



## Ginecología y Obstetricia

© Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología

**Ginecol. obstet.** 1996; 42 (1): 16-21

### **Inserción del DIU postparto en el Perú: Experiencia en nueve hospitales.**

*ALFREDO GUZMÁN DELICIA FERRANDO, GLORIA LAGOS*

#### **Agradecimiento**

El estudio en los nueve hospitales; no hubiera podido ser realizado de no contar con la más amplia colaboración de los doctores Eduardo Cáceres, José Copello y José Guembes del Hospital Edgardo Rebagliati, Miguel Exebio y Raúl Donayre del Hospital Guillermo Almenara, Raúl Díaz y Martha Cajas del Hospital Integrado del Norte (Piura), Angel Tuesta y Eduardo Vásquez del Hospital Almasizor Aguinaga (Chiclayo), Edmundo Rojas y Rina Cuadros del Hospital Regional del Sur (Arequipa), Víctor Díaz Carlos Rojas y Norma Yaya del Hospital Arzobispo Loayza, Eduardo Maradiegue del Hospital Nacional Cayetano Heredia, Luis Távara y Adolfo Pinedo del Hospital de Apoyo María Auxiliadora, y Ricardo Terukina, Carlos Alvarado y Usar Guzmán del Instituto Materno Perinatal.

#### **Resumen**

Este trabajo presenta una revisión de las diferentes estrategias de entrega de servicios de planificación familiar y describe en mayo amplitud 14 anticoncepciones postparto, con énfasis en el dispositivo intrauterino (DIU). Muestra la experiencia mundial y nacional y, dentro de ella, los resultados de la primera investigación operativa realizada en el país en nueve hospitales del sector público (5 del Instituto Peruano de Seguridad Social -IPSS- y 4 del Ministerio de Salud -MINSAL-) comparando los resultados obtenidos a través de encuestas en el prenatal postparto y seguimiento de una muestra aleatoria de pacientes y usuarias. Se demuestra que la estrategia es aceptable, segura y costo efectiva, y que es una forma de aumentar la prevalencia con métodos de larga duración y de alta seguridad anticonceptiva. Sin embargo, pese a una alta demanda insatisfecha para limitar o espaciar los nacimientos, hay aspectos de mitos y temores por parte de las usuarias con respecto a los diferentes métodos anticonceptivos que deberán ser atendidos con una mejor información y consejería en planificación familiar.

Palabras clave: Anticoncepción postparto, DIU postparto, consejería anticonceptiva, costo efectiva, prevalencia

#### **Summary**

This paper presents different strategies available for the delivery of family planning services, and describes in detail post partum contraception with emphasis in the intrauterine device (IUD). It presents the world and national experiences and the results of the first operative research performed in the country in nine public hospitals (5 from the Peruvian Social Security Institute and 4 from the Ministry of Health). The study compares the results obtained in the surveys during prenatal and post partum care and the follow up carried out in an aleatory sample of patients and users. The results reveal the strategy is acceptable, safe and cost effective, and will increase prevalence of long lasting methods with low failure rates. Notwithstanding there is a highly unsatisfied demand to limit or space and births, there are myths and fears in relation with different contraceptive methods that require better information and counseling in family planning.

Key words: Postpartum contraception, postpartum IUD, contraceptive counseling, cost effective, prevalence.

Pathfinder Internacional



## Introducción

A lo largo de la historia de la planificación familiar se ha implementado diferentes estrategias de entrega de servicios: servicios clínicos, distribución comunitaria de anticonceptivos (DCA), mercado social de anticonceptivos (MSA), mercadeo comunitario de anticonceptivos (MCA) y programa en el postparto/postaborto inmediato. Este artículo tratado básicamente sobre la última estrategia.

En un principio fue la clínica donde se ofrecía información y metodología anticonceptiva. Se vio luego que no toda la población podría acceder a este servicio, porque las clínicas no quedaban cercanas a su domicilio. Para alcanzar este grupo poblacional se estableció lo que se llamó distribución comunitaria de anticonceptivos (DCA), que consistía en la entrega a la comunidad de Ginecología y Obstetricia información y de algunos métodos anticonceptivos orales y métodos de barrera, a través de personal propio de la comunidad, previamente entrenado, y al que se le denominó promotores.

