el mecanismo fundamental es preconceptivo, es poco probable que la acción principal tenga relación con la capacidad de interferir la implantación.

## **1.2. Eficacia**

- Hay evidencia científica *de nivel I* para afirmar que el DIU es un método *anticonceptivo* de alta eficacia. La eficacia se mantiene durante el tiempo de uso recomendado.

---

### **Primera pregunta**

#### **¿Cuál es la eficacia anticonceptiva de los DIU actuales?**

#### **Mecanismo de acción**

- Eficacia DIU de Cu de alta carga (> 300 mm<sup>2</sup>) es elevada, tasas de embarazo < o igual al 1% al año. No justificado uso de inertes o baja carga si se precisa elevada eficacia.
- DIU-LNG es similar a la de los DIU de alta carga de Cu, con tasas de embarazo < o igual al 0.1% al año.
- La eficacia de DIU de Cu puede verse afectada por:
  - edad > 40 años justificado mantener hasta menopausia
  - capacitación o experiencia del facultativo
  - tasa de expulsión y tipo de DIU
- Evidencia científica de calidad regular (nivell II-2): eficacia similar en nulíparas / nuligrávidas que en paras o grávidas.

- 
- La eficacia los DIU de Cu de alta carga (>300 mm<sup>2</sup>) es elevada, con tasas de embarazo inferiores o en torno al 1% al año. No está justificado el

- uso de DIU inertes o de baja carga de Cu (< 300 mm<sup>2</sup>), cuando se precisa elevada eficacia anticonceptiva.
- La eficacia del DIU-LNG es similar a la de los DIU de alta carga de Cu con tasas de embarazo inferiores o en torno al 0.1% al año.
  - La eficacia de los DIU de Cu puede verse afectada por la edad, ya que en mujeres jóvenes la tasa espontánea de fertilidad es mayor. A partir de los 40 años –en los que la fertilidad está disminuida– estaría justificado mantener un DIU hasta la menopausia.
  - Existe evidencia científica, de calidad regular (*nivel II-2*) de que la eficacia de los DIU es similar en nulíparas/nuligrávidas que en paras o grávidas.
  - La eficacia de los DIU puede verse influida por otros factores: capacitación o experiencia del facultativo, tasa de expulsión, y tipo de DIU.

### 1.3. Eficacia anticonceptiva de los DIUs

<b>Relación eficacia del DIU con :</b>	<b>Nivel de Evidencia</b>	<b>Fuerza de la recomendación</b>	<b>Conclusión</b>
Carga de Cobre	I	A	Menor eficacia < 300 mm <sup>2</sup> Mayor eficacia > 300 mm <sup>2</sup>
DIU-LNG	I	A	Mayor eficacia
Duración	I	A	< 300 mm <sup>2</sup> < 3 años >300 mm <sup>2</sup> > 5 años DIU-LNG > 5 años
Paridad	II-3	C	Igual eficacia en nulíparas que en paras, para la misma edad
Edad de la mujer	II-2	B	DIU de Cu menor eficacia en mujeres jóvenes. No sobrepasar tiempo recomendado En mujeres > 40 años no precisa recambio

# SEGUNDA PREGUNTA

## 2. ¿Cuáles son las contraindicaciones actuales de los DIU?

Expertos: *Dra. I. Bonacho Paniagua*  
*Dr. R. Sánchez Borrego*

### 2.1. Nuliparidad

- Existe evidencia científica de nivel *regular (II-2)* de que la nuliparidad no supone contraindicación para el uso del DIU.
- El uso del DIU, por si mismo, no afecta la fertilidad posterior.

### 2.2. Embarazo Ectópico

- Existe evidencia de nivel adecuado (II-1 y II-2) de que el antecedente de gestación ectópica no es una contraindicación para el uso de DIU.
- El riesgo absoluto de embarazo ectópico es extremadamente bajo debido a la alta eficacia de los DIU actuales. Sin embargo, cuando una mujer queda embarazada y es portadora de DIU, el riesgo relativo de gestación ectópica está aumentado.
- No existe asociación entre el antecedente de embarazo ectópico, el uso actual de DIU, la fertilidad posterior, y la recurrencia de embarazo ectópico (evidencia de nivel II-3)

### 2.3. Inserción en periodo postparto y postaborto

Aunque el hábito de la inserción *del DIU en el postparto inmediato* no es una práctica habitual en nuestro medio, el Jurado de la CDC ha analizado las evidencias existentes al respecto.

