



Escuela Andaluza de Salud Pública
CONSEJERÍA DE SALUD



RESULTADOS DEL V ENCUENTRO DE LA RED DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Noviembre de 2017

Noviembre de 2017

Escuela Andaluza de Salud Pública

Granada

Equipo de la Red SSyR:

María del Mar García (Escuela Andaluza de Salud Pública)

María del Río (Escuela Andaluza de Salud Pública)

Gracia Maroto (Escuela Andaluza de Salud Pública)

Ricardo Manuel Moreno (Secretaría General de Salud Pública y Consumo)

Teresa Campos (Servicio Andaluz de Salud)

Tania Cedeño (Servicio Andaluz de Salud)

Consuelo García Martín (Escuela Andaluza de Salud Pública) (Secretaría)

ÍNDICE

Objetivos del Encuentro	4
Programa de actividades	5
Presentación del Encuentro.....	7
Mesa redonda: Espacios para la diversidad en SSyR..	13
Trabajo colectivo: Experiencias compartidas de la formación en SSyR	29

OBJETIVOS DEL ENCUENTRO

El encuentro estuvo dirigido a profesionales integrantes de la Red SSyR y a otras personas profesionales con interés en el ámbito de la salud sexual y reproductiva.

Los objetivos del encuentro fueron los siguientes:

- Permitir el encuentro de profesionales que trabajan en el ámbito de la salud sexual y reproductiva en Andalucía y establecer sinergias entre diversos sectores, ámbitos de actuación, etc.
- Debatir sobre la necesaria transversalización de la diversidad en todos los ámbitos de la salud sexual y reproductiva.
- Reflexionar sobre la renovación de la formación en SSyR a través de experiencias compartidas, analizando las fortalezas y debilidades actuales de la formación que se está realizando en los centros.

PROGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES DE LAS XI JORNADAS DE SALUD PÚBLICA

10.00 Visionado de vídeo: Aplicación de la metodología de escenarios para diseñar las tecnologías del futuro.

Pascale Lehoux. Escuela de Salud Pública. Universidad de Montreal. Canadá

10.15 Inauguración de las XI Jornadas de Salud Pública

Marina Álvarez. Consejería de Salud

Reyes Álvarez Osorio. Escuela Andaluza de Salud Pública

Josefa Ruiz. Secretaría General de Salud Pública y Consumo

10.30 Conferencia inaugural. Genómica y Sociedad

Ángel Salvatierra. H.U. Reina Sofía de Córdoba

11.30 Pausa saludable: Visionado de la Conferencia TED de Siddhartha Mukherjee

ACTIVIDADES DEL ENCUENTRO DE LA RED SSyR

12.00 Presentación del Encuentro

Ricardo Manuel Moreno. Servicio de Prevención de la Dirección General de Salud Pública. Consejería de Salud

María del Mar García. Escuela Andaluza de Salud Pública

12.30 Mesa redonda. Espacios para la diversidad en la SSyR

Modera: Tania Cedeño. Hospital de Poniente

- **La accesibilidad de las personas con discapacidad y el respeto a los derechos sexuales y reproductivos**
Antonio Tejada. *La Ciudad Accesible*
- **Los derechos sexuales y reproductivos en la diversidad de orientaciones sexuales**
Paloma Ruiz. Escuela Andaluza de Salud Pública
- **Salud Sexual en adolescentes y jóvenes**

Alicia Murillo. *Instituto Andaluz de la Juventud*

14.00 Descanso

15.00 Experiencias compartidas para mejorar la formación en SSyR: Espacio para compartir experiencias formativas de la Red.

Modera: María del Río. *Escuela Andaluza de Salud Pública*

- **Experiencia en formación en Anticonceptivos Reversibles de Larga Duración en el Distrito Sanitario Granada Metropolitano**
Lorenzo Arribas. *Centro de Salud de La Chana, Granada*
- **Experiencia de coordinación entre Atención Primaria y Ginecología para abordar la anticoncepción en Córdoba**
Ramón Guisado. *H.U. Reina Sofía de Córdoba*
- **Espacio de comunicaciones breves sobre experiencias formativas**
Profesionales de la Red SSyR

14.00 Descanso

17.00 Conclusiones del Encuentro

17.00 Fin del Encuentro

PRESENTACIÓN DEL ENCUENTRO

María del Mar García y Ricardo Manuel Moreno presentan el encuentro. Hablan del estado actual de la Red, de las necesidades y retos para avanzar en el ámbito de la Salud Sexual y Reproductiva, y de las actividades programadas para el encuentro.

Presentación de María del Mar García (Escuela Andaluza de Salud Pública):



Por qué una Red de Formación en Salud Sexual y Reproductiva en Andalucía

- Disparidad en la atención a la salud sexual y reproductiva en el SSPA
- Necesidad de revisar evidencias y mejorar la calidad de la atención a la SSyR en los servicios de salud
- Necesidad de abordar específicamente el enfoque de derechos, género y diversidad.
- Existencia de un nuevo marco legal a nivel nacional: L.O. 2/2010, de SSyR y de IVE
- Desarrollo en Andalucía de la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva

RED DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN ANDALUCÍA

OBJETIVO GENERAL

Constituir una red de formadores y formadoras en materia de SSyR, dirigida a profesionales del Sistema Sanitario Público Andaluz.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Configurar una red de personas expertas en SSyR para el desarrollo de un programa de formación en cadena dirigido a profesionales del SSPA.
2. Disponer de una plataforma virtual específica para la Red que sirva de comunicación entre profesionales
3. Elaborar materiales y recursos didácticos para impartir los módulos formativos del programa en los centros de Atención Primaria.



METODOLOGÍA:

Estrategia de **FORMACIÓN PARA FORMAR**: formar a docentes, que serán a su vez responsables de formar a profesionales de **atención primaria** a quienes está dirigida la formación como fin último, que se llevará a cabo en fases posteriores mediante una **formación en cascada**.