Con el tiempo se reconoció que había un sector de la población que adoptaba la anticoncepción por una decisión personal, sin recurrir a clínicas o recibir la visita de promotoras, y tenía los medios económicos como para adquiridos a través de la red comercial (farmacias). Para este segmento se implementó el mercadeo social de anticonceptivos (MSA) diseñado para poner al alcance de la población ciertos anticonceptivos a un precio convenido con la industria farmacéutica y menor que el comercial (precio social se llamó en algunos casos), en la red de distribución comercial.

Se vio posteriormente la necesidad de ampliar la distribución de estos anticonceptivos a una red mayor de establecimientos comerciales y, sobre todo, a puestos pequeños en mercados y a bodegas que serían mayores puntos venta para la comunidad; así se inició el mercado comunitario de anticonceptivos (MCA).

Por último, se reconoció que había un grupo de mujeres cuyo único contacto con un profesional de salud o un ambiente clínico era en el momento del parto o en su internamiento por complicaciones de un aborto inducido o espontáneo. Se vio que ésta era una oportunidad desperdiciada y en la cual podía brindarse información y servicios de planificación familiar a un grupo de mujeres motivadas y con necesidades de espaciamiento gestacional y prevención de un embarazo temprano por razones de salud. En esta forma se inició una nueva estrategia de planificación en el postparto y postaborto inmediato.

La mayoría de los estudios realizados sobre esta estrategia, comenzando con el Programa Internacional de Planificación Familiar en el Postparto de The Population Council (1966) han demostrado que, dentro de los métodos ofrecidos, el que presentó una mayor aceptabilidad y desarrollo fue la inserción del DIU en el postparto.

## Experiencia mundial

A lo largo de los últimos 25 años se llevó a cabo experiencias en diferentes partes del mundo con el propósito de introducir la estrategia de entrega de servicios de planificación familiar en el postparto y postaborto. Se entiende como postparto el tiempo transcurrido inmediatamente después del alumbramiento hasta el alta hospitalaria.

En 1966, The Population Council llevó a cabo el Programa Internacional de Planificación Familiar en el postparto en 25 hospitales de 14 países, con resultados no muy alentadores:

Una tasa de expulsión del DIU, a los 3 meses, de 23,4 por 100 inserciones (variando entre 7% y 34,5%), y un 1% de perforaciones, sobre todo en Singapur<sup>(3)</sup>. En 1970 profamilia, en Colombia, llevó a cabo un programa de postparto en un hospital del Seguro Social Colombiano ubicado en Bogotá encontrando, en los primeros 30 días, un desalentador 45% de expulsiones espontáneas<sup>3</sup>. Estos resultados desalentadores causaron una interrupción estas iniciativas innovadoras en diferentes partes del mundo, hasta que en los últimos años de la década del 70 Newton en Londres (1977) y Thiery en Bélgica (1979) encontraron en sus experiencias una tasa baja de expulsión de 6 a 7 por 100 mujeres hasta los 30 meses<sup>9</sup>.

Esta diferencia notoria se debió principalmente a que las dos experiencias se llevaron a cabo en clínicas privadas había un sólo un operador, utilizaron un insertador especialmente diseñada para la estrategia y probaron varios tipos de DIU (Leem, Copper 7, Progestasert, MLCu 250, TCu 200). El éxito las experiencias reavivó el interés por continuar con la estrategia de DIU postparto en diferentes organismos e instituciones.



La organización Mundial de la Salud (OMS), en 1978, realizó un estudio comparativo multicéntrico (6 centros) para inserción del DIU postplacenta inmediata. Lamentablemente, sus tasas de embarazo (5,6; 7,2 y 12,1 por cada 100 mujeres), así como las tasas de expulsión, de 35 a 44 por 100 mujeres al año de uso, fueron demasiado altas, lo cual determinó la suspensión del estudio<sup>10</sup>.

Es sólo en la década del 80 en que Family Health International (FHI), con un estudio en 11 países; (Egipto, Chile, EE. UU., Bélgica, Tailandia, China, Taiwan, Turquía, Filipinas, Costa Rica y México), encontró tasas distintas de expulsión al probar tipos de DIU, momentos de inserción y métodos de inserción diferentes<sup>3</sup>. En nuestro continente, el Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS), en 80 000 inserciones realizadas entre los años 1983 y 1984, encontró una tasa de expulsión aceptable de 15,1 por 100 mujeres a los 3 meses, lo que motivó que lo integrara en su servicio de Planificación Familiar a nivel nacional. El IMSS tiene hoy la mayor experiencia mundial de anticoncepción postparto, insertándose más de 350 000 DIU s anualmente, la mayor proporción en postplacenta inmediata.