- Existe evidencia adecuada (*II-1*) de que no hay contraindicación para la inserción de DIU en el postparto inmediato, salvo en presencia de infección puerperal. Las ventajas de la inserción de DIU (antes de la involu-

- ción uterina completa) son menores que los riesgos, debido a la alta tasa de expulsiones, perforaciones y eficacia disminuida.
- Existe evidencia (*II-3*) de que la inserción a partir de la cuarta semana postparto tiene una eficacia equiparable a la colocación en cualquier otro momento.
  - Existen evidencias (*II-3*) de que puede insertarse un DIU inmediatamente después de un aborto del primer trimestre, espontáneo o inducido. En abortos de segundo trimestre las tasas de expulsión son más elevadas.
  - El DIU está contraindicado en caso de aborto séptico.

#### **2.4. Enfermedad inflamatoria pélvica (EIP)**

- Existe evidencia científica *de nivel adecuado (II-1)* para afirmar que:
  - La EIP activa es una contraindicación absoluta para el uso del DIU.
  - El antecedente de EIP, en ausencia de gérmenes patógenos del tracto genital, no contraindica el uso de DIU.

#### **2.5. Enfermedades de transmisión sexual (ETS)**

- Existe evidencia de nivel adecuado (*II-2*) de que:
  - El DIU no protege frente a las ETS / HIV. Si existe riesgo de ETS debe recomendarse el uso de preservativo, sólo o asociado a otro método anticonceptivo.
  - La ETS actual supone una contraindicación absoluta.
  - El uso de DIU en portadora de HIV no tiene un efecto significativo sobre las complicaciones totales, o la carga viral. No obstante el Jurado considera prudente recomendar en caso de parejas sero-discordantes, a la espera de más estudios, el uso del preservativo.

#### **2.6. Otras Situaciones**

- Existe evidencia *adecuada (nivel II-1)* de que el DIU no está contraindicado en Diabetes y Lupus Eritematoso Sistémico. Tampoco en el útero en retroversión.

- Hay una serie de situaciones hasta ahora consideradas contraindicaciones, tales como, Enfermedad de Wilson, coagulopatías, anemias, menorragia... que dejan de serlo para el uso del DIU-LNG.

### **Segunda pregunta**

#### **¿Cuáles son las contraindicaciones actuales de los DIU? Relacionadas con la paridad**

- La nuliparidad no es una contraindicación. Evidencia de nivel II-2.
- El uso de DIU, por sí mismo, no afecta la fertilidad posterior.
- El antecedente de ectópico no contraindica el uso de DIU.
- Riesgo absoluto de ectópico bajo, pero  $\bar{O}$  RR
- Antecedente de ectópico y DIU no asociado a:
  - ↓ fertilidad posterior o ↑ recurrencia de ectópico.
- No está contraindicada la inserción post-parto inmediata, salvo infección puerperal.
- Ventajas de la inserción antes de la involución uterina completa menores que los riesgos:
  - ↑ tasa de expulsiones y perforaciones
  - ↓ eficacia
- La inserción a partir de la 4ª semana tiene eficacia equiparable a otro período.
- Se puede insertar DIU inmediatamente tras aborto de primer trimestre, espontáneo o inducido, excepto aborto séptico.

#### **Relacionadas con EIP y ETS**

- La EIP activa es una contraindicación absoluta para la inserción de un DIU.
- El antecedente de EIP, en ausencia de gérmenes patógenos en el tracto genital, no contraindica el uso de DIU.
- El DIU no protege de las ETS.
- La ETS actual contraindica la inserción de un DIU.

#### **Relacionadas con la inserción**

- Embarazo confirmado o sospecha del mismo.
- Portadora de DIU.

- Hemorragia genital sin filiar.
- Infecciones genitales agudas hasta resolución.
- Distorsiones severas de la cavidad uterina o cervical, congénitas o adquiridas.
- Neoplasia genital (excluido cáncer de mama).
- Endometritis post-parto o post-aborto.
- No son contraindicaciones para el DIU-LNG: Enfermedad de Wilson, coagulopatías, anemia...

