



Escuela Andaluza de Salud Pública
CONSEJERÍA DE SALUD



Actividad organizada por la
Red Salud Sexual y Reproductiva



ENCUENTRO DE LA RED DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA



Concertado con la Consejería de Salud

Granada,
20 de
noviembre
de 2017

Experiencia formativa para el manejo de anticonceptivos reversibles de larga duración (ARLD), en atención primaria.

DIUS y formación en DSGM.

Lorenzo Arribas Mir

Médico de Familia

Centro de Salud Universitario de La Chana. Distrito Sanitario Granada-Metropolitano.

Profesor Asociado de la facultad de Medicina de Granada. Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública.

Hace un año

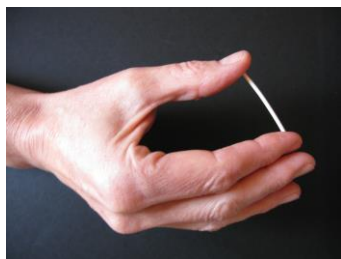
IV ENCuentro de la Red de Salud Sexual y Reproductiva

**Impulso a los anticonceptivos
reversibles de larga duración**

Anticonceptivos reversibles de larga duración (ARLD) en nuestro medio.

	Uso típico Tasa fallos %	Uso perfecto Tasa fallos %	Continuidad al año %	Retorno de la fertilidad	Composición	Duración eficacia
Implante subcutáneo	0,05	0,05	84	1 mes	Etonogestrel	3 años
DIU LNG 20	0,2	0,2	80	Inmediato	Levonorgestrel	5 años
DIU Cu	0,8	0,6	78	Inmediato	Cobre	5-10 años
Inyección trimestral	3	0,3	56	6 meses	AMP*	3 meses

* AMP = Acetato de Medroxiprogesterona LNG = Levonorgestrel. Cu = Cobre DIU = Dispositivo intrauterino



CLINICAL PRACTICE

Long-Acting Methods of Contraception

Herbert B. Peterson, M.D., and Kathryn M. Curtis, Ph.D.

This Journal feature begins with a case vignette highlighting a common clinical problem. Evidence supporting various strategies is then presented, followed by a review of formal guidelines, when they exist. The article ends with the authors' clinical recommendations.

Todas las estrategias en anticoncepción intentan un elevado uso de los ARLD

appropriate for her?

THE CLINICAL PROBLEM

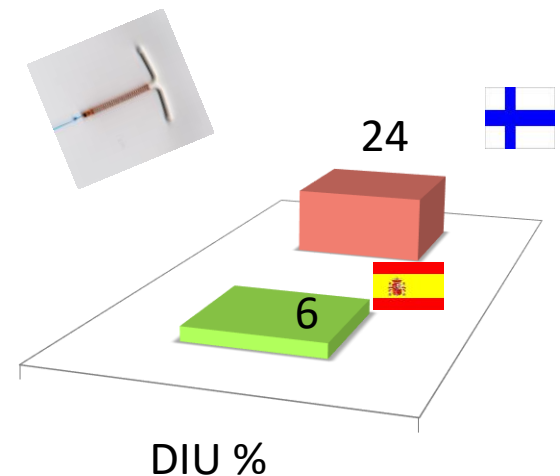
Modern contraceptives have enabled countless women and couples to plan their pregnancies; nevertheless, approximately 80 million unintended pregnancies occur each year worldwide. In the United States, nearly half (48 percent) of women aged 15 to 44 are estimated to have had at least one unplanned pregnancy.¹ Although many of these unplanned pregnancies occur among women not using contraception, slightly more than half (53 percent in 1994) occur while women are using contraceptives.² Many of these pregnancies result from incorrect or inconsistent use of contraception, but some are true failures of the contraceptive method.²

Contraceptive methods vary in their effectiveness and in the determinants of effective use. For example, oral contraceptives are highly effective when taken properly but are less effective as used typically.² Injectable methods of contraception offer an alternative to daily pill taking but require reinjection at regular intervals. Other highly effective methods that do not require frequent effort are available, and these long-acting methods are the focus of this review. Two of these methods — intrauterine devices (IUDs) and progestin implants — can be used by women regardless of whether they are spacing their pregnancies or have completed childbearing. Two other methods — tubal sterilization for women and vasectomy for men — are intended only for those who are certain that they wish to prevent pregnancy permanently.

From
Chil
the
colo
Nor
(H.I
Hes
Pres

N.E.
Copp

Menor uso de ARLD



Original research article

Projections and opinions from 100 experts in long-acting reversible contraception

Diana Greene Foster*, Rana Barar, Heather Gould, Ivette Gomez, Debbie Nguyen, M. Antonia Biggs

University of California, San Francisco, Advancing New Standards in Reproductive Health, 1330 Broadway, Suite 1100, Oakland, CA 94612, USA

Received 1 October 2015; revised 13 October 2015; accepted 15 October 2015

Abstract

Se podría doblar su uso
si las barreras de acceso para la inserción son retiradas

LARC projections and opinions.

Results: The most commonly identified barrier was the cost of the device (63%), followed by women's knowledge of safety, method acceptability and expectations about use. A shortage of trained providers was a commonly cited barrier, primarily of primary care providers (49%). Median and modal projections of LARC use in the absence of these barriers were 25–29% of contraceptive women. There was limited support for provider incentives and almost no support for incentives for women to use LARC methods, primarily out of concern about coercion.

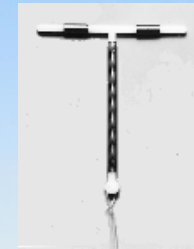
Conclusions: Clinical and social science LARC experts project at least a doubling of the current US rate of LARC use if barriers to method provision and adoption are removed. While LARC experts recognize the promise of LARC methods to better meet women's contraceptive needs, they anticipate that the majority of US women will not choose LARC methods. Reducing unintended pregnancy rates will depend on knowledge, availability and use of a wider range of methods of contraception to meet women's individual needs.

Implications: Efforts to increase LARC use need to meet the dual goals of increasing access to LARC methods and protecting women's reproductive autonomy. To accomplish this, we need reasonable expectations for use, provider training, low-cost devices and noncoercive counseling, rather than incentives for provision or use.

© 2015 The Authors. Published by Elsevier Inc. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

No estamos ante un problema local

Los DIUS dependen de los sanitarios



Tasas IVE por 1.000 mujeres 15 - 44 años
Distritos Sanitarios Andalucía 2007



Andalucía 11,02



Eliminar barreras para la inserción

Nuestra experiencia
en formar MF para el manejo de DIUS
2000 - 2017

Metodología

"LEARNING STARTING"

Aprender poniendo en marcha

- Transmisión de experiencias de centro a centro.
- Absorber conocimientos y formación de los compañeros.
- Aprovechar la experiencia de una UC mas veterana.
- Docencia sobre el terreno.
- Se aprende poniendo en marcha.
- Dispensarizar inserciones en 2 MF.

"Anti-rotation system 2002"

Mejor que ir a otro centro a aprender

Se aprende en el propio centro

Pero poniendo en marcha (Learning Starting)

"Una que quiere aprender"

¿ Puedo ir a tu centro
a poner DIUS ?.

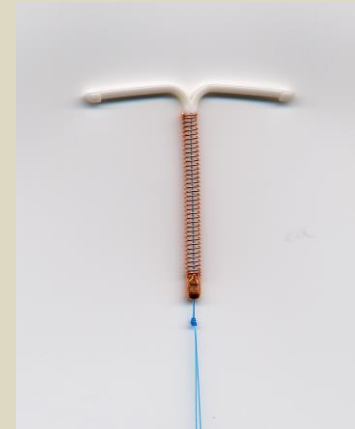
Técnica "gallega"

¿Tienes DIUS en tu centro
y material de inserción?

Capacitación sobre DIUS anti-rotación

Un programa con comentarios "subjetivos"

1. Formación clínica general anticoncepción / DIU
2. Como informar a las usuarias
3. Anamnesis dirigida
4. Exploración pélvica
5. Técnica de inserción / retirada
6. Ecografía
7. Organización de la consulta
8. Sistemas de actualización
9. Sistema de acreditación
10. Evaluación de resultados



Selección de los profesionales.

Preparación del material.

Información clínica general.

Anticoncepción / DIUS, alumno y al equipo.

¿ Y quien va a poner los DIUS ?

¿ Que es mejor, poner 10 al año cada MF
o que dos MF pongan 70 cada uno ?

12

10

8

7



9

Concentrar las inserciones en 2 médicos de familia

¿ Y quienes serán los dos elegidos ?

¿ Dos “apañaos” ? ¿ Dos sin interés ?

¿ Dos que se van en un mes ?

¿ Dos sin otras tareas ?

¿ Dos “pantallas blancas” ?

¿ Dos “artistas” ? ¿ Dos con manejo ?

¿ Dos tristes ? ¿ Dos excelentes clínicos ?

¿ Dos que hablan con los pacientes ?

Elegir es más fácil de lo que parece
los propios MF toman la iniciativa

Solitos caemos
en la trampa

Perfil MF:

- Realiza atención a la mujer.
- Buen clínico.
- Cuida la historia clínica.
- Estudioso.
- Hábil en entrevista clínica.
- Estabilidad en la plaza.
- Interés en ampliar su práctica.
- Tiende al acto único



¡ Ojo con los banderilleros!

Algunos son matadores (Corpus 2005)

Equipo necesario

Ayudante / Auxiliar.
Camilla adecuada.
Sistema de iluminación.
Compresas, guantes, pinzas, Pozzi, tijeras.
Espéculos cortos, largos.
Ecógrafo.
DIUS.
Histerómetros.
Jeringas de anestesia adecuadas.
Dilatadores- Os Finder. Hegar.
Pinzas para extracción de cavidad.
Medicación (Anestésico, Atropina, Misoprostol).
Ecógrafo (Sonda abdomen y vaginal).



Programa teórico



“Obligatorio” antes de
comenzar a insertar

1 sola mañana

Impartir teoría a los que se inician



FRECUENCIA. INDICE DE PEARL

- Tasa de fallos el primer año es de 0,8% para DIU cobre y 0,35% para DIU Levonorgestrel (LNG)
- Hay estudios donde se observan tasas de fallos en los siguientes años (práxima actualización) de hasta 3,3%
- Pueden existir incrementos en los DIU mal posicionados

**También en los centros de salud
A cargo de los MF insertan DIUS.**

En anticoncepción se dispone de
excelentes
textos claves aceptablemente actualizados.