Formación en cascada:
 - Actualmente en AP
 - Fases posteriores: AE



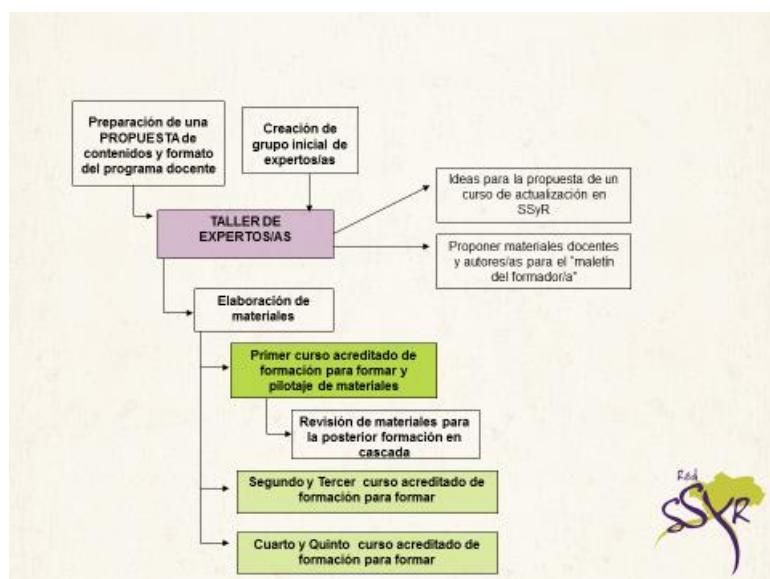
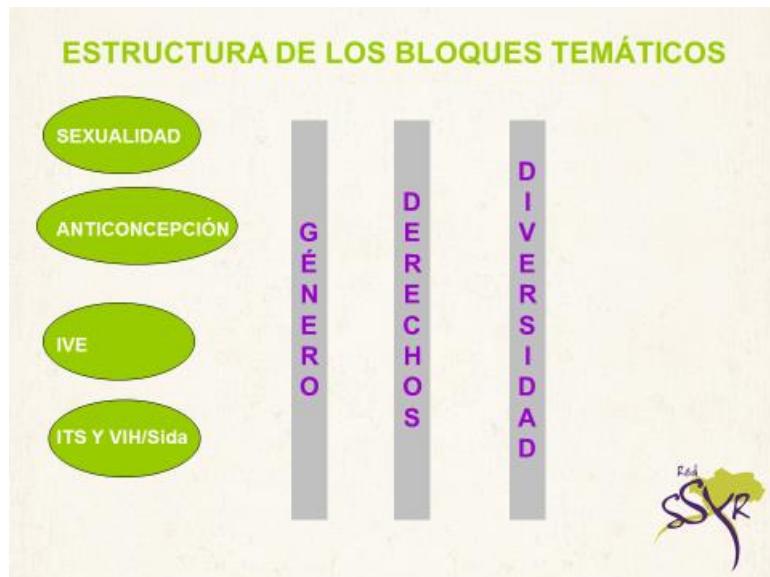
Programa

CURSO

**FORMACIÓN PARA FORMAR A
PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA
EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA**

Escuela Andaluza de Salud Pública
CONSEJERÍA DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL

Concertado con la Secretaría General de Salud Pública,
Inclusión Social y Calidad de Vida
Junta de Andalucía
Granada, noviembre y diciembre de 2012



GUÍA DIDÁCTICA DEL CURSO BÁSICO PARA PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA:
LA ATENCIÓN A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN ANDALUCÍA



PROPÓSITO DEL CURSO

Realizar una formación básica en SSyR para profesionales de Atención Primaria con el propósito de que la práctica profesional habitual se sitúe en el marco de las **últimas evidencias científicas** y considere las necesidades de la población en el contexto de los derechos recogidos por la normativa al respecto.

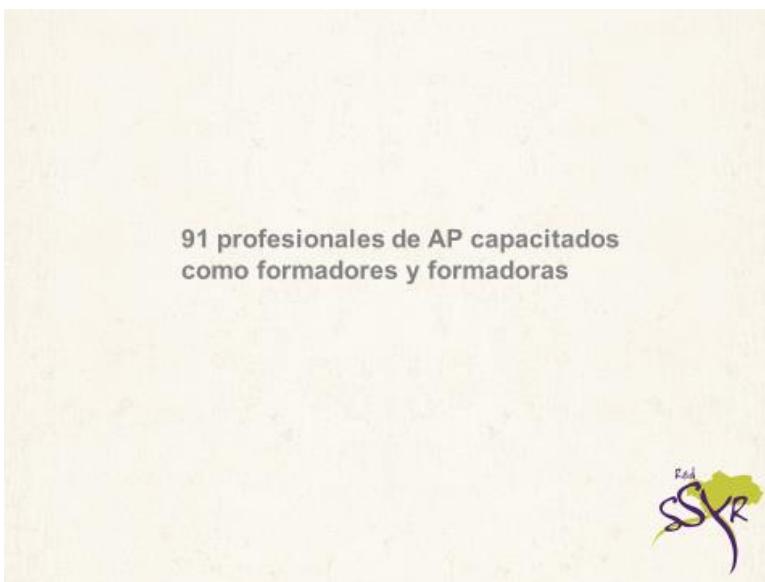
DIRIGIDO A

Profesionales de Atención Primaria que desarrollan su práctica profesional en la atención de la SSyR en sus respectivos centros de trabajo. Principalmente, el curso está dirigido a profesionales de **Medicina, Enfermería y Matronas**, aunque también podrán participar profesionales de otros colectivos, como Trabajo Social.