<b>Tema</b>	<b>Nivel de evidencia</b>	<b>Fuerza de la recomendación</b>	<b>Comentario</b>
Nuliparidad	II-3	B	<p><i>La nuliparidad no es una contraindicación</i></p> <p><i>El DIU no aumenta riesgo de esterilidad posterior</i></p>
Ectópico	II-2, II-3	B	<p><i>El uso de DIU no aumenta el riesgo de embarazo ectópico</i></p> <p><i>El antecedente de embarazo ectópico no contraindica el uso de DIU.</i></p> <p><i>El antecedente de embarazo ectópico con DIU no aumenta el riesgo de recurrencia, aborto o esterilidad</i></p> <p><i>Un embarazo con DIU in situ tiene más riesgo de ser ectópico.</i></p>
<b>Postparto:</b>			
< 48 horas	II-1	A	<i>No contraindicación para la inserción</i>
>48h-< 4semanas	II-3	C	<i>Aumenta riesgo de expulsión y Aumenta riesgo de perforación</i>

<i>Postaborto 1er Trimestre-2</i>		<i>A</i>	<i>Se puede insertar un DIU inmediatamente tras un aborto</i>
<i>Aborto séptico</i>	<i>II-1</i>	<i>E</i>	<i>DIU contraindicado</i>
<i>Enfermedad Inflamatoria Pélvica (EIP):</i>	<i>II-2</i>	<i>A</i>	<i>El DIU no aumenta el riesgo de EIP. El riesgo de EIP se relaciona con el proceso de inserción del DIU.</i>
<i>a. pasada y embarazo posterior</i>	<i>II-1</i>	<i>A</i>	<i>a. DIU no contraindicado</i>
<i>b. actual</i>	<i>II-1</i>	<i>E</i>	<i>b. Inserción de DIU contraindicada</i>
<i>Enfermedad de Transmisión Sexual actual o presencia de riesgo (múltiples parejas)</i>	<i>II-1</i>	<i>E</i>	<i>El DIU aumenta el riesgo de EIP en estas mujeres Aconsejar métodos de barrera</i>

### **Contraindicaciones absolutas: condiciones en las que se recomienda no usar el DIU**

1. Embarazo confirmado, o sospecha del mismo.
2. Portadora de DIU.
3. Hemorragia genital sin filiar.
4. Infecciones genitales agudas, hasta su resolución.
5. Distorsiones severas de la cavidad uterina o cervical, congénitas o adquiridas.
6. Neoplasia genital (excluido el cáncer de mama);
7. Endometritis postparto, aborto infectado.
8. Enfermedad de Wilson , contraindicado el DIU de Cu . No contraindicado el DIU-LNG.

### **3. ¿Qué controles son necesarios en una mujer portadora de DIU?**

#### **3.1. Controles previos a la inserción.**

Experto: *Dra. A. Webb*

El Jurado de la CDC considera que una guía de buena práctica previa a la inserción de un DIU debe comprender:

---

**Tercera pregunta**  
**¿Qué controles son necesarios en una portadora**  
**de un DIU?**  
**Previos a la inserción**

- Información y asesoramiento.
  - Anamnesis general y ginecológica.
  - Exploración ginecológica habitual.
  - Recomendable solicitar Consentimiento Informado.
  - Pruebas complementarias: en pacientes de riesgo, según la anamnesis y la exploración
- 
- Información y asesoramiento del método elegido, asegurándose de que la mujer ha entendido los posibles efectos secundarios (dolor, sangrado ...) y el riesgo de padecerlos.
  - Anamnesis general, y ginecológica orientada a descartar factores de riesgo y contraindicaciones.
  - Exploración ginecológica habitual.
  - Se recomienda solicitar Consentimiento Informado.
  - No existe evidencia sobre la necesidad de realizar, sistemáticamente, otras pruebas complementarias.
  - En pacientes de riesgo y según la anamnesis y la exploración, se individualizará la conveniencia de realizar otras exploraciones complementarias (hemograma, citología, cultivo y ecografía).

### **3.2. Cuidados durante la inserción.**

Experto: Dr. E. Giménez Garay

- Existe evidencia *de nivel II-2* de que el DIU puede ser insertado cualquier día del ciclo, y no sólo durante los días de la menstruación. Hay estudios que *sugieren que se obtienen mejores resultados durante el periodo periovulatorio o al final de la menstruación.*
- *Hay evidencia de nivel II-3 que avalan el efecto beneficioso de la administración de un AINE 1 hora antes de la inserción, como profilaxis del dolor.*
- Aunque no existe evidencia científica, parece recomendable extremar las medidas de asepsia y antisepsia, previas a la manipulación del cérvix.