¡ Una auténtico tesoro !
Y el que los estudie, se hace rico



Para: Futuros insertores de DIUS

Cc:

Cco:



Asunto: Documentacion DIUS

Te adjunto un tesoro

Saludos



Fourth edition, 2009

A WHO FAMILY PLANNING CORNERSTONE

COCs Barrier methods IUDs Fertility awareness-based methods Lactational amenorrhea Patch Female surgical sterilization RUFS Emergency contraception COCs IUDs COCs Barrier methods IUDs Fertility awareness-based methods Lactational amenorrhea Patch Female surgical sterilization intrauterine devices COCs Male interruptus Copper IUD For emergency contraception COCs IUDs COCs Barrier methods IUDs Fertility awareness-based methods Lactational amenorrhea Patch Female surgical sterilization RUFS Emergency contraception COCs IUDs



A GLOBAL HANDBOOK FOR PROVIDERS

2011 UPDATE



Successor to
The Essentials of Contraceptive Technology

[illegible]

Segunda edición

UNA GUÍA ESENCIAL DE LA OMS SOBRE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

CONFERENCIA DE CONSENSO

ACTUALIZACIÓN EN EL MANEJO CLÍNICO DE LA ANTICONCEPCIÓN HORMONAL, INTRAUTERINA Y DE URGENCIA



**SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE CONTRACEPCIÓN**



**Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare
Clinical Guidance**




Clinical Effectiveness Unit

April 2015
(Updated October 2015)

Preparativos completados

Vamos al centro de salud

La visión de un formador

A photograph of a man in a checkered shirt and dark trousers walking on a paved sidewalk next to a two-story brick building. The building has several windows and a glass entrance. Two blue speech bubbles are overlaid on the image. The first bubble points to the building and contains the text 'A ver como se da en este centro'. The second bubble points to the man and contains the text '¿Estará todo Preparado ?'. At the bottom of the image, the text 'A las puertas' is written in white.

A ver como se da
en este centro

¿Estará todo
Preparado ?

A las puertas

No hay auxiliar.
El material no está estéril

Lo normal



Intentar empezar

Información a usuarias

CENTRO DE SALUD DE LA CHANA **Planificación Familiar**



EL DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU) DE COBRE

Hoja informativa

¿ Que es un DIU?.

DIU es el nombre abreviado del dispositivo intrauterino. Consiste en un pequeño plástico con cobre y unos hilos en su extremo. Otro modelo solo lleva cuentas de cobre y un hilo. El DIU es utilizado en el mundo por mas de 127 millones de mujeres.

¿ Cual es el mecanismo anticonceptivo del DIU?.

El cobre actúa como espermicida e impide la unión de los espermatozoides con el óvulo.

¿ Que mujeres pueden utilizarlo?.

La mayoría de las que tienen una pareja estable, y sin riesgo de enfermedades de transmisión sexual, tengan o no hayan tenido aún hijos.

¿ Ventajas del DIU?.

- Acción local en el útero, sin efectos sobre el resto del organismo.
- Muy eficaz, hoy casi tan seguro como la ligadura de trompas. Falla menos del 1%.
- Siempre está actuando. Siempre se está protegida. No hay que hacer memoria.
- La fertilidad se recupera apenas se retira.
- Puede ser retirado por su médico en cualquier momento que usted lo desee.
- Con el DIU se puede dar el pecho.
- Ni la mujer ni su pareja pueden sentirlo.
- Puede reducir el riesgo de cáncer endometrial y cervical.
- Permite una mayor espontaneidad en las relaciones sexuales.
- Tiene pocos efectos secundarios.

¿ Inconvenientes del DIU?.

- Algunas molestias, calambres, como una regla, tras la colocación.
- Puede haber manchado entre reglas las primeras semanas tras la colocación.
- En algunos casos menstruaciones algo mas abundantes.
- Es muy raro que se produzcan lesiones uterinas o infección tras la inserción.
- Algunos DIUS, un 5%, pueden descender o expulsarse y precisar recambio.
- No protege de las enfermedades de transmisión sexual.
- Contraindicado en el embarazo, alergia al cobre y algunos sangrados uterinos.

¿ Como se coloca?

Después de revisar su historia clínica y realizar una exploración. Se hace en una consulta normal, en unos 5 minutos, no solo con la regla, sino en cualquier momento del ciclo.

¿ Cual es su duración?.

De 4 a 10 años, dependiendo de los modelos y de la edad de la mujer.

¿ Que cuidados precisa el DIU?.

Revisión médica 1-2 meses después de la colocación, y luego una vez al año.
Los cambios de peso y la toma de antiinflamatorios no le quitan seguridad al DIU.

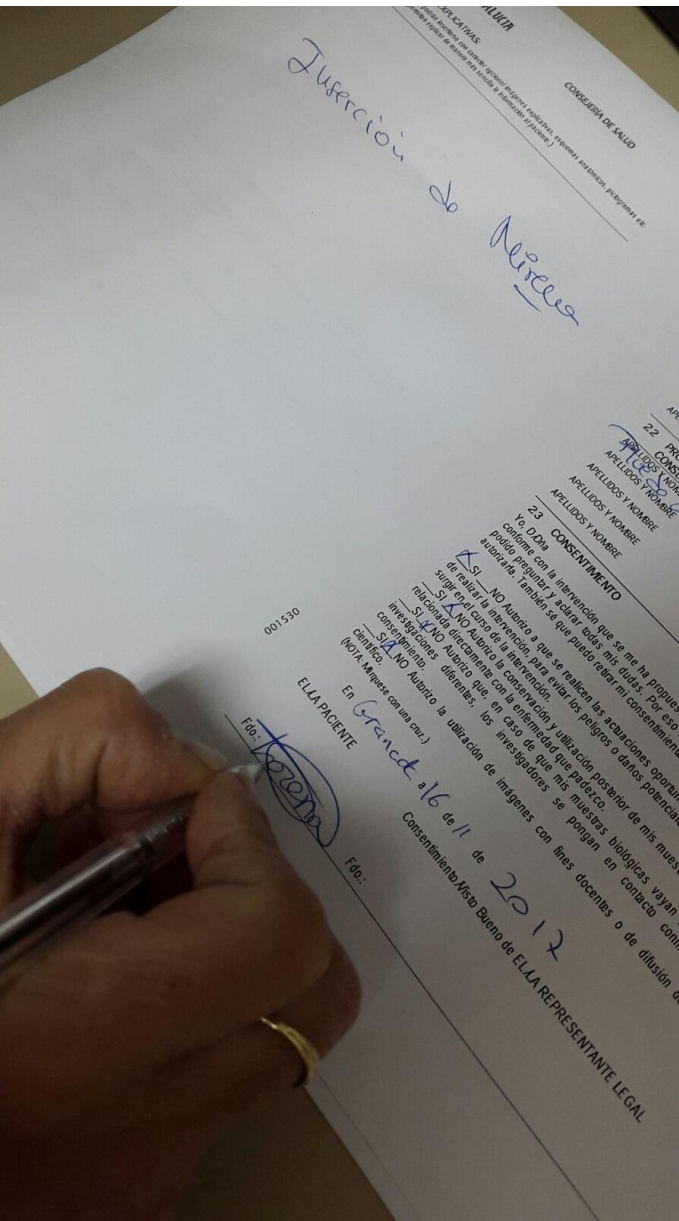
Centro de Salud de La Chana, Distrito Sanitario Granada.

Avenida Virgen de la Consolación s/n, 18015 Granada. Teléfonos: 958295906 y 958295907

Texto elaborado en el Centro de Salud de La Chana. Última actualización de esta hoja 29-5-2002

Información a las mujeres

Una cosa es **informar**,
y puede que otra,
bien distinta, sea
firmar un consentimiento
informado.

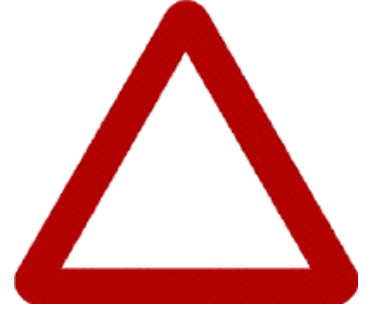


Es mas fácil firmar que informar

Anamnesis

Presentarse y contar por qué tantos

¿ Donde está el peligro ?



i Puede haber **mas problemas**,
y mas graves,
por una **mala anamnesis**,
que por una técnica de
inserción incorrecta !

¿ Hoy no puede ser ?
Ya que estoy aquí
No me haga venir otro día
Otra vez faltar al trabajo



Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare Clinical Guidance

Los puntos negros

-
-
-

Box 1 Criteria for excluding pregnancy (adapted from *UK Selected Practice Recommendations for Contraceptive Use*)⁶⁰

Health professionals can be 'reasonably certain' that a woman is **not currently pregnant** if any one or more of the following criteria are met and there are no symptoms or signs of pregnancy:

- She has not had intercourse since last normal menses
- She has been correctly and consistently using a reliable method of contraception
- She is within the first 7 days of the onset of a normal menstrual period
- She is not breastfeeding and less than 4 weeks from giving birth
- She is fully or nearly fully breastfeeding, amenorrhoeic, and less than 6 months' postpartum
- She is within the first 7 days post-abortion or miscarriage.

A negative pregnancy test, if available, adds weight to the exclusion of pregnancy, but only if ≥ 3 weeks since the last episode of unprotected sexual intercourse (UPSI).

NB. In addition to the conditions mentioned above, health professionals should also consider whether a woman is **at risk of becoming pregnant** as a result of UPSI within the last 7 days.

Lista de verificación para examinar a clientas que desean iniciar el uso del DIU de cobre

Primero, esté razonablemente seguro que la clienta no está embarazada. Si ella no está menstruando en el momento de la visita, formule las preguntas 1–6. Tan pronto como la clienta responde **SÍ** a *alguna pregunta*, deténgase, y siga las instrucciones de abajo.