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL





**PROFESIONALES FORMADOS PARA FORMAR
2011-2014 (5ed)**

Perfil profesional	Mujeres	Hombres
Medicina de familia	24	8
Enfermería	19	7
Matronas	13	4
Promoción de Salud	6	0
Trabajo Social	3	0
Otros	6	1
TOTALES	71	20





ACTIVIDADES EN 2017

- ❖ Nueva edición del curso *Enfoque de Género y Derechos en SSyR*
- ❖ Nueva edición del MOOC *Innovación docente y metodología de aprendizaje en red*
- ❖ Revisión del programa de los cursos de formación para formar y de formación básica en SSyR
- ❖ Revisión de los materiales docentes del programa formativo
- ❖ Plataforma Red SSyR
- ❖ Realización del V Encuentro de la Red SSyR

Granada, 20 de noviembre de 2017

Lugar:
Escuela Andaluza de Salud Pública (Granada)

Se ha solicitado la acreditación por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA)

ACTIVIDADES DEL ENCUENTRO DE LA RED SSyR

12:00 Presentación del Encuentro
Ricardo Manuel Moreno, Servicio de Prevención de la Dirección General de Salud Pública. Consejería de Salud
María del Mar García, Escuela Andaluza de Salud Pública

12:30 Mesa redonda. Espacio para la diversidad en la SSyR
Moderadora: Tania Cedeño, Hospital de Poniente

- La accesibilidad de las personas con discapacidad y el acceso a los derechos sexuales y reproductivos
Antonio Tejeda, La Ciudad Accesible
- Los derechos sexuales y reproductivos en la diversidad de orientaciones sexuales
Paloma Ruiz, Escuela Andaluza de Salud Pública
- Salud Sexual en adolescentes y jóvenes
Alicia Murillo, Instituto Andaluz de la Juventud

14:00 Descanso

15:00 Experiencias compartidas para mejorar la formación en SSyR:
Espacio para compartir experiencias formativas de la Red.
Moderadora: María del Río, Escuela Andaluza de Salud Pública

- Experiencia en formación en Anticonceptivos Reversibles de Larga Duración en el Distrito Sanitario Granada Metropolitano
Lorenzo Arribas, Centro de Salud de La Chana, Granada
- Experiencia de coordinación entre Atención Primaria y Ginecología para abordar la anticoncepción en Córdoba
Raúl Gutiérrez, P.U.C. Felipe Sojo de Córdoba
- Espacio de comunicaciones breves sobre experiencias formativas profesionales de la Red SSyR

17:00 Conclusiones del Encuentro

17:30 Fin del Encuentro

V ENCUENTRO DE LA RED DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Con el apoyo de la Consejería de Salud

MESA REDONDA. Espacios para la diversidad en la SSyR

Esta mesa de debate, moderada por Tania Cedeño, se enmarcó en la necesaria transversalización de la diversidad en todos los ámbitos de la salud sexual y reproductiva. Se abordaron tres aspectos clave que deben ser tenidos en cuenta de manera transversal en el abordaje de la salud sexual y la salud reproductiva: la discapacidad, la diversidad de orientaciones sexuales, y las necesidades específicas de adolescentes y jóvenes. Posteriormente, se abrió un debate en torno a estos y otros temas relevantes para incorporar de manera transversal al abordaje de la salud sexual y de la salud reproductiva, en el marco de la Red. Algunas conclusiones de la mesa fueron: Para el abordaje de la diversidad, respetar los derechos de todas las personas; facilitar la accesibilidad y el cumplimiento de los derechos sexuales y reproductivos de las personas con discapacidad; romper tabúes y ofrecer una educación sexual plena; no dar por hecho la norma establecida, alejarse de la heteronormatividad construida culturalmente para respetar todas las orientaciones sexuales; incorporar las necesidades especiales de adolescentes y jóvenes, tanto en la prevención de ITS y embarazos no deseados, como en la promoción de una sexualidad saludable.

Se adjuntan algunas presentaciones utilizadas en esta mesa.

Presentación de Paloma Ruiz (Escuela Andaluza de Salud Pública):



Diversidad sexual y salud



¿Qué es y cómo ha llegado a existir la homosexualidad?

¿Cómo ha llegado a existir la homosexualidad?



1. En 1973 la Asociación Americana de Psiquiatría eliminó la homosexualidad de su manual diagnóstico.
1. En 1992 la OMS afirmaba que la orientación sexual *per se* no puede ser considerada un trastorno mental.

**¿Cómo ha llegado a existir la
homosexualidad?**



1. Como personas diferentes, tenemos una gama íntegra de características y gustos (como los deseos sexuales diferentes); lo que los seres humanos hemos hecho es categorizarlas de un modo determinado.
2. Los deseos mismos han sido producidos socialmente; la categoría no solamente agrupa los deseos, los crea.

©Paloma Ruiz Román

**¿Cómo ha llegado a existir la
homosexualidad?**



1. Establecemos continuamente categorías para ubicarnos en el mundo y ubicar a los demás: la problemática se plantea cuando categorizamos a partir de unas características concretas y no de otras, estableciendo juicios de valor.

©Paloma Ruiz Román

**¿Cómo ha llegado a existir la
homosexualidad?**



2. No sólo categorizamos a partir de nuestros deseos, nuestra sociedad también crea y condiciona cuales van a ser esos deseos. Desde que nacemos, a partir del sexo designado en nuestro nacimiento, nos enseñan que nuestro deseo debe dirigirse hacia el sexo socialmente establecido como contrario.

©Paloma Ruiz Román



Por tanto,

¿cómo ha llegado a existir
la Homosexualidad?

- **Apareció porque nosotros la hicimos aparecer.** Creamos la categoría y le dimos la importancia que parece tener; juntamos una serie de prácticas y gustos, les dimos un nombre único, y decidimos que tenía una serie de elementos psicológicos en común.

■ * Problematización de las categorías

©Paloma Ruiz Román



Es importante recordar:

El concepto de homosexualidad sólo puede entenderse desde un punto de vista occidental. En otras culturas así como momentos históricos, se prescinde de esta categorización.

©Paloma Ruiz Román



¿Esta conceptualización diferenciada afecta a nuestra forma de realizar atención sanitaria?