---

**Tercera pregunta**  
**¿Qué controles son necesarios en una portadora de un DIU?**  
**Cuidados durante la inserción**

- Inserción en cualquier momento del ciclo
  - Efecto beneficioso de AINE 1 hora antes, misoprostol, anestésicos locales, etc.
  - Extremar medidas de asepsia y antisepsia.
  - No se justifica el uso profiláctico de antibióticos, incluso en pacientes con endocarditis bacteriana.
- 
- Existen estudios *de calidad regular* que *demuestran* el beneficio de ciertos fármacos (misoprostol, anestésicos locales) para mejorar la permeabilidad del cérvix en caso de dificultad de inserción.
  - *Existe evidencia de nivel II-3 que no justifica la administración generalizada de profilaxis antibiótica., ni tan siquiera en pacientes con riesgo de endocarditis bacterianas no complicada.*

### **3.3. Controles posteriores**

*Experto:* Dr. A. Galindo Izquierdo

- Se recomienda practicar un primer control tras el primer periodo menstrual, y dentro de los tres primeros meses tras la inserción.
- No existe evidencia de que el control ecográfico sistemático mejore la eficacia del método.
- Se aconseja que los controles posteriores coincidan con los programas de control de salud recomendados según la edad de las mujeres, en ausencia de incidencias o de complicaciones. No se ha demostrado que los controles más frecuentes reporten beneficios.
- Se debe ofrecer a la usuaria la posibilidad de contactar ante cualquier eventualidad o problema: fiebre, amenorrea, no detección de los hilos, dolor pelviano, dispareunia, sangrados irregulares, leucorrea.

---

#### **Tercera pregunta**

#### **¿Qué controles son necesarios en una portadora de un DIU?**

#### **Controles posteriores**

- Recomendable primer control tras la primera menstruación y < 3 meses posteriores.
  - No evidencia de ventajas del control ecográfico
  - Aconsejable coincidir controles con programas de control de salud recomendados.
  - Ofrecer la posibilidad de contactar ante: fiebre, amenorrea, no detección de hilos, dolor pelviano, dispareunia, sangrado anómalo, leucorrea.
  - Visita de Control: comprobar hilos, actualizar anamnesis, exploración ginecológica.
- 
- En cada visita de control se recomienda: actualizar la anamnesis, visualizar los hilos y exploración ginecológica. Según los hallazgos encontrados se solicitarán las pruebas complementarias pertinentes.

### **3.4. Actuación ante las complicaciones más frecuentes**

Experto: Dr. J. L. Doval Conde

#### 3.4.1. Complicaciones durante la inserción

---

**Tercera pregunta**  
**¿Qué controles son necesarios en una portadora de un DIU?**  
**Actuación ante complicaciones**

- Inserción: dolor/reacción vagal: disponer AINE , atropina
- Prevenir perforación: inserción cuidadosa
- Embarazo: establecer intra-extrauterina
- Embarazo intrauterino: valorar deseo gestacional, intentar retirar DIU, 50% riesgo aborto, no malformaciones ni prematuridad
- Ectópico: resolver, y valorar retirada de DIU
- Descenso: parcial o totalmente en canal cervical
- Expulsión: DIU fuera de cavidad intrauterina

- 
- Es posible que ocurra dolor / reacción vagal; se recomienda disponer de AINE y atropina para solucionar el cuadro.
  - La mejor prevención de la perforación es una inserción cuidadosa. Aunque sólo ocurre en el 6/10.000 de inserciones, caso de producirse se aconseja interrumpir la maniobra, retirar el dispositivo y *administrar* medicación adecuada.\_

#### 3.4.2. Complicaciones durante la permanencia.

##### 1. Embarazo

- Establecer si se trata de una gestación intrauterina o ectópica.
- Si el embarazo es intrauterino, valorar el deseo gestacional. Informar que si el DIU no se extrae existe un 50% de riesgo de aborto, pero

que no se asocia a un incremento de malformación fetal, ni de prematuridad.