SÍ	1. ¿Ha tenido un bebé en las 4 últimas semanas?	NO
SÍ	2. ¿Tuvo un bebé hace menos de 6 meses, está amamantando en forma exclusiva o casi exclusiva y no ha tenido ningún período menstrual desde entonces?	NO
SÍ	3. ¿Se ha abstenido de tener relaciones sexuales desde su último período menstrual o parto?	NO
SÍ	4. ¿Comenzó su último período menstrual en los pasados 12 días?	NO
SÍ	5. ¿Ha tenido un aborto espontáneo o aborto en los últimos 7 días?	NO
SÍ	6. ¿Ha estado usando sistemática y correctamente un método anticonceptivo confiable?	NO

Si la clienta responde **SÍ** a *al menos una de las preguntas 1–6* y está libre de signos y síntomas de embarazo, puede estar razonablemente seguro que ella no está embarazada. Proceda a las preguntas 7–13. Sin embargo si contesta **SÍ** a la *pregunta 1*, debe esperar la inserción hasta 4 semanas después del parto. Pídale que vuelva en ese momento.

Si la clienta responde **NO** a *todas las preguntas 1–6*, no se puede descartar el embarazo. La clienta debe esperar la menstruación o usar una prueba de embarazo.

Para determinar si la clienta es médicamente elegible para usar un DIU, formule las preguntas 7–13. Tan pronto como la clienta responde **SÍ** a *alguna pregunta*, deténgase, y siga las instrucciones de abajo.

NO	7. ¿Tiene sangrado entre un período menstrual y otro que no es usual en usted, o sangrado después de tener relaciones sexuales?	SÍ
NO	8. ¿Se le ha dicho que padece algún tipo de cáncer en sus órganos genitales, enfermedad trofoblástica o tuberculosis pélvica?	SÍ
NO	9. En los últimos 3 meses, ¿ha tenido más de un compañero sexual?	SÍ
NO	10. En los últimos 3 meses, ¿cree usted que su compañero ha tenido otra compañera sexual?	SÍ
NO	11. En los últimos 3 meses, ¿se le ha dicho que tiene una ITS?	SÍ
NO	12. En los últimos 3 meses, ¿se le ha dicho a su compañero que él tiene una ITS o sabe usted si él ha tenido cualquier síntoma —por ejemplo, exudado del pene?	SÍ
NO	13. ¿Se le ha dicho que es positiva al VIH y que ha desarrollado el SIDA?	SÍ

Si la clienta responde **NO** a *todas las preguntas 7–13*, proceda con el EXAMEN PÉLVICO.

Durante el examen pélvico, el proveedor debe determinar las respuestas a preguntas 14–20.

Si la clienta responde **SÍ** a la *pregunta 7 o 8*, no puede insertarse el DIU. Se requiere mayor evaluación de la condición.

Si la clienta responde **SÍ** a *cualquiera de las preguntas 9–12*, ella no es una buena candidata para el DIU a menos que la infección por clamidia y/o gonorrea se pueda descartar en forma confiable.

Si la clienta responde **SÍ** a la *segunda parte de la pregunta 13* y actualmente no está tomando medicamentos ARV, usualmente no se recomienda la inserción del DIU. Si ella está clínicamente bien en la terapia ARV, el DIU generalmente se puede insertar. Las mujeres VIH positivas sin SIDA también pueden generalmente iniciar el uso del DIU.

NO	14. ¿Hay algún tipo de úlcera en la vulva, la vagina o el cuello uterino?	SÍ
NO	15. ¿Siente la clienta dolor en la parte baja del abdomen cuando usted mueve el cuello uterino?	SÍ
NO	16. ¿Hay sensibilidad en los anexos?	SÍ
NO	17. ¿Hay flujo cervical purulento?	SÍ
NO	18. ¿Sangra el cuello uterino fácilmente al tocarlo?	SÍ
NO	19. ¿Hay alguna anomalía anatómica de la cavidad uterina que no permita la inserción apropiada del DIU?	SÍ
NO	20. ¿Le fue imposible determinar el tamaño y/o la posición del útero?	SÍ

Si la respuesta a *todas las preguntas 14–20* es **NO**, puede insertar el DIU.

Si la respuesta a *cualquiera de las preguntas 14–20* es **SÍ**, no se puede insertar el DIU sin hacer evaluación adicional. Ver explicaciones para más instrucciones.



Contraindicaciones DIU cobre (OMS 2009)

Embarazo	4
Postparto, de > 48 horas hasta < 4 semanas	3
Postparto con sepsis puerperal	4
Inserción inmediata postaborto séptico	4
Lupus Eritematoso Sistémico con trombocitopenia severa	3 I / 2 C
Sangrado vaginal inexplicado (Sin evaluar)	4 I / 2 C
Enfermedad trofoblástica y BHCG en descenso o indetectable	3
Enfermedad trofoblástica maligna o niveles BHCG elevados	4
Cáncer de cervix o endometrio (En espera tratamiento)	4 I / 2 C
Cáncer de ovario	3 I / 2 C
Miomas y anomalías anatómicas que distorsionan cavidad uterina	4
Enfermedad pélvica inflamatoria activa	4 I / 2C
Infecciones genitales activas	4I / 2C
Alto riesgo de ITS	2-3 I / 2C
SIDA con clínica y sin terapia antiretroviral	3 I / 2 C
SIDA sin clínica y con terapia antiretroviral	2-3I / 2C
TBC pélvica	4 I / 3 C



Contraindicaciones DIU levonorgestrel. (OMS 2009).

Todas las del DIU de cobre y además:

TVP/TEP en fase aguda

3

Cardiopatía isquémica

2 I / 3 C

Lupus ES con Ac. Antifosfolípido + o no conocidos

3

Migraña con aura a cualquier edad

2 I / 3 C

Cáncer de mama actual

4

Cáncer de mama sin recidiva en 5 años

3

Hepatitis vírica activa

3

Cirrosis hepática descompensada

3

Tumores hepáticos benignos y malignos

3



Algunos excelentes clínicos,
están tan **“emocionados” con la técnica**,
que se olvidan de hablar con las mujeres,
e incluso de escribir en la historia clínica.



Que ganas
de agarrar un DIU.

Anamnesis

Menarquia 12. FO 2,2, dos cesareas.

Ultimo parto en 2008.

FM 7/28, muy abundante de siempre, coagulos, anemia tratada con hierro. Regla dolorosa.

Estudiada Ginecologia. Poliopectomia 3 octubre por histeroscopia. No otras patologias.

Regla muy abundante. No sangrados fuera de regla, usa tampax + compresas.

No otra patologia ginecologia a demas d ela citada, no ITS.

Tiene ligadura tiubarica

Informada acepta insercion Mirena. |

Exploración

Cervix de multipara bien epitelizado.

Histerometro blando no rebasa OCl.

Se realiza bloqueo cervical con mepivacaina.

Se dilata cervix OCl con histerometro maleable y Hegar 4.

Histerometria 10 cm.

Se inserta Mirena, con poco dolor según la paciente.

¡ Ojo con las “pantallas blancas” !

Proteger a la paciente

¿Última
regla ?

La mujer es lo primero.

No podemos hacerle daño.

Corregir con discreción.

A veces hay que “intervenir” y preguntar algo esencial

Cuidar al médico

¡ Que buenas
historias hacéis!

No se puede devaluar al MF.

Puede ser el MF de la paciente.

Reforzar: “Seguro que hace cosas bien”

Hay una **doble responsabilidad para el formador**, cuidar a la paciente y al MF.

Exploración pélvica

Exploración pélvica

Facilita o dificulta el aprendizaje,
según los MF la hagan o no en su día a día.

Todo es más fácil con los MF
que habitualmente la realizan.

Si están desentrenados, entrenar.

Debe explorar primero el instructor.
La ecografía apoyo importante.



anteflexión



Proteger a la paciente

Fíjate bien

La mujer es lo primero.

No podemos hacerle daño.

Corregir con discreción.

A veces hay que “aclarar” al alumno con “delicadeza”

Cuidar al médico

Si hacia atrás,
normal



retroflexión

No se puede devaluar al MF.

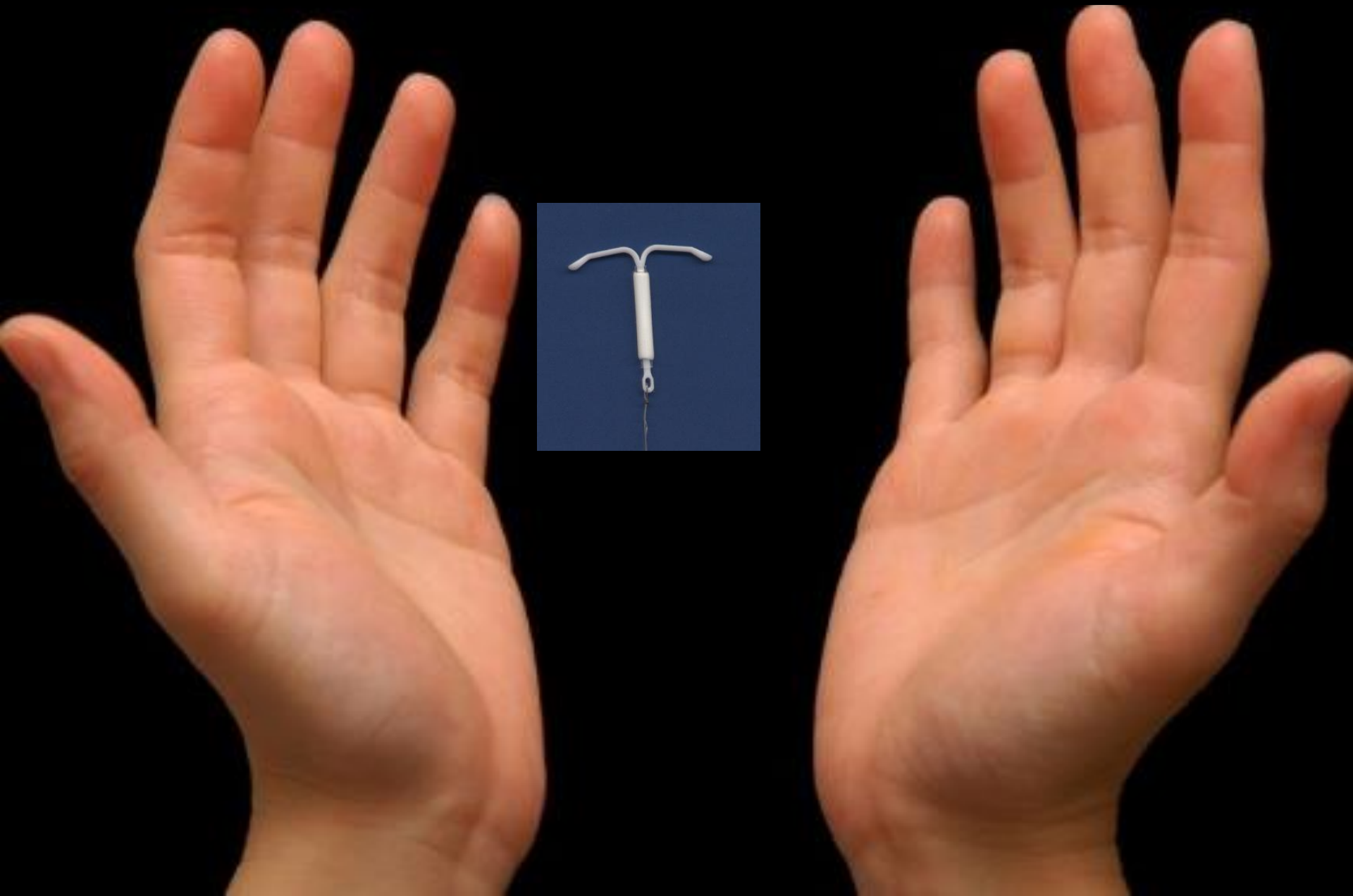
Puede ser el MF de la paciente.