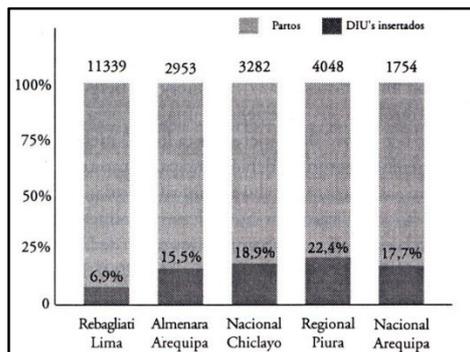
<b>Tabla 1.</b> El DIU en los Programas de Planificación familiar en el postparto perspectiva histórica	
1966	The Population Council: Programa Internacional de PF en el Postpartoen 13 centros. Tasa de expulsión promedio: 20,5 por 100 mujeres a los 3 meses, y 1% de perforaciones.
1970	Profamilia, Colombia Tasa de expulsión: 45% en los primeros 30 días.
1977	Newton, Londres:Insertador especial, 3 tipos de dispositivos. Tasa de expulsión: 7%.
1978	OMS: Estudio Comparativo Multicéntrico (6) de 3 diferentes DIUs insertados en el postparto inmediato. Tasa de expulsión: 35-44% al año de uso.
1979	Thiery, Bélgica: TCu Multiload. Tasa de expulsión promedio: 6,0% a los 3 meses.
1980-87	Estudio de FHI: 11 países. Diu delta vs. no delta. Diferentes momentos de inserción/métodos. Tasa de expulsión: 12-36% a los 3 meses.
1983-84	IMSS, México: 80,000 inserciones. 5 tipos de dispositivos. Diferentes métodos. Tasa de expulsión: 15,1% a los 3 meses.
1988	IPSS, Perú: The Populatio Council. TCu 380A. Diferentes momentos de inserción/métodos. Tasa de expulsión: 18% al año.
1993	MINSA, Perú: Pathfinder. TCu380A. Diferentes momentos de inserción/métodos. Tasa de expulsión: 13% al año de uso.



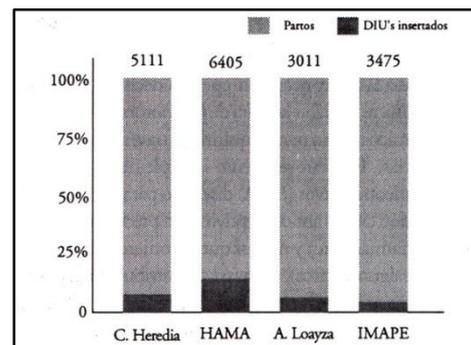
## Experiencia nacional

Estos resultados impulsaron al Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS), en 1988, a realizar una investigación operativa, con apoyo de The Population Council, en el Hospital Rebagliati para conocer su aceptabilidad y probar diferentes métodos de inserción en el postparto inmediato (postplacenta y hasta 72 horas), obteniendo una tasa de expulsión del 18% al año, nivel aceptable internacionalmente.

**Figura 1.** Porcentaje de cobertura sobre el total de partos por hospital IPSS.



**Figura 2.** Porcentaje de cobertura sobre el total de partos por hospital MINSA, Lima.



Los resultados de esta investigación operativa<sup>4-6</sup> demostraron que el método era:

a. Aceptable. Tanto Para proveedores de servicios como para usuarias. Más de un 75% de pacientes en el postparto y 70% en el postaborto aceptaron un método de planificación familiar, siendo el DIU preferido en 18% del total de pacientes postparto y en el 43% de pacientes postaborto.

b. Seguro. De 472 pacientes, se presentó una tasa de complicaciones de 22%; 50 fueron expulsiones espontáneas, informándose tan sólo de 3 casos de endometritis, un embarazo por falla de método y 9 retiros voluntarios. No se produjo perforación ni complicación seria. Es necesario mencionar que, de las 50 expulsiones espontáneas de DIU, un 58% solicitaron reinscripción.

c. Buena prevalencia. Una encuesta comparativa a los 6 meses entre el grupo control y el grupo de intervención muestra una diferencia de 13 puntos de prevalencia a favor de este último. Diferencia debida principalmente al incremento en el uso del DIU. Esta encuesta también mostró una tasa segmentaria de continuación del DIU para el grupo experimental de 90%.

d. Costo efectivo bajo. Ya se demostró que la inserción del DIU en el postparto es USD 14,78, menos costosa que la inserción de DIU en consulta ambulatoria y que si la estrategia se realizara en todos los establecimientos de Lima, en principio, además de aliviar la carga de la consulta ambulatoria, permitiría un mayor número de inserciones de DIU en la consulta ambulatoria y un ahorro del 4% del presupuesto de planificación familiar del IPSS para Lima.