- Si la gestación es ectópica hay que solucionar el cuadro clínico y valorar la retirada del dispositivo.

## 2. Descenso o expulsión

**Descenso:** Se considera que un DIU está descendido cuando está alojado, parcial o totalmente, en el canal cervical. Hay evidencia científica de nivel II-3 de que las mediciones ecográficas que relacionan la posición relativa del DIU respecto al fundus uterino no sirven para definir el concepto de “descenso”. Se acepta que el DIU está normoinserto siempre que el extremo inferior del vástago está por encima del orificio cervical interno (OCI).

**Expulsión:** Se define como la presencia del DIU en vagina o fuera del cuerpo de la mujer. Siempre hay que descartar la posibilidad de perforación y posterior migración.

- En caso de descenso se aconseja retirar el DIU.

## 3. Dolor y/o sangrado

El dolor y la modificación en el sangrado uterino son los dos efectos secundarios del DIU que motivan, con mayor frecuencia, la extracción del mismo. El manejo de estas situaciones, incluye las siguientes posibilidades:

- Realizar diagnóstico diferencial
- Confirmar la correcta colocación del DIU
- En el caso de los DIU de Cu el tratamiento de elección son los AINE, existiendo la posibilidad de añadir un antifibrinolítico. Si a pesar del tratamiento, el dolor y/o sangrado persisten, se debe valorar la extracción del DIU de Cu y la reinserción de otro tipo de DIU.

## 4. No visualización de hilos guía

- Realización de ecografía:
  - DIU intraútero: seguir controles habituales
  - No visualización del DIU: Rx de abdomen

- DIU en abdomen: extracción
- No detección del DIU: DIU expulsado

### 5. Enfermedad Inflamatoria Pélvica

- El factor determinante de desarrollar EIP está relacionado con las ETS.
- El riesgo atribuible al DIU está relacionado con el proceso de inserción y se limita a los tres primeros meses tras la inserción (es raro después de las tres primeras semanas).*(Nivel II-2)*
- Hay evidencia *de nivel I* de que el hilo monofilamento no es vector de infección.
- Igualmente hay evidencia *de nivel I* de que la EIP en presencia de DIU no reviste mayor gravedad que en su ausencia. El tratamiento es el habitual; no es necesario retirar el DIU.

### 6. Actynomices

- La presencia de este microorganismo en la citología es más frecuente en portadoras de DIU que en no portadoras.
- En ausencia de sospecha de infección pélvica no hay acuerdo sobre la conducta a seguir. Las actitudes varían desde la retirada del DIU y tratamiento con penicilina, hasta la conducta expectante.
- Si se sospecha infección pélvica, es aconsejable retirar el DIU, prescribir antibiótico y repetir citología tres / seis meses más tarde. Si la citología resultare negativa, puede insertarse otra vez un DIU.

Altea, Octubre de 2001

## ASISTENTES

---

Dra. María Elena Ortíz  
Dr. Francisco García Moragón  
Dra. Carmen Martínez Arévalo  
Dr. Ángel García Triguero  
Dra. Esther de La Viuda  
Dr. Francisco Blanco Coronado  
Dr. Rafael Laza Herrera  
Dr. Marwan Jamil  
Dr. Antonio Albert  
Dr. Manuel Altamirano  
Dr. Alberto Salamanca  
Dra. Ángeles Ramírez  
Dra. Elena Julia  
Dra. Cristina Molina  
Dra. Teresa Orte  
Dra. M.<sup>a</sup> Ángeles AVECILLA  
Dra. M.<sup>a</sup> Jesús Rodríguez Domingo  
Dra. María Vilamala  
Dra. Ana Etxebarria  
Dr. Roberto Lertxundi  
Dra. Maite Salas  
Dra. Arancha Lecuona  
Dra. Ana Casasús  
Dr. Miguel Díaz  
Dr. Xose Vidal Pan  
Dr. José Manuel Díaz García  
Dra. M.<sup>a</sup> Luisa Orobón  
Dr. Fernando Carrasco Moreno  
Dr. Tomás Sánchez Bolea  
Dr. Javier Sotorres Auxina  
Dra. M.<sup>a</sup> José Nebot Lafuente  
Dr. Jorge Perpiñá  
Dra. M.<sup>a</sup> Ángeles Gómez  
Dr. Mathias Monfort