©Paloma Ruiz Román

Atención sanitaria



Artículo:

Luisa, por ejemplo (Ruiz Román, P; Bimbela Pedrola, JL)

© Paloma Ruiz Román

Cit. Ruiz, 2002:42:181.

Imaginario colectivo

Luisa, por ejemplo

Luisa, for instance

— por cabalgan vientre con vientre
igual que antes y que el día nos encontremos
en un abrazo de amantes.

Me suena, me suena, Luisa de la Colina
Cantada por Olga Guillot (CBS, 1971)

Era una mañana clara y fresca. El verano se iba, más rápido que otros años, y Luisa pensó que no era un mal día para ir a su especialista en ginecología. Había pasado hora hacia algunas semanas y ahora le vivía como una especie de inicio saludable del nuevo curso.

Su especialista, siguiendo el guion establecido en el manual, le preguntó:

— ¿Mantienes relaciones sexuales en la actualidad?
— Si—le contestó Luisa—, tengo una pareja estable desde hace 3 años.

El especialista, muy en su papel indagador, prosiguió el interrogatorio:

— ¿Utilizas preservativo?
— No.

Un silencio llenó entonces la consulta. Hasta que una pregunta lanzada por el especialista, esta vez en forma de frase afirmativa, lo rompió:

— Entonces utilizas píldoras anticonceptivas, claro.
— No—le acertó Luisa.

Ahora sí, ante la nueva negativa, el especialista levantó por fin su cabeza del papel y le preguntó con una cara que no podía ocultar su asombro:

— ¿Y cómo es posible que no estés embarazada?
— Pues porque estoy con una mujer.

El especialista suspiró aliviado y anotó la información. A modo de conclusión final, añadió con paciosa tranquilidad:

— Entonces no debes preocuparte por el contagio de infecciones de transmisión sexual.

— No es ficción, aunque lo parezca.

— ¿Lesbianas? ¿Dónde? Mujeres que llevan años sin pisar una consulta ginecológica porque cuando fueron les dijeron que siendo lesbianas no tenían por qué hacerlo. Mujeres a las que su especialista las ha descalificada, marginado y enjuiciado por su orientación sexual. A veces incluso con el acompañamiento de risas burlonas o sonrisas condescendientes. Mujeres que van y no vuelven. Mujeres que preguntan y ante los silencios o los tópicos no preguntan más y buscan en otros la información (¡que necesitan!) donde pueden. Casi siempre, la que encuentran es poca, mala, engañada.

— Profesionales que no saben o no contestan. Profesionales descolocados, incómodos, angustiados; algunos. Profesionales ausentes, quemados, disentidos de su vocación (de su don), otros. —¿Lesbianas? ¿Dónde? ¹²

Entre tanto, la incidencia de cáncer de mama en las lesbianas duplica la que aparece entre las mujeres heterosexuales. Menos consultas ginecológicas, menos detección precoz, menos prevención, menos tratamiento, menos salud.

— ¡Injusticias también para el sistema sanitario!

Bibliografía

1. Ruiz P, Moreno R. *Tu salud sexual*. Madrid: Espasa; 2000.
2. Asociación International de Lesbianas y Gays [http://www.diqu.org].

Paloma Ruiz Román y José Luis Bimbela Pedrola
Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada, España

Correos electrónicos: paloma.ruiz@aswp.juntandandaluzia.es
(P. Ruiz Román), joseluis.bimbela@aswp.juntandandaluzia.es
(J.L. Bimbela Pedrola).

Atención sanitaria



- **PRESUNCIÓN DE HETEROSEXUALIDAD:**

- El contexto de la salud no está exento de mitos.
- Los estereotipos sobre las orientaciones sexuales persisten con **consecuencias en torno a su salud**.
- Trato discriminatorio /no igualitario.
- Miedo a acudir a la consulta.
- Menor información / Menor prevención (conocimientos sobre cáncer de mama y de útero, ITS, etc.).
- Menos derechos.
- PROFESIONALES SANITARIOS: a veces, no conciencia de la discriminación social, familiar, laboral.
- Trato desde la heteronormatividad.

© Paloma Ruiz Román

Atención sanitaria:

Maternidades/Paternidades diversas



¿Pueden las mujeres lesbianas y los hombres gais ser
buenas/os
madres/padres?

© Paloma Ruiz Román

Maternidades/Paternidades diversas



- Categorización diferenciada heterosexual – homosexual.
- Roles de género: figura materna y paterna.
- Miedo ante componentes de peligrosidad y “contagio”

© Paloma Ruiz Román

Maternidades/Paternidades diversas



¿Sabemos responder a sus demandas de información?
¿Sabemos qué tendrán que enfrentar durante el proceso?

© Paloma Ruiz Román

Niveles a enfrentar:



- LEGAL
- SOCIAL/FAMILIAR
- EMOCIONAL

© Paloma Ruiz Román

Maternidades/Paternidades diversas



- Matrimonio homosexual: Ley 13 de 2005: acceso igualitario. ¿Lo legal y lo social se encuentran equiparados?
- Tener hijos/as: pronunciadas diferencias entre hombres y mujeres.
 - 1º: Proceso de concepción
 - 2º: Cobertura legal
 - 3º: Acercamiento a las instituciones



© Paloma Ruiz Román



©Paloma Ruiz Román



©Paloma Ruiz Román



©Paloma Ruiz Román



© Paloma Ruiz Román

Proceso de concepción



- **Las parejas lesbianas lo tienen “más fácil” que los parejas gays.**
- Para las mujeres:
 - Donante anónimo
 - * Servicio público: limitación de la reproducción asistida a las mujeres menores de 40 y con problemas de fertilidad. **Real decreto de 2006:** Financiación pública de los tratamientos de reproducción asistida con “diagnóstico de esterilidad o una indicación médica establecida”.
 - Donante conocido
 - Método ROPA
 - Adopción *
- Para los hombres:
 - Donante conocida
 - Casos de maternidad subrogada* (en otros países)
 - Adopción*



© Paloma Ruiz Román

Cobertura legal/reconocimiento



Para las mujeres:

- Para que sea reconocido como hijo/a de ambas deben estar casadas: automáticamente es de las dos.
- Si no están casadas, la mujer que no ha parido debe iniciar un proceso de adopción.
- Posibles conflictos si el donante es conocido.