Reforzar: Lo que tu dices, útero en retro

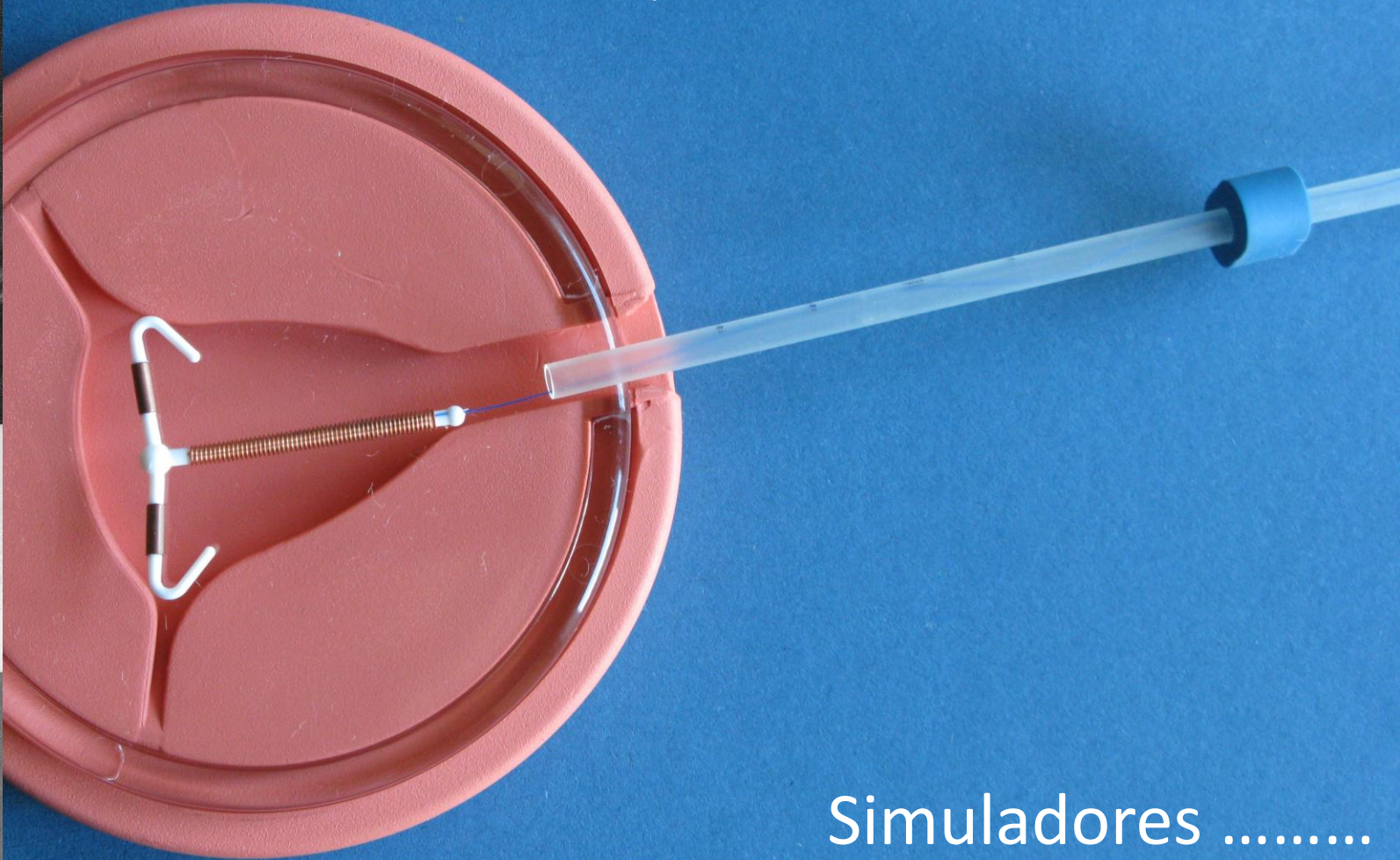
Hay una **doble responsabilidad para el formador**, cuidar a la paciente y al MF.

Técnica de inserción / retirada

i Por fin!



¡Vamos a la técnica!



Simuladores
Maniquís

Estudiar instrucciones del fabricante

A photograph showing various surgical instruments and materials laid out on a blue sterile drape. The instruments include a scalpel with a curved blade, several pairs of forceps (some with long, thin jaws and others with more standard, rounded jaws), and a syringe with a long, thin needle. There are also several pieces of white gauze or sterile pads. The text "Técnica de inserción" is overlaid in the upper left, and "Instrumental y materiales" is overlaid in the lower left. The background is a solid blue color.



Técnica de inserción

Instrumental y materiales

¿ Y cuantos DIUS mínimos hay que poner
bajo supervisión ?.

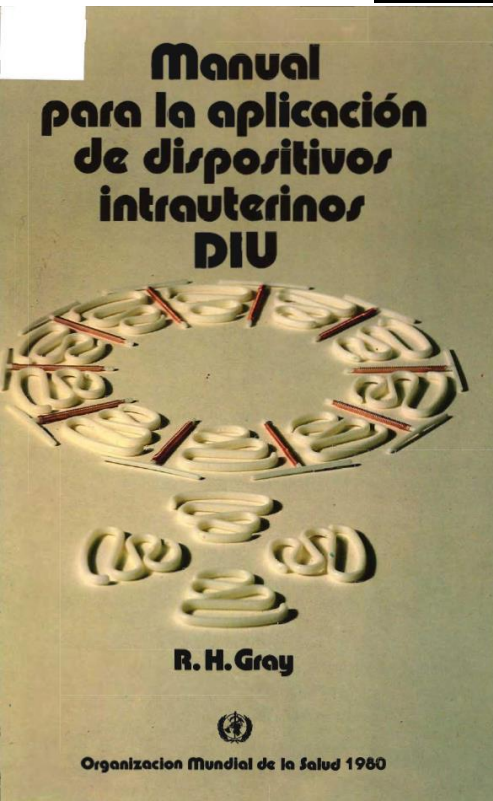
A algunos, aunque lleven 100 DIUS con “buena técnica”,
igual no deberíamos dejarlos
“por lo bien que hablan”.

¿ Que evidencia tenemos?.
¿Qué recomendaciones hay?.

¿ Número de inserciones bajo supervisión ?

10 inserciones de modelos distintos (OMS)

5 - 7 inserciones de modelos distintos (Lee, 2007)



¿ Se aprende con 10 buenos cuellos en úteros bien alineados ?

Acumular las inserciones en poco tiempo

¿ Todas las manos son iguales ?

¿ Número de inserciones difíciles ?

No dejar el centro hasta ver "soltura".
No basta "soltura de manos".

- 1.Diferentes posiciones uterinas
- 2.Nulíparas
- 3.Multíparas
- 4.Histerometrías extremas
- 5.Hilos perdidos
- 6.Expulsiones previas
- 7.Cuadros vagales
- 8.Cérvix estenótico
- 9.....

Tener problemas
no viene mal

Imprescindible mantener
contacto con el formador



¿Cómo destruirlo todo con mucha capacitación ?

- Tener la puerta abierta. Cerrarla y abrirla > 7 veces
- ¿Como llamar a la mujer?. ¡Que pase la del DIU!
- Insertar con "mucho público"
- Coger el teléfono con los guantes puestos
- Llamar "reina" a todas la mujeres
- Decir tacos ¡Coño...no veo el cuello!
- Hablar "en ciencia pura"...¡Vaya útero en retro!
- Entrar diciendo a la auxiliar¡Vamos que tengo prisa!
- Seguir con la ciencia....¿Este flujo es de una ETS?
- A la mínima queja.....¿Se lo ha pensado bien lo del DIU?
- Ser "supersinceros" ¡Vaya corte de hilos, veremos!
- Tener la sabana sucia, hecha un "burruño" y con pelos

Proteger a la paciente

Muy bien.
Sigo yo ...

La mujer es lo primero.
No podemos hacerle daño.
Corregir con discreción.

A veces hay que “parar” al alumno con “señales”

Cuidar al médico


Lo has
bordado

No se puede devaluar al MF.
Puede ser el MF de la paciente.
Reforzar: Este DIU ha quedado perfecto

Hay una **doble responsabilidad para el formador**, cuidar a la paciente y al MF.

i A trabajar aprendiendo !