## Expansión a nueve hospitales del sector público

Los resultados obtenidos en la experiencia en el Hospital Edgardo Rebagliati motivaron que las autoridades del IPSS

expandieran la estrategia de postparto a otros servicios del hospital, así como a otros cuatro hospitales grandes del IPSS, ubicados en Lima, Chiclayo, Piura y Arequipa. Durante el periodo 1991-92, un total de 23 376 partos



fueron atendidos, con una aceptación promedio para DIU postparto de 13%. En los cinco hospitales, la aceptabilidad varió entre 7% y 22% (figura 1).

En 1992, esta misma estrategia fue implementada en cuatro hospitales del Ministerio de Salud (Cayetano Heredia, María Auxiliadora, Arzobispo Loayza y Maternidad de Lima), todos ubicados en Lima. Durante el período del estudio, estos hospitales; atendieron 18 005 partos, con un promedio de aceptación de 9% para DIU postparto. En este caso, la aceptabilidad fue entre 5% y 13% (1) (Figura 2).

## Metodología

Se realizó una encuesta a pacientes de prenatal y postnatal con el objetivo de evaluar el grado de conocimiento y aceptación de esta estrategia. Además, se realizó un seguimiento a una muestra aleatoria de aceptantes de DIU postparto para conocer las tasas de complicaciones, especialmente aquellas relaciones con expulsiones y/o retiros.

El número total de entrevistas y seguimiento fue como sigue:

	Pacientes prenatal	Pacientes postparto	Seguimiento a pacientes
IPSS	1176	497	1472
MINSA	409	195	196

El criterio utilizado para realizar el seguimiento a pacientes de DIU postparto varió en los hospitales del sector público. En el IPSS, se basó en usuarias de DIU que retornaron a los hospitales para su control. Esto representó 49% de los DIUs insertados en los hospitales que participaron en el programa. En el caso del MINSA, se seleccionó una muestra de usuarias de DIU al azar, de las cuales 33% eran usuarias de DIU postparto. Sólo un 12% del total de usuarias de DIU fueron contactadas, atribuyéndose este bajo porcentaje a diversos problemas encontrados durante el seguimiento, tales como: direcciones falsas, hogares no existentes, dificultad para localizar a la mujer, entre otros.

## Resultados y Comentarios

El estudio comparó las características sociodemográficas de las mujeres en ambos grupos de hospitales. Las mujeres del IPSS, tanto en prenatal como, postparto, mostraron ser mayores que las mujeres del MINSA; sin embargo, la U. dad fue igual para ambos grupos. En otras palabras, las mujeres del MINSA tendrá más hijos que las una edad comparable **7, 8**. Un resultado interesante fue un, número de controles prenatales era similar para ambos grupos. Esto es contrario a la creencia general que el manejo obstétrico del MINSA es menos eficientes que en los servicios del IPSS.

La demanda potencial de método, el deseo de no tener más hijos embarazo, fue 50% para las mujeres del MINSA y 37% para del IPSS. Esta diferencia demuestra la multiparidad las mujeres del MINSA.

Con relación al conocimiento sobre la posibilidad de recibir un DIU en el postparto inmediato, más de una cuarta parte de las mujeres del IPSS y un tercio, de las mujeres del MIMSA respondieron afirmativamente en la encuesta prenatal. Esta respuesta se duplicó en la encuesta postparto para ambos grupos. Esto significa que la información y consejería sobre anticoncepción postparto fue reforzada durante el período postparto. En cuanto a la preferencia de método en el postparto, en las mujeres del IPSS como las del MINSA escogieron n primer lugar el DIU; en segundo lugar escogieron la anticoncepción quirúrgica voluntaria (AQV). Esta preferencia tiene relación directa con el número de mujeres de ambos grupos que manifestaron no desear más hijos o que deseaban espaciar su siguiente embarazo, tal como se ha indicado anteriormente.