© Paloma Ruiz Román

Cobertura legal/reconocimiento



Para los hombres:

- Donante conocida: El hombre que no pone el esperma/ o que no se inscribe como padre en el registro queda fuera, aunque ejerza de padre a nivel familiar/social.
 - Maternidad subrogada: reconocimiento sólo fuera.
-
- A una pareja heterosexual no se le cuestiona que sea hijo/a del hombre y la mujer que van a inscribirlo.

© Paloma Ruiz Román

Acercamiento a las instituciones



- Criterios arbitrarios
- Lenguaje heterosexual
- Proceso de embarazo: médico/a de cabecera, matronas, educación maternal, parto, inscripción en un colegio ...
...en resumen: personas para las que estos casos son, simplemente, algo nuevo.

© Paloma Ruiz Román

Nivel social/familiar



- "A todo el mundo le parece bien"
- En el ámbito privado: la cosa cambia
- ¿Quién es la madre? ¿quién es el padre? ¿A quién se parece? ¿Y, entonces, tú quien eres?
- Aprendizaje conjunto: tienes que hacer el tuyo propio pero luego te encuentras con el de cada individuo y el de la sociedad en general.



© Paloma Ruiz Román

Nivel emocional



- Construcción de la maternidad y de la paternidad: ¿quién va a parir? ¿Quién va a dar su semen?
- Adjudicación de roles: no hay modelos previos.
- No exentos de los conflictos propios de pareja.
- De lo privado a la público: la exposición es inevitable.

©Paloma Ruiz Román



¡Gracias!

Algunas imágenes presentadas por Alicia Murillo (Instituto Andaluz de la Juventud):



Seguido por IAM y 15 más

COLEGA ALMERIA @COLEGAALMERIA · 30 sept.

Campaña de prevención de ITS, no te quedes sin tu premio y **#disfrutaSinMiedo** en la fiesta de **@Ayro_de_Albox** @COLEGAALMERIA
@IAJuventud

CON CONDÓN NO HAY SUSTOS

Como COLOCAR UN PRESERVATIVO MASCULINO

Como hacer un "CAMPO DE LATEX"

Como COLOCAR UN PRESERVATIVO FEMENINO

3 5

Pacote Pizarro retuiteó

Agencia Poliedricom @Poliedricom · 28 ago.

El pasado fin de semana estuvimos en las ferias de #Rute y #PalmaDelRío con la campaña del @IAJuventud #DisfrutaSinMiedo

CON CONDÓN NO HAY SUSTOS

Como COLOCAR UN PRESERVATIVO MASCULINO

Como hacer un "CAMPO DE LATEX"

Como COLOCAR UN PRESERVATIVO FEMENINO

4 4

ACP @ACP_malaga · 30 sept.

#disfrutasinmiedo #yaperollama @IAJuventud

CON CONDÓN NO HAY SUSTOS

Como COLOCAR UN PRESERVATIVO MASCULINO

Como hacer un "CAMPO DE LATEX"

Como COLOCAR UN PRESERVATIVO FEMENINO

2 3



¿Sabías que...

- En los últimos años los casos de **hepatitis A** se han triplicado y los de **sífilis** se han duplicado.
- El **Virus del Papiloma Humano (VPH)** **SÍ DEJA RASTRO**, afecta a **hombres y mujeres**, permanece alojado en el organismo y algunos tipos están asociados como precursores de **cáncer vaginal, ano o pene**.
- La **Hepatitis C** **SÍ DEJA RASTRO**, el 80% de los casos se cronifican.
- Muchas **Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)** no presentan síntomas, pero **SÍ DEJAN RASTRO**, puedes haberte infectado sin tú saberlo. **Si tienes molestias en los genitales, ano o boca, acude a tu centro de salud o centro de ITS de referencia.**
- Utiliza el **condón** en **todas tus relaciones sexuales desde el inicio**.

Cómo hacer un "CAMPO DE LÁTEX", CON CONDÓN NO HAY SUSTO



Cómo COLOCAR UN PRESERVATIVO, CON CONDÓN NO HAY SUSTO



SI TIENES DUDAS
Teléfono de información sexual

#Yaperollama
900 922 040



Es gratis



Es confidencial



Es anónimo



Junta de Andalucía



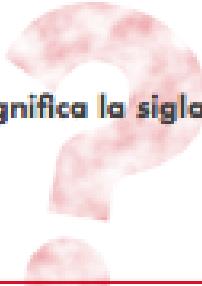
CON CONDÓN NO HAY SUSTOS

Las infecciones de transmisión sexual sí dejan rastro
Usa preservativo y disfruta sin miedo

#DisfrutaSinMiedo

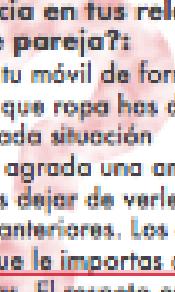


Instituto Andaluz de la Juventud
CONSEJERÍA DE IGUALDAD Y POLÍTICAS SOCIALES



¿Qué significa la sigla ITS?

R: Infección de Transmisión Sexual



¿Cuál de estas situaciones catalogarías como **Violencia en tus relaciones de pareja**?

Tu pareja controla tu móvil de forma habitual
Tu pareja decide que ropa has de ponerte en cada situación
Si a tu pareja no le agrada una amiga/o tuya, decides dejar de verla
Ninguna de las anteriores. Los celos son un síntoma de que **le importas de verdad**
a,b y c son correctas. El respeto es un síntoma de que **le importas de verdad**



¿Si he tenido una práctica de riesgo y quiero hacerme una prueba rápida de VIH en saliva, cuánto tiempo debo esperar para que el resultado sea fiable? (es el llamado periodo ventana)

1 mes Dos meses **3 meses** 15 días

TRABAJO COLECTIVO. Experiencias compartidas para mejorar la formación en SSyR.