"Con supervisión"
En sus propios centros



Se pasa
bien

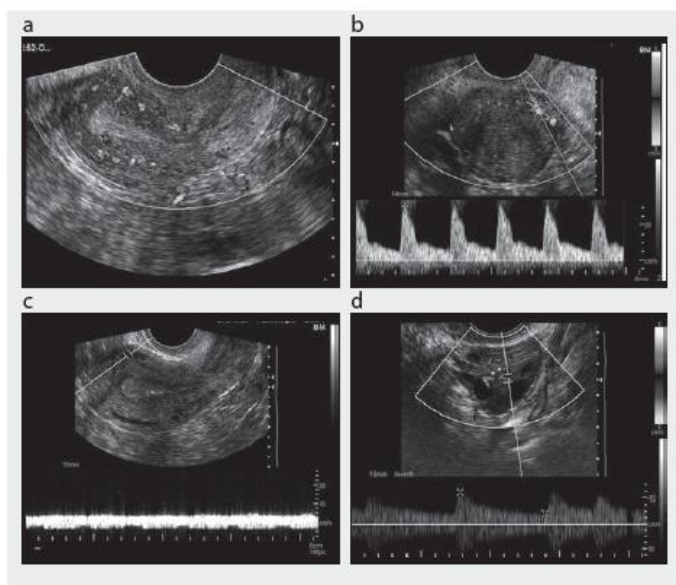
Ecografía

Los hay que ya saben

Los hay que no

provides important functional information, either for monitoring physiological flow variations associated with ovulation or to recognize signs of malignant neo-angiogenesis and thus help characterize uterine or ovarian masses (Fig. 3.4). A major limitation of transvaginal scanning is the lack of a panoramic view, preventing adequate study of large masses and processes occupying space in the upper pelvis.

Fig. 3.4. Doppler techniques. Colour Doppler sagittal scan of the uterus, periovulatory phase (a). Pulsed Doppler scans of the intramyometrial uterine arteries ((b), transverse plane of the uterine corpus) and venules ((c), sagittal plane) and of the intraovarian arterial branches (d). Note the higher velocities and arterial resistance for the uterine branches (a) compared with the intraparenchymal ovarian branches (d).



Normal findings

Uterus

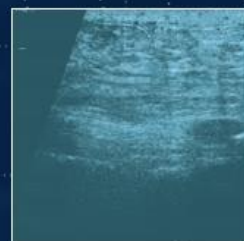
Anatomy and measurements

The uterus is located in the middle pelvis, in the space between the bladder and the rectum. It is situated medially to the Fallopian tubes, over the vagina and below the bowel loops. It is cone-shaped, with the base at the top and the apex sunk in the vagina. A circular narrowing in its inferior portion divides the uterus into two: the superior part is the uterine corpus and the inferior one is the uterine cervix, which

Manual of diagnostic ultrasound

volume 2

Gynaecology



Second edition

cm/s
60
40
20
0
-20

[FIB 1.3]
7.5L40/4.0
SCHILDDR.
100%
48db ED4
4.0cm 11B/s

Z
THX
CF5.1MHz
PRF1102Hz
F-Mittel
70db ED6

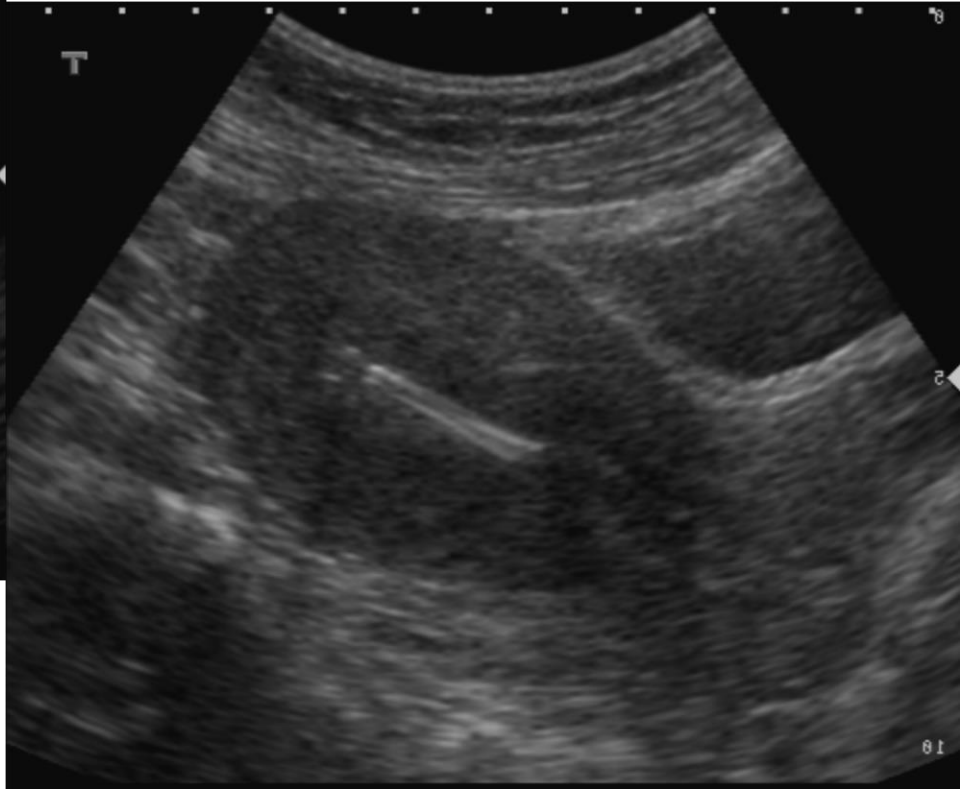
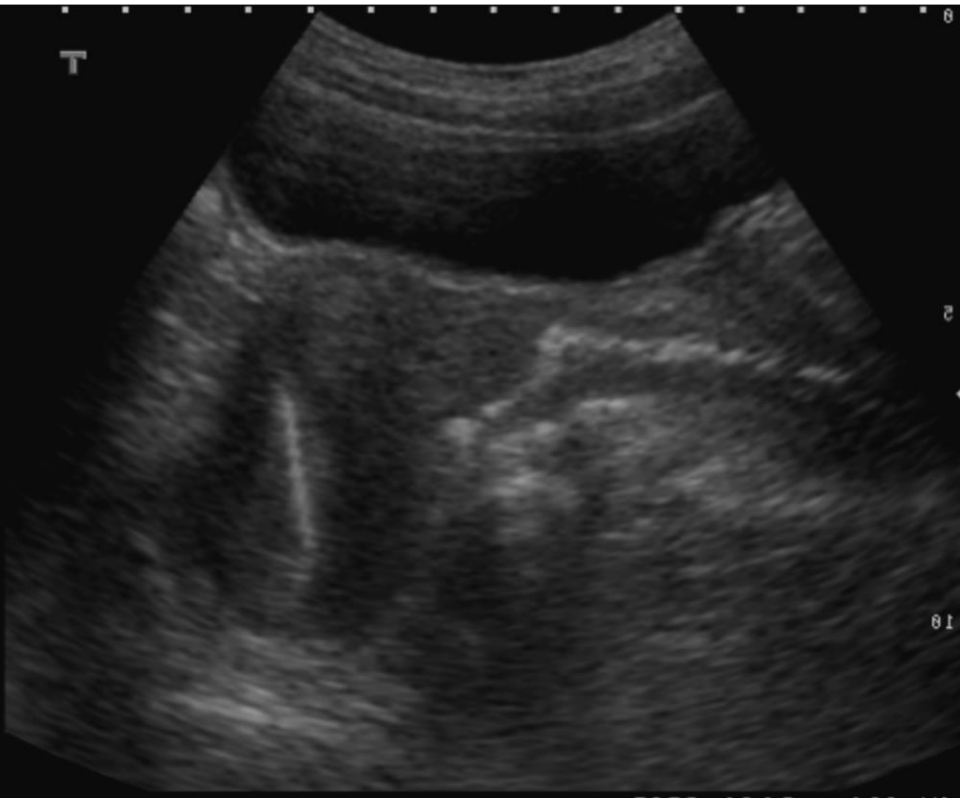
DF5.5MHz
PRF5208Hz
62db
FT25
Fg1.0



World Health
Organization

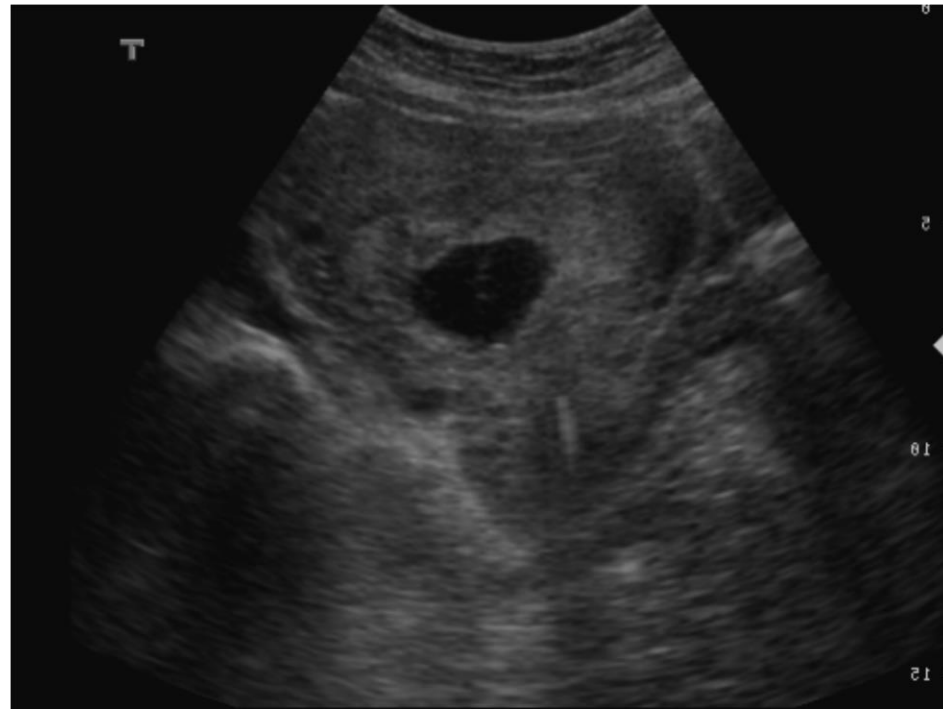
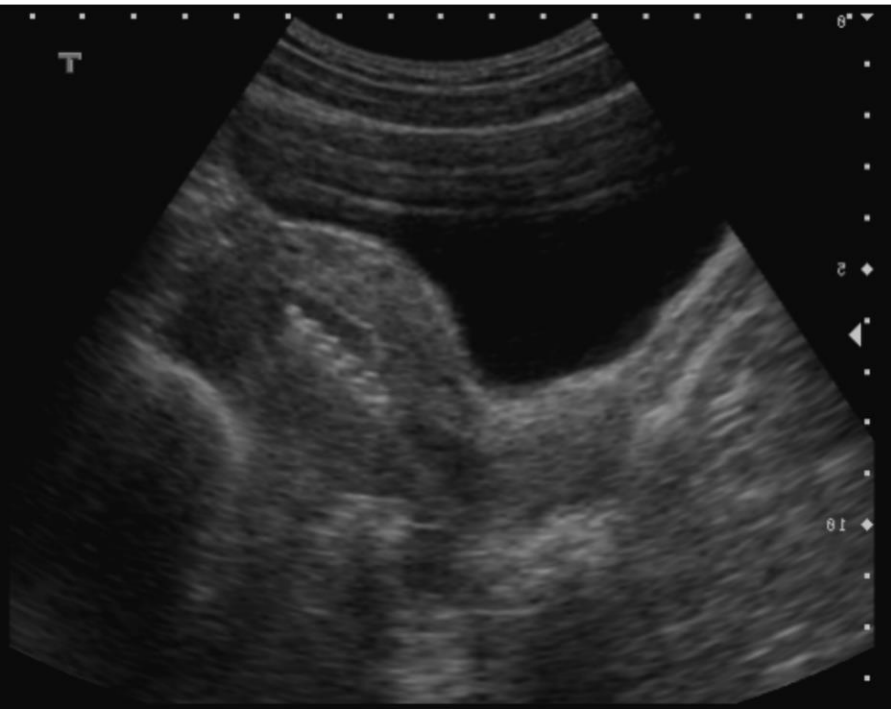
Las hacemos a todas en la fase inicial