<b>Tabla 2.</b> Características de las mujeres entrevistadas (Estudios I-II)		
	Prenatal	Postparto
Edad Promedio		
- IPSS	30,7	30,0
- MINSA	26,7	25,8
Número promedio de hijos		
- IPSS	1,0	2,0
- MINSA	0,9	2,2
Número promedio de controles prenatal		
- IPSS	3,6	
- MINSA	3,6	

### Resultados del Seguimiento

Con relación a complicaciones, se encontró en el grupo mujeres del IPSS que retornó para su control postparto una tasa de expulsión del 9%, y un 9% de complicaciones menores (sangrado, descensos, dolor, entre otros); no se reportó ningún otro tipo de complicación (retiros, por motivos médicos, infecciones o embarazos) (Tabla 3).

<b>Tabla 3.</b> Resultados del seguimiento. DIU postparto	
Estudio II: 5 hospitales IPSS (1990-1992)	N=1472
- Sin complicaciones	82%
- Expulsión	9%
- Otras	9%
Estudio III: 4 hospitales del MINSA (1993)	N=195
- Sin complicaciones	67%
- Expulsión	13%
- Retiro	18%
- Otras	4%

Debido a la evidente falta de información adecuada, se planeó una selección al azar y un seguimiento con visitas domiciliarias para el estudio del MINSA. En este estudio se encontró que 67% de las usuarias del DIU aún tenían el mismo DIU; 13% de los DIUs habían sido expulsados y en 16% de los casos éstos habían sido retirados, la mayoría por motivos médicos menores. Cuatro por ciento de las encuestadas no sabían si todavía tenían el DIU (Tabla. 4). El estudio del MINSA también demostró que existe un mismo patrón de tiempo para la ocurrencia de las complicaciones médicas que en el primer estudio peruano (IPSS). Es decir, la mayoría de complicaciones ocurren dentro de los primeros 30 días (7,8). (Figura 3).



De los DIUs expulsados y retirados, 25% fueron reinsertados, dando un 77% de continuación al año de uso. No se informó ninguna complicación seria y sólo ocurrieron 3 casos de endometritis. Otras complicaciones leves incluyeron dolores abdominales y sangrado vaginal. El motivo principal para no aceptar un DIU en el postparto fue el deseo de utilizar algún otro método. Sin embargo, la segunda razón más común entre las mujeres fueron los problemas de salud atribuidos al DIU; el tercer lugar lo ocupó el miedo al método.

Estos resultados demuestran que la información y consejería que reciben las pacientes debe ser más eficientes e intensivas para así lograr disipar los temores que estigmatizan al DIU (Tabla 5).

	Inmediata	30d	60d	90d	> 4m	Total
-Expulsión total	9	8	0	0	2	19
-Expulsión parcial	3	3	0	0	0	6
-Retiro	2	8	11	1	9	31
Total	14	19	11	1	11	56

Esta nueva experiencia le ha permitido a Pathfinder International implementar la estrategia de anticoncepción postparto en 80 hospitales peruanos del sector público a nivel nacional durante los próximos cuatro años, bajo el plan de acción de Planificación Familiar en el Perú de la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos. Creemos que esta estrategia tiene un importante potencial de impacto y costo efectividad en países como el Perú.

	IPSS 1992 (%)	MINSA 1993 (%)
<b>Prenatal</b>		
- Desea otro método	37	31
- Problemas de salud	19	4
- Temor	16	14
- Otras razones	16	18
- No es seguro	6	15
- No es recomendable	6	6
- No desea/no sabe	0	13
<b>Postparto</b>		
- Desea otro método	27	24
- Temor	23	20
- Otras razones	20	2
- Problemas de salud	18	2
- No desea/ nosabe	12	16
- Es prematuro	0	17
- No es recomendable	0	10
- No es seguro	0	9



## Lecciones Aprendidas

La experiencia mundial y nacional nos ha permitido aprender ciertos hechos importantes para el éxito de esta estrategia y que son los siguientes:

- a. Momento ("timing) de inserción. De acuerdo a diversos autores (Thiery, Cole y Chi) la inserción del DIU postplacenta inmediato dentro de los 10 primeros minutos (IPPI) muestra las menores tasas de expulsión y menores complicaciones. Además, es confortable para la paciente y se realiza en la misma sala de partos.
- b. Tipo de DIU. A lo largo de todas las experiencias ha quedado demostrado que la TCu en cualquiera de sus modelos y con hilo guía normal es el dispositivo adecuado.
- c. Método de inserción. En el IPPI la técnica aconsejada es manual, mientras que en el puerperio inmediato se recomienda el uso de la pinza de anillo. Sin embargo, hay que tener en cuenta consideraciones de asepsia, que muchas veces no facilitan una inserción manual. Asimismo, nuestra experiencia; así como la mexicana, han demostrado que la inserción del DIU transcesárea tiene una tasa de expulsión menor que en el postparto inmediato (2%).
- d. Colocación fúndica. Es sumamente importante la colocación del DIU, por cualquiera de los métodos de inserción, en el fondo uterino.
- e. Importancia de la capacitación. Una adecuada capacitación que enfatizó en todos aquellos puntos previos permite una menor tasa de complicaciones, como se ha demostrado tanto en el estudio de M1 como en el estudio del IPSS. En el primer estudio se ve que se reduce a la mitad el número de expulsiones durante la segunda mitad del estudio; es de suponer que los médicos mejoraron sus técnicas y adquirieron una mayor experiencia<sup>(3)</sup>. En el estudio del IPSS, la tasa de expulsión de los médicos capacitados formalmente por los instructores mexicanos fue casi 3 veces menos a la tasa de expulsión de aquellos médicos que no fueron capacitados formalmente.
- f. La Importancia de la consejería. La información y el conocimiento por parte de las usuarias sobre sus opciones de métodos sobre el método elegido refuerzan la satisfacción de éste, disminuyendo los temores. Es necesario que todo el personal que participa en el programa colabore en la información y consejería de las pacientes. Especial atención deberá dedicarse a obstetrices, enfermeras y trabajadores sociales.

En conclusión, la experiencia nacional ha demostrado que la estrategia de anticoncepción postparto, utilizando el DIU, es aceptable para los usuarios y ofrece complicaciones mínimas, no habiendo diferencia significativa en el desarrollo de esta técnica en hospitales del MINSA con respecto a los del IPSS.

Hay una gran demanda por el espaciamiento o la limitación de embarazos en ambos grupos. Sin embargo, hay que mejorar el aspecto de consejería contraceptiva para eliminar los mitos y temores que existen en relación a los métodos contraceptivos y que están relacionados siempre con problemas de salud. Dentro de ellos, el DIU, inmediato, despiertan infundado temor.

Otro de los problemas que se ha evidenciado en particular son las dificultades para el seguimiento y control de usuarias. Al alto porcentaje de direcciones falsas informadas se agrega el hecho que sólo una proporción de ellas regresa controles en el hospital. Aunque muchas acuden a los centros de salud de su ámbito para controlarse, ello no es reportado donde se realizó la estrategia.

La anticoncepción postparto, en particular la inserción DIU postparto, se muestra como una estrategia aplicable a los hospitales; del sector público en el Perú, como un medio de atender la demanda insatisfecha en planificación familiar aprovechando una oportunidad hasta el momento perdida para ofrecer consejería y servicios de planificación familiar.



## Referencias Bibliográficas

1. Aznar R, Reynoso L, Montemayor, G, Giner J. Postplacental insertion of IUDs Contracept Deliv Syst 1980; 1: 143-8.
2. Cole LP, Edelman DA, Potts D, Wheeler RW Laufe LE. Postpartum insertion of modified intrauterine devices. J Reproduc Med 1984; 29: 677-82
3. Chi C, Farr G. Postpartum IUD contraception-Review, of an International experience. Advance in Contraception
4. Foriet K, Foreit J, Lagos G, Foreit J. Effectiveness of postpartum IUD insertion in Lima, Perú. International Family plannig Perspectives, 1993; 19 - 1: 19-24
5. Guzmán A, Herrera J, Lagos G, Foreit J. Inserción de DIU en el post aborto. Ponencia durante el 2.º Congreso Latinoamericano y primer congreso Brasileño de Planificación Familiar, Rio de Janeiro, Brasil.
6. Guzmán A, Lagos G, Foreit K, Foreit J. Programas de en la planificación el postparto y postaborto: Seguros y costo efectivos. Ponencia durante el XIII Congreso Latinoamericano de Obstetricia y Ginecología, Motivideo; Uruguay. Diciembre 1990.
7. Guzmán A. Pasado, presente y futuro de los programas de DIU Ponencia durante el Taller Internacional de Planificación Familiar Postparto y Postaborto, Quito, Ecuador Julio 1993.