Esta actividad ha tenido como finalidad compartir experiencias formativas novedosas o de éxito que están realizando las personas que integran la Red en sus centros, hospitales u otros lugares de trabajo.

En primer lugar, hemos contado con las ponencias de dos personas invitadas por el equipo, considerando que han puesto en marcha experiencias muy exitosas en la manera de formar y de atender distintos aspectos de la SSyR, que pueden ser muy útiles para tomarlas como buenas prácticas y replicarlas en otros contextos.

Primero, Lorenzo Arribas contó la **“Experiencia en formación en Anticonceptivos Reversibles de Larga Duración en el Distrito Sanitario Granada Metropolitano”**.

Desarrolló la metodología de trabajo del “Learning Starting” aplicado a la inserción de los Anticonceptivos Reversibles de Larga Duración, y concretamente, de DIUs. Destacó la importancia de “aprender en el propio centro, pero poniendo en marcha”, una manera de formar que está obteniendo unos resultados muy positivos. Se lleva a cabo la transmisión de la formación de centro a centro, aprovechando la experiencia de profesionales veteranos y absorbiendo conocimientos de otros compañeros y compañeras.

A continuación, Ramón Guisado explicó la **“Experiencia de coordinación entre Atención Primaria y Ginecología para abordar la anticoncepción en Córdoba”**.

Explicó cómo se ha gestado y desarrollado la dinamización de un grupo de coordinación entre A. Primaria y Ginecología para abordar la anticoncepción en su ámbito de trabajo. Actuar de manera coordinada entre niveles se traduce en resultados positivos para la población, una mayor facilidad de acceso a los métodos anticonceptivos, mejora de la calidad de vida y reducción de embarazos no planificados y de IVEs.

Por último, se abrió un **Espacio de comunicaciones breves** para que las personas asistentes que quisieran pudieran compartir sus propias experiencias formativas. Para ello, previamente habíamos solicitado colaboración a las personas que integran la Red a través de la Plataforma.

En esta última sesión de comunicaciones, se expusieron dos experiencias formativas:

- María Teresa Granados (Distrito Sanitario Poniente de Almería): Inserción del Implante Subdérmico.
- Marga Martínez-Zaldívar (Centro de Salud de Armilla): Inserción de DIUs

Presentación de Lorenzo Arribas (Centro de Salud de La Chana):



Expo Andalucía de Salud Pública
CONSEJERÍA DE SALUD



Actividad organizada por la
Red Salud Sexual y Reproductiva

V

ENCUENTRO DE LA
RED DE SALUD SEXUAL
Y REPRODUCTIVA



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



THE NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE

CLINICAL PRACTICE

Long-Acting Methods of Contraception

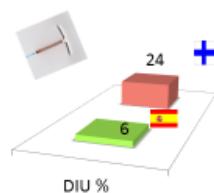
Herbert B. Peterson, M.D., and Kathryn M. Curtis, Ph.D.

This journal feature begins with a case report highlighting a common clinical problem. Evidence supporting various strategies is then presented, followed by a review of formal guidelines.

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

Pilar básico en la anticoncepción

Menor uso de ARLD





Contraception

Contraception 92 (2015) 543–552

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, 1339 Broadway, Suite 1700, 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 (44%). Median and modal projections of LARC use in the absence of these barriers were 25–29% of contracepting 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-nd/4.0/>).



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.
- Absorver 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



1

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 T 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 ?

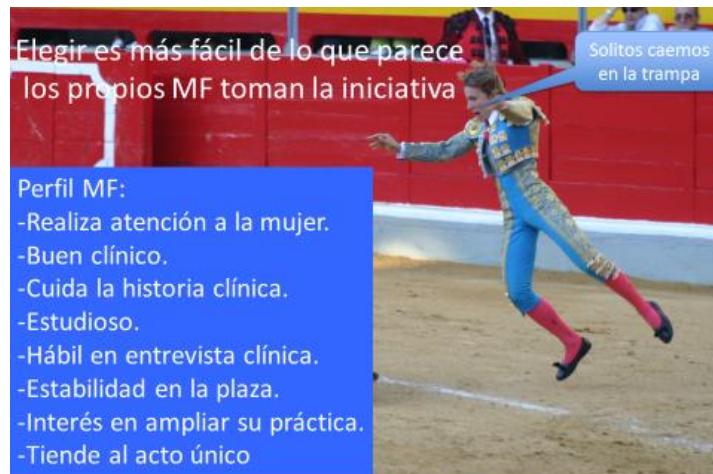
¿ Dos sin otras tareas ?

¿ Dos “pantallas blancas” ?

¿ Dos “artistas” ? ¿ Dos con manejo ?

¿ Dos tristes ? ¿ Dos excelentes clínicos ?

¿ Dos que hablan con los pacientes ?



*¡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



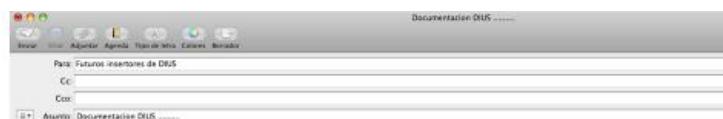
“Obligatorio” antes de comenzar a insertar

1 sola mañana



En anticoncepción se dispone de
excelentes
textos claves aceptablemente actualizados.

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



Te adjunto un tesoro

Saludos|





Preparativos completados

Vamos al
centro de salud

La visión de un formador



No hay auxiliar.
El material no está estéril

Lo normal

Intentar empezar



Información a usuarias

Información



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

CENTRO DE SALUD DE LA CHANA

Planificación Familiar



EL DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU) DE COBRE

Hoja informativa

¿Qué es un DIU?

DIU es el nombre convencional del dispositivo intrauterino. Consiste en un pequeño dispositivo plástico con cobre y unos hilos en su extremo. Cuyo interior solo lleva cuerdas de cobre y un hilo.