- Comprobación inserción correcta
- Entrenamiento ecografico



Muy importante para el manejo de complicaciones

Los DIUS dan una formación
“in situ” de ecografía pélvica
básica si o si
Mejorable, seguro



Organización de la consulta

Original research article

A missed opportunity for care: two-visit IUD insertion protocols inhibit placement

Ashlee Bergin^{a,*} Sigrid Tristan^b Mishka Ternplan^c Melissa L. Gilliam^a Amy K. Whitaker^a

La mitad de las mujeres
que acuerdan la inserción de un DIU
no vuelven para la inserción

De 708 que pedían DIU solo se inserta en 385, 54%

Abstract

Background: The two-visit protocol for IUD insertion may represent a barrier to IUD uptake.

Study Design: This study is a retrospective database review. We identified Medicaid-insured women who requested IUDs in our urban university-based clinic, which employed a two-visit protocol for IUD insertion. The number of women who returned for IUD insertion was determined. To compare women who underwent insertion to those who did not, bivariate and multivariable analyses were used.

Results: Of the 708 women who requested IUDs at the initial visit, only 385 had an IUD inserted (54.4%). Single women were less likely to return for IUD placement compared to women who had ever been married (52.4% vs. 70.3%; $p < .01$). Patients who ordered IUDs at gynecologic visits were more likely to return as opposed to those who had them ordered at obstetrics-related visits (60.5% vs. 50.2%; $p < .01$). Women who lived >10 miles away from the clinic were less likely to return for IUD insertion than women who lived ≤ 10 miles away from the clinic (45.2% vs. 58.1%; $p < .01$).

Conclusions: The two-visit protocol for IUD insertion may represent a barrier to IUD uptake. A woman's ability to have an IUD inserted may be influenced by her marital status, the type of visit at which she ordered the IUD, and her distance from the clinic.

Eliminar barreras para la inserción

Agendas

Pero para “formar” se precisan **agendas excepcionales**.
Acumular mujeres el día que viene el docente.
Citar con protección adicional. Usando método.
Minimizar contraindicaciones inserción por fecha.

¡ La planificación familiar es los jueves !

“Lista de espera” para DIUS en atención primaria



=



Muestra “inequívoca” de elevado nivel científico-técnico de la atención primaria.

¡ Nos vamos pareciendo a los hospitales !.
¿Luego, vamos bien?.



Original research article

Impact of a revised appointment scheduling script on IUD service delivery in three Title X family planning clinics[☆]

Melissa L. Gilliam^{a,*}, Stephanie Q. Mistretta^a, Summer L. Martins^a, Jane L. Holl^b

^aSection of Family Planning & Contraceptive Research, Department of Obstetrics & Gynecology, The University of Chicago, Chicago IL

^bCenter for Healthcare Studies, Institute for Public Health and Medicine, Feinberg School of Medicine, Northwestern University, Chicago IL

Received 1 April 2014; revised 17 May 2014; accepted 8 June 2014

Abstract

Objectives
Study
Results
Conclusion
Implications

Intervención sobre agendas y sistemas de citas
Tasa inserción previa 47% pasa a 60%
En <25 años pasa de 41% a 68%

barriers to family planning services. As many clinics in the United States move toward computerized and centralized call centers, improving patient communication during the scheduling process may have a broad impact on clinical efficiency.

© 2014 Elsevier

Keywords:

Eliminar barreras para la inserción

Sistemas de acreditación

Certificado de acreditación

¡ Los pone de maravilla !

¿ Como hacerlo ?

tion is due. Recertification requires insertion of 12 IUD/LNG-IUS in 12 months, within 24 months of recertification, and two hours of continuing medical education relating to intrauterine contraception.

TEACHING POINTS: FOR DOCTORS



- IUD/LNG-IUS insertion is a specialist skill to be acquired after obtaining the DFSRH
- Details are on the website of the Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare: www.ffprhc.org.uk
- The recognised certificate is the Letter of Competence in Intrauterine Techniques (LOC IUT)
- A minimum of seven IUD/LNG-IUS must be fitted competently under supervision (some doctors will require more)
- The certificate is valid for five years and then needs to be recertified
- For details, contact local CASH service

Training to insert intrauterine devices

To increase the uptake of long-acting reversible contraceptive methods, there is an urgent need for more health professionals to be trained to insert intrauterine devices. The author provides an up-to-date explanation of the training routes available, for both doctors and nurses.

Dr Deborah J. Lee, MFFP, MRCGP, DRCOG, Dip GUM, Dip Colp, LOC FIN, Associate Specialist in Reproductive Health, Salisbury District Hospital, Wiltshire.

This is an update of an article entitled 'Training to insert an IUD/IUS', published in this journal in 2005.¹

According to the Office for National Statistics survey 2007/08,² approximately 4 per cent of women of reproductive age in England are currently using either a copper intrauterine device (IUD) or a levonorgestrel-releasing intrauterine system (LNG-IUS) as a form of contraception (Figure 1). Interestingly, when compared with the 2002/03 Office for National Statistics survey, this figure has remained static. However, it may be about to change, following the publication in 2005 of the National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) guidance on the use of long-acting reversible contraception (LARC).³

Increasing uptake of LARC

Intrauterine devices are safe, effective, compliance-free methods of contraception.⁴ As such, they were endorsed in the 2005 NICE guidance document. Some providers had previously criticised LARC

detailed economic analysis, looking at the performance of LARC methods compared to other methods of contraception, and the costs of dealing with the outcomes of any unplanned pregnancies that might occur. This NICE document clearly states that all LARC methods are more cost-effective, even at one year of use, than the combined pill or male condom.

For the first time, the 2008 abortion figures in England and Wales topped the 200 000 mark.⁵ There has been a steady increase in the numbers of abortions performed in England and Wales since the 1967 Abortion Act. The skills to counsel about contraception, including LARC methods, and the techniques to insert these devices, are crucial in our efforts to reduce unplanned conceptions and terminations. More than £40 million is spent on abortion every year in England and Wales.

To increase the uptake of LARC methods, there is an urgent need for more health professionals to be trained to insert the IUD/LNG-IUS. To this end, facilitating uptake of IUD/LNG-IUS training is vital. Doctors need to understand how to obtain this training, why it is necessary and how to maintain their experience. Specialist nurses are now able to acquire these skills too.



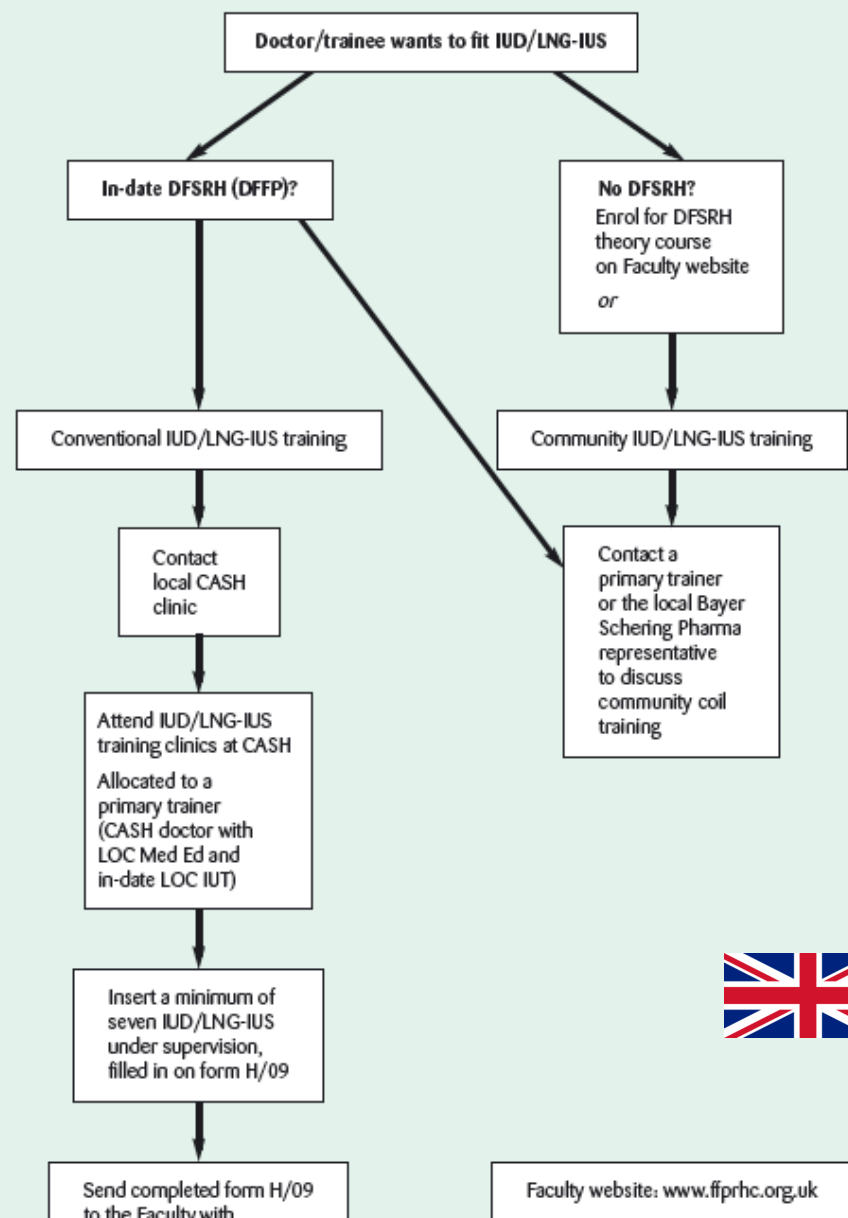
Figure 1. The Mirena levonorgestrel-releasing intrauterine system.