El DIU es utilizado en el mundo por más de 127 millones de mujeres.

¿Qué es el mecanismo anticonceptivo del DIU?

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

¿Qué mujeres pueden utilizarlo?

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

¿Ventajas del DIU?

- Acción local en el útero, sin efectos sobre el resto del organismo.
- Muy efectiva, hoy casi tan seguro como la ligadura de trompas. Falta menos del 1%. Siempre está actuando. Siempre se está protegida. No hay que hacer memoria. Si la mujer lo quita, vuelve a proteger.
- Puede ser retirado por su médico en cualquier momento que usted lo desee.
- Con el DIU se puede dar el pecho.
- Una mujer ni su pareja suelen sentirlo.
- Puede reducir el riesgo de cáncer endometrial y cervical.
- Aporta una gran seguridad en las relaciones sexuales.
- Tiene pocos efectos secundarios.

¿Inconvenientes del DIU?

- Algunas molestias, ocasionales, como una molestia, triste o dolorosa.
- Puede haber trastorno entre reglas las primeras semanas tras la colocación.
- En algunas ocasiones menstruaciones algo más abundantes.
- Es muy raro que se produzcan lesiones uterinas e infección tras la inserción.
- Algunos DIU del 1%, pueden desencadenar expulsión y precisar reposición.
- No protege de las enfermedades que se transmiten sexual.

- Colocado en el endometrio, sangría al cobre y algunas sangradas uterinas.

¿Cómo se coloca?

Después de revisar la vagina y limpiarla y realizar una exploración. Se hace en una consulta normal, en unas 5 minutos, no solo con la regla, sino en cualquier momento del ciclo.

¿Qué es su duración?

De 4 a 12 años, dependiendo de los modelos y de la edad de la mujer.

¿Qué contactos tienen el DIU?

Revisión media 1-2 meses después de la colocación, y luego una vez al año.
Los cambios de peso y la forma de menstruación no lo quitan separado al DIU.

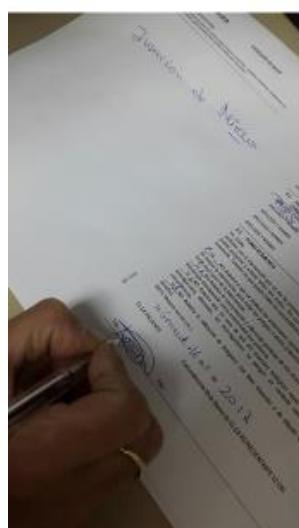
Centro de Salud de La Chana, Distrito Sanitario Granada.

Avenida Victoria de la Concesión s/n, 18011 Granada. Teléfono: 958170996 y 958170987.

Puedes cuestionar en el Centro de Salud de La Chana. Oficina asesora de sexualidad 263-0002.

Informar no solo de DIUS, sino de todos los métodos

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 ?



¡ 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)¹⁰

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 clientes que desean iniciar el uso del DIU de cobre

Por favor, responde las siguientes preguntas de acuerdo a tu situación. Si dice no a una de las preguntas, lea la pregunta 1-5. Los profesionales de la clínica responden Sí, si tienen problemas, diríjanse y siga las instrucciones de abajo.

- | | |
|--|-----|
| 1. <i>Si se realizan búsquedas en los libros de texto?</i> | 800 |
| 2. <i>Si se realizan búsquedas en los libros de 6º, tanto en su contenido en forma escrita en el caso de los que no se han traducido como en su contenido en forma escrita en el caso de los que se han traducido?</i> | 800 |
| 3. <i>¿Se hace distinción entre búsquedas escritas dentro de cada libro y búsquedas realizadas para...</i> | 800 |
| 4. <i>Comenzar en el libro, periodo correspondiente a los primeros 15 días?</i> | 800 |
| 5. <i>Si se realizan búsquedas en libros de texto?</i> | 800 |
| 6. <i>Si se realizan búsquedas en libros de texto?</i> | 800 |
| 7. <i>Si se realizan búsquedas en libros de texto?</i> | 800 |

Si continua després d'una o dues de les pàgines 1-3, es podrà utilitzar aquesta secció, però tots els apartats s'aplicaran únicament per aquesta pàgina addicional. Podeu utilitzar pàgines 1-3 per a anotar o anotar-se respostes. Això depèn de la nostra bona fe i la vostra bona voluntat. Podeu utilitzar aquesta secció.

- | | |
|---|----|
| Para dentro de tu aula o en un establecimiento dirigible para usar en clase, llena los siguientes 5 ítems. Tan pronto como te elijan responde al alumnado, pregúntale y sigue las instrucciones de abajo. | |
| 1. <input type="checkbox"/> 1. ¿Tienes ganas de seguir un protocolo sistemático y crees que te es útil en tu actividad, o respondes de forma intuitiva/instintiva? | 11 |
| 2. <input type="checkbox"/> 2. Si te lo piden, ¿puedes explicar tipo de ritmo en tus desempeños, intensidad (intensidad o intensidad media)? | 11 |
| 3. <input type="checkbox"/> 3. En los últimos 2 meses, ¿te has sentido más de un competidor serio? | 11 |

10) Em los últimos 3 meses, que tal que vo comprado ou vendido uns computadores usados?