insertion, or whether to attempt contraception and sexual health (CASH). It is usually an in GP, a CASH doctor, or so a specialist nurse, who inserts the device. Both the IUD and LNG-IUS are also fitted by gynaecologists in hospital settings, often operating theatre under anaesthetic, and at other clinics such as colposcopy.

Why does IUD/LNG-IUS insertion require special training?

Fitting the IUD/LNG-IUS requires special skills. The practical of insertion, including good technique, are important in the success of the device. Poor techniques can lead to malposition, expulsion, pregnancy and perforation. In fact, almost all the complications of IUD/LNG-IUS insertion can be put down to poor insertion technique. However, there is a need to focus on the fitting issue. It must be noted that the core skills in helping patients choose and understand the relative advantages and disadvantages of the IUD/LNG-IUS are also very important.

We are all expected to follow good medical practice as part of clinical governance. Contraception



Nosotros hacemos lo que podemos

Sistemas de actualización

De los primeros años

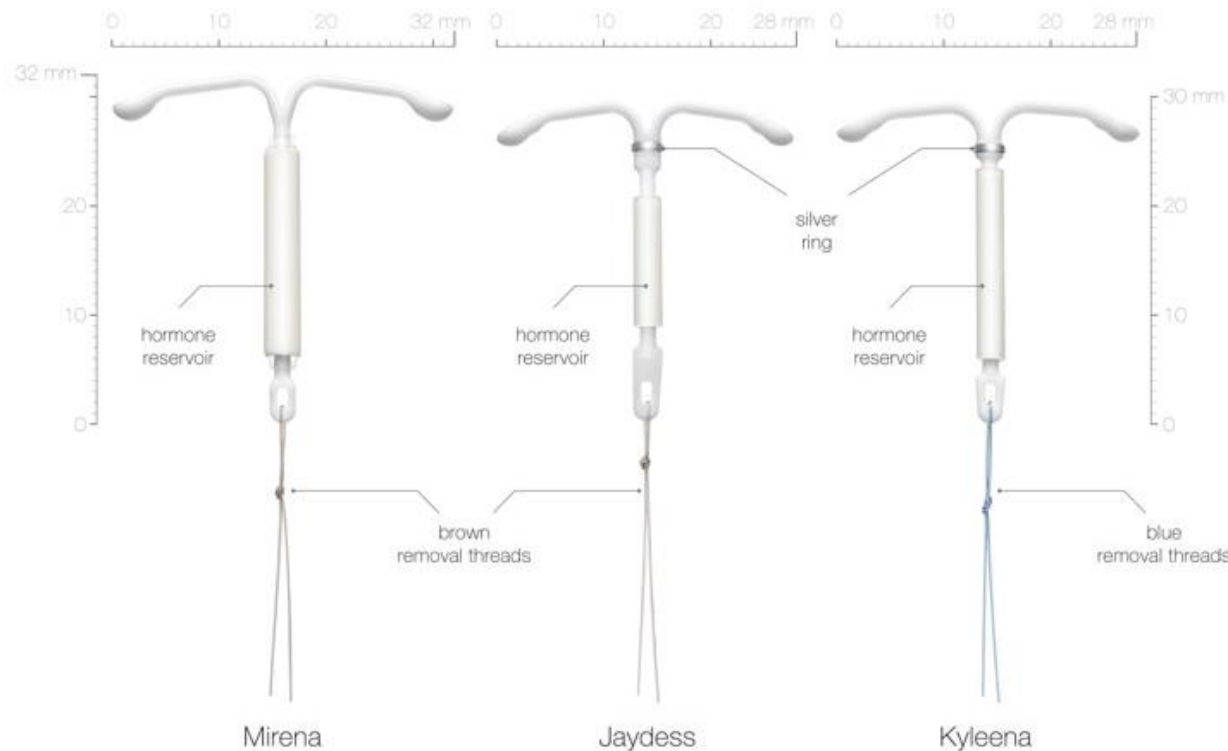
Al último año 2016, somos mas.

La preparamos entre muchos

Una vez al año Jornada Actualización

Actualización 2018

DIUS LNG	Marca	LNG mg	Años	Color hilos	Medidas T mm	Calibre tubo mm	Anillo plata (Eco)
DIU-LNG 20	Mirena	52	5	Marrón	32x32	4.40	No
DIU-LNG 8	Jaydess	13.5	3	Marrón	28x30	3.80	Si
DIU-LNG 12	Kyleena	19.5	5	Azul	28x30	3.80	Si



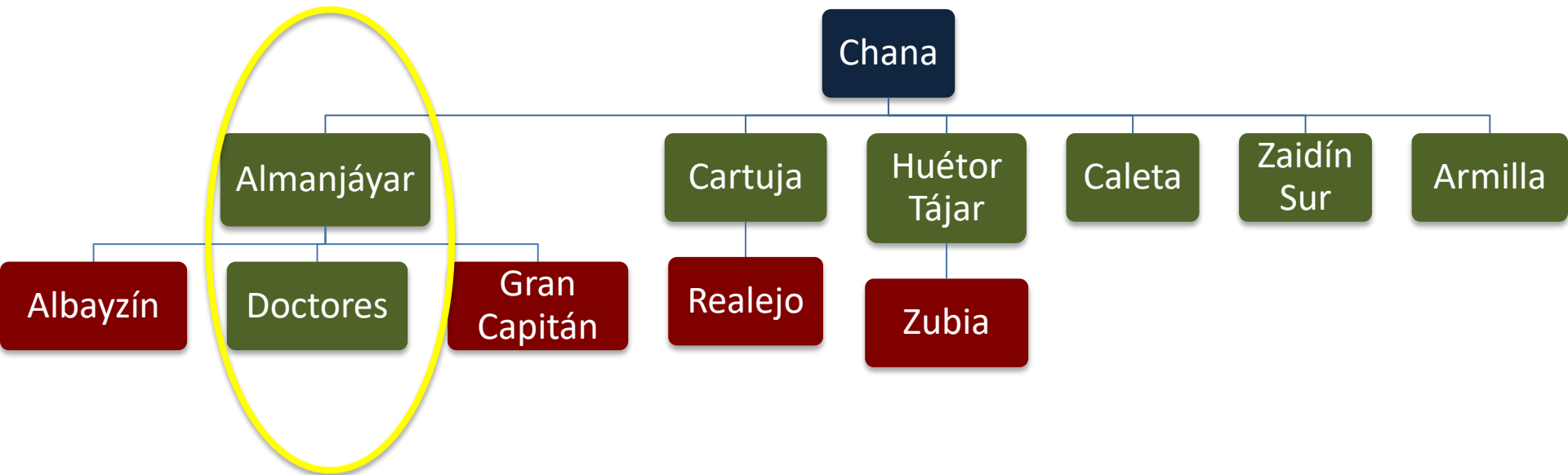
Novedades
Ecografía

Resultados DIUS: DSG / DSGM

Resultados DIUS: DSG / DSGM

Solo “cuatro” de momento

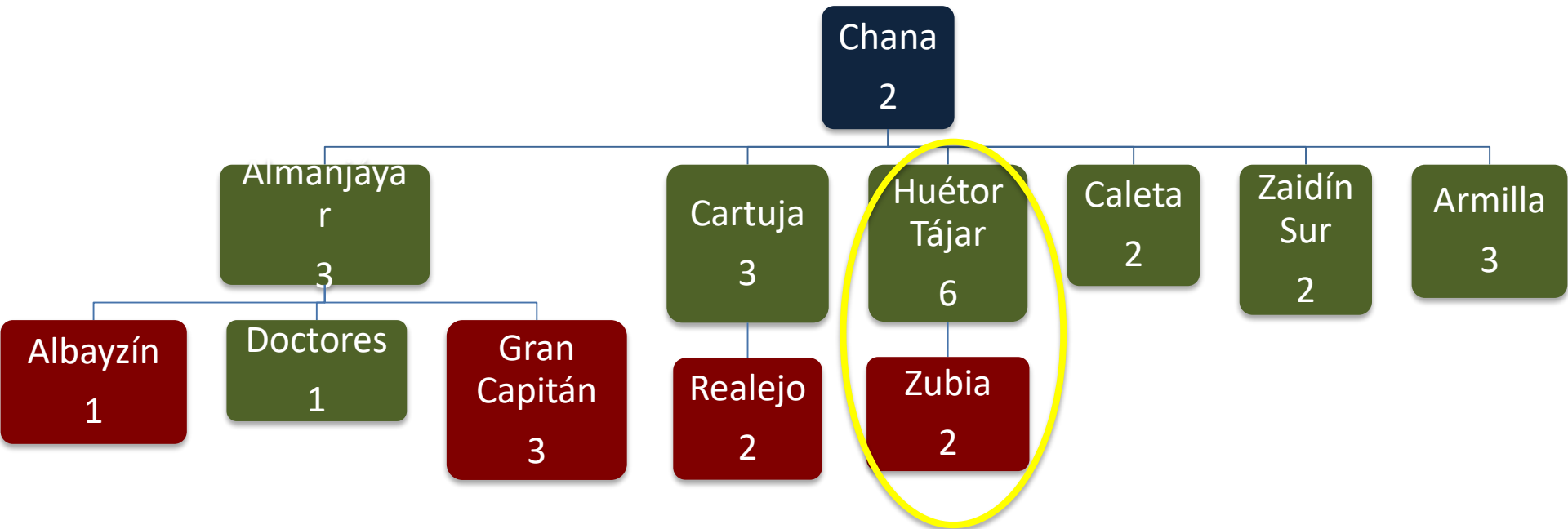
Centros donde se insertan DIUS en DSGM. Granada.





- **Anti-rotación.**
- **Traslados tras anti-rotación.**

12 CS insertando DIUS

MF que insertan o insertaron DIUS, en distintos centros del DSGM



24 MF insertan DIUS

-  **Anti-rotación.**
-  **Traslados tras anti-rotación.**

No son sumatorios las cifras de MF de centros.

Un mismo MF puede figurar en varios centros por traslados, “contaminar”.

Se puede ser formador intracentro de otros MF y residentes, mas contaminación.

DIUS insertados DSG/DSGM 2000-2017

Centros de Salud	Inicio	Nº de DIUS
Chana	08-05-2000	2.812
Almanjáyar	01-06-2002	1.379
Cartuja	18-02-2004	1.326
Huétor Tájar	01-04-2005	833
Albayzín	15-06-2009	349
Caleta	10-10-2011	163
Zubia	27-06-2011	475
Doctores	07-11-2012	250
Gran Capitán	01-04-2016	109
Realejo	01-06-2016	18
Zaidín Sur	24-05-2017	27
Armillá	24-05-2017	52
Total		7.798

s?

Perforaciones uterinas

Contracepción

Mariña Naveiro Fuentes
(*) et al. (Ver autores)

Dispositivo intrauterino migrado a cavidad abdominal: características clínicas, diagnóstico y manejo

Intraabdominal migration of intrauterine devices: characteristics, diagnosis and treatment options

INTRODUCCIÓN

El dispositivo intrauterino (DIU) es uno de los métodos anticonceptivos reversibles más frecuentemente utilizados en el mundo, se estima que alrededor de 160-175 millones de mujeres lo utilizan (1, 2). Posee una eficacia superior a los métodos de barrera y anticonceptivos orales, con un índice de Pearl que varía 0,1 y 1,5 por 100 al año (3).

El dispositivo intrauterino presenta numerosas ventajas que incluyen una alta efectividad, seguridad y larga duración de uso (1, 2). Sin embargo, una complicación rara pero grave es la perforación uterina y migración del DIU a la cavidad abdominal, pudiendo afectar a los órganos vecinos, como el intestino o la vejiga. Se estima una incidencia de entre 0,12 y

En el presente estudio, 15 de 17 fueron insertados por **ginecólogos** y los dos restantes por **médicos de atención primaria**. (Rev Iberoam Fertil Reprod Human 2016;33(2):31-37).

Nos falta mas

- Evaluación cuidadosa de resultados.
- No solo se trata de poner miles de DIUS.
- Necesitamos saber mas.
- Y los resultados preliminares apuntan favorables.
- Embarazos por debajo de rango esperado.
- Reducción tasa de IVES?.
- Continuidad. Satisfacción usuarias.....
- Pronto se publicarán series detalladas.....

¡ No es fácil investigar y publicar para los MF de consulta !.

¿ Resultados ?

Solo “cuatro” de momento

- **12** Centros e Salud insertando DIUS.
- **25** MF insertando.
- **7.798** DIUS insertados.
- **2** perforaciones solo, tasa <<< estándar.

¿ Y esto que supone ?

Año 1999



Lo que teníamos en el DSGM 1999:

- 0 centros
- 0 MF insertando DIUS
- 0 inserciones realizadas en centros de salud

Año 2017

Lo que tenemos 14-11-2017 en el DSGM:

- 12 centros
- 24 MF insertando DIUS
- **7.798** inserciones realizadas
- Seguridad en las inserciones

- 12 centros
- 24 MF insertando DIUS
- **7.798** inserciones realizadas
- Seguridad en las inserciones



Original research article

Intrauterine contraception: impact of provider training on participant knowledge and provision ☆,☆☆,★

Carrie Lewis*, Philip Darney, Heike Thiel de Bocanegra

Bixby Center for Global Reproductive Health, Department of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Sciences, University of California, San Francisco

Received 23 April 2013; revised 25 May 2013; accepted 2 June 2013

Abstract

Background: In California's Medicaid family planning expansion, the Family Planning, Access, Care and Treatment (Family PACT) Program, only 1.9% of contracepting women received intrauterine contraception (IUC) in 2006. Ten skills-based IUC provider trainings were offered from 2007 to 2010.

Objective: The objective was to evaluate the impact of these trainings on participant knowledge of the broad range of appropriate IUC candidates and measure changes in IUC provision following training.

Study Design: We evaluated changes in provider knowledge using a nine-item IUC Candidate Selection Scale on pre- and posttraining surveys. Changes in provision of IUC following the training were measured using Family PACT claims data. We compared changes in insertions posttraining to pretraining levels as well as to matched comparison sites that did not send trainees.

Results: Most participants at the training were advanced practice clinicians (70%) specializing in general primary care (77%) and practicing at community clinics (45%). Training participants increased their understanding of appropriate candidates (mean change in raw summary score=8.6, $p<0.01$) from an average of 58% correct responses to 81%. Provider sites that participated in training provided a mean of 4.6

Solo **1.9 %** de mujeres que usan anticonceptivos llevan DIU
Se forma a 249 MF. California 2007-2010.
El uso del DIU sube del 1.9% al **4.6%-7%** tras la formación

Training to fit intrauterine devices/intrauterine systems for general practitioners: is there an alternative method of service delivery?



Deborah J Lee

Abstract

Background and methodology This paper questions the traditional method of obtaining intrauterine device (IUD) and intrauterine system (IUS) training, by highlighting the pitfalls of this training, and introduces community IUD/IUS training, a new model offering significant advantages.

Discussion and conclusions Traditional IUD/IUS training is not optimal for a variety of reasons including scarcity of designated IUD/IUS clinics, long distances for travel to be trained, wasted clinic appointments, a tendency towards difficult IUD/IUS fitting in these

specialist clinics, and a lack of suitable doctors as IUD/IUS trainers. Community IUD/IUS training enables the trainee to be involved in patient selection, setting up an IUD/IUS clinic (probably for their own future use) and following up their own patients. Community IUD/IUS fitting has definite advantages and much to commend it.

Keywords general practitioner, intrauterine device, intrauterine system, long-acting reversible contraception, training

J Fam Plann Reprod Health Care 2007; **33**(3): 205–207
(Accepted 23 August 2006)

Introduction

Specialist methods of contraception such as the intrauterine device (IUD), the Mirena® intrauterine system (IUS) and the subdermal implant Implanon® are highly effective long-acting reversible methods of contraception. Experience has shown that they have many advantages over other contraceptive methods. The Royal College of General Practitioners (RCGPs) and the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) have endorsed the use of these methods in the UK,

Key message points

- Many difficulties exist for general practitioners (GPs) trying to obtain intrauterine device (IUD) training in the

Lo que empezamos a hacer en Almanjáyar en 2002 no ha sido descabellado

training.



Original research article

US family physicians' intrauterine and implantable contraception provision: results from a national survey

Mollie B. Nisen^a, Lars E. Peterson^b, Anneli Cochrane^b, Susan E. Rubin^{c,*}

^aAlbert Einstein College of Medicine, 1300 Morris Park Ave., Block 407, Bronx, NY 10461

Nueva York 2014, un **19.7 %** de MF insertan DIUS

Abstract

Este estudio nos muestra, que los MF que manejan DIUS, también hacen mas atención prenatal.

showed the strongest association with both IUD and implant provision. For IUDs, this included providing prenatal care with [adjusted odds ratio (aOR) 3.26, 95% confidence interval (95% CI)=1.93–5.49] or without (aOR=3.38, 95% CI=1.88–6.06) delivery, performance of endometrial biopsies (aOR=16.51, 95% CI=11.97–22.79) and implant insertion and removal (aOR=8.78, 95% CI=5.79–13.33). For implants, it was providing prenatal care and delivery (aOR=1.77, 95% CI=1.15–2.74), office skin procedures (aOR=3.07, 95% CI=1.47–6.42) and endometrial biopsies (aOR=3.67, 95% CI=2.41–5.59) and IUD insertion (aOR=8.58, 95% CI=5.79–13.33).

... coincide con Granada, donde todos los MF que insertan DIUS, también hacen atención prenatal (16/16).

Implications: These data provide a baseline from which to analyze change in IUD and implant provision in family medicine, identify gaps in care and ascertain potential leverage points for interventions to increase long-acting reversible contraceptive provision by family physicians. Interventions may be more successful if they first focus on sites and/or family physicians who already provide prenatal care, obstetrical care, skin procedures and/or endometrial biopsies.

**Nuestro objetivo no es 100% MF insertando,
sino 100% de los CS de Granada.
Solo faltan 6 CS, apenas 12 MF.
¡¡ Es posible !!**



Granada



Nueva York

	Granada 2017	Nueva York 2014
Población	281.820	8.537.673
MF muestra	174 SAS CS	2.329 Recertifican
Insertan DIUS	9.19 %	19.7 %
Centros Salud insertan	60 %	¿
Población acceso DIU en su CS	61.64 %	¿

Granada:
16 MF / 60% CS hoy
28 MF / 100% CS 2019

Estamos dispuestos a que se consiga Y cada vez es fácil

**Agradecimiento a nuestros jefes,
y sobre todo a los MF que hoy manejan los DIUS**

¿ No se si saben lo que son ?

¡ Son un puñado de valientes ¡