- | | |
|---|----|
| 11. En los últimos 3 meses, ¿se le ha dicho que tiene una EDH? | SI |
| 12. ¿En los últimos 3 meses, ¿se le ha dicho a su terapeuta que él tiene una EDH o tiene trastorno de la conducta de tipo disocial? (por ejemplo, evitación del parentesco) | SI |
| 13. ¿Se le ha dicho que se necesita de FIM y que se le desearía de HEMAT? | SI |



Contraindicaciones DIU cobre (OMS 2009)

	CONTRACCIONES EN EL CASO (OMS 2001)
Embarazo	4
Postparto, de > 48 horas hasta < 4 semanas	3
Postparto con sepsis puerperal	4
Inserción inmediata postaborte séptico	4
Lupus Eritematoso Sistémico con trombocitopenia severa	3 1 / 2 C
Sangrado vaginal inexplicado (Sin evaluar)	4 1 / 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 1 / 2 C
Cáncer de ovario	3 1 / 2 C
Miomas y anomalías anatómicas que distorsionan cavidad uterina	4
Enfermedad pélvica inflamatoria activa	4 1 / 2 C
Infecciones genitales activas	4 1 / 2 C
Alto riesgo de ITS	2-3 1 / 2 C
SIDA con clínica y sin terapia antirretroviral	3 1 / 2 C
SIDA sin clínica y con terapia antirretroviral	2-3 1 / 2 C
TBC pélvica	4 1 / 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.



Principal motivo consulta: INSECCIÓN MIRENA

Anamnesis

Menarquia 12. FO 2,2, dos cesáreas.
Último parto en 2008.
FM 7/28, muy abundante de siempre, coagulos, anemia tratada con hierro. Regla dolorosa.
Estudiada Ginecología. Polípectomía 3 octubre por histeroscopia. No otras patologías.
Regla muy abundante. No sangrados fuera de regla, usa tampax + compresas.
No otra patología ginecología a demás de la citada, no ITS.
Tiene ligadura tiubaria
Informada acepta inserción Mirena. |

Exploración

Cervix de multipara bien epitelizado.
Histerometro blando no rebasa OCI.
Se realiza bloqueo cervical con mepivacaina.
Se dilata cervix OCI 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.

4

Exploración pélvica





La mujer es lo primero.
No podemos hacerle daño.
Corregir con discreción.
A veces hay que "aclarar" al alumno con "delicadeza"

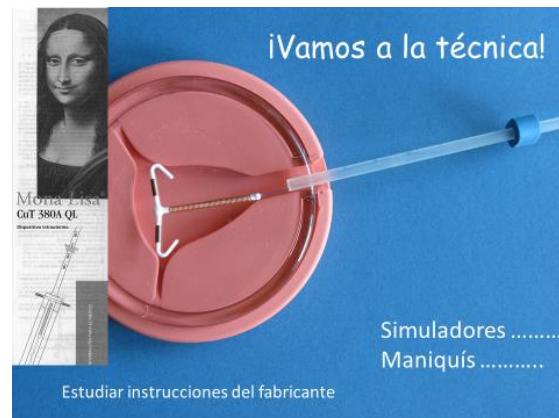


No se puede devaluar al MF.
Puede ser el MF de la paciente.
Reforzar: Lo que tu dices, útero en retro

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

5

Técnica de inserción / retirada





¿ 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 ?



¿ 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.

¡ A trabajar aprendiendo !

“Con supervisión”
En sus propios centros

Se pasa
bien

6

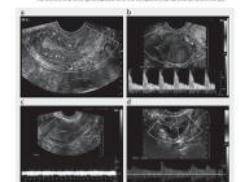
Ecografía

Los hay que ya saben

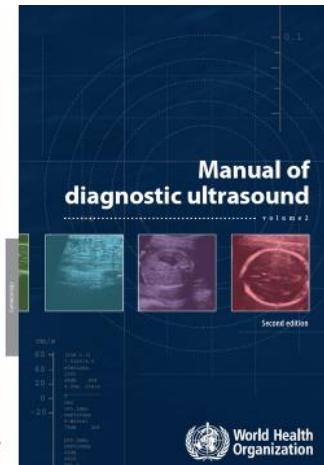
Los hay que no



Fig. 14. Doppler techniques. Colour Doppler sagittal view of the uterus, perimetritis, adnexa, and fallopian tube. Endovaginal colour Doppler view of the uterine fundal veins (arrows) (a). Maximal flow of the uterine fundal veins (b). Coloured planes (arrow) of the uterine fundal veins (c). Coloured planes (arrow) of the uterine fundal veins (d). The higher velocity and arterial resistance for the uterine fundal veins (e) compared with the intramural uterine arteries (f).



Normal findings
Utrata
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 vagus and below the broad ligament. It is cone-shaped, with the base at the top and the apex made in the vagus. A circular narrowing in its fallopian portion divides the uterus into two, the



Las hacemos a todas en
la fase inicial

- Comprobación inserción correcta
- Entrenamiento ecográfico



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



Contraception 86 (2012) 694–697

Contraception

Original research article

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

Ashlee Bergin^{a,*}, Siurid Tristan^b, Mishka Terplan^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

insertion may represent a missed opportunity for care.

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.

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%; $p<0.01$). 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%; $p<0.01$).

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 (42.7% vs. 54.4%; $p<0.01$).

Conclusions: Two-visit IUD insertion protocols inhibit placement. Eliminating barriers to return may improve a woman's ability to have an IUD inserted.

© 2012 Elsevier Inc. All rights reserved.

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?.



Contraception 90 (2014) 548–549

Contraception

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

Object Study of the impact of a revised appointment scheduling script on IUD service delivery in three Title X family planning clinics.
Resu The revised script resulted in a significant increase in IUD insertion rates (47% vs. 60%) and a significant decrease in the time spent on the phone with patients (10.4 vs. 8.4 min).
Conclu The revised appointment scheduling script improved clinical efficiency without increasing patient wait times.
Implic The revised appointment scheduling script may have a broad impact on clinical efficiency.

© 2014 El

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

Eliminar barreras para la inserción

Sistemas de acreditación

Certificado de acreditación

¡ Los pone de maravilla !

¿Cómo 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.fprhc.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, MSc, MRCP, FRCOG, FRCR,
St. George's, University of London, Tooting, London, UK

This is a update of an article entitled "Training to insert intrauterine devices (IUD/IUS)" published in this journal in 2005.

According to the Office for National Statistics survey 2007/08, approximately 4 per cent of women aged 16–49 years in the United Kingdom 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, this figure has remained stable since the publication of the article following the publication in 2005 of the National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) clinical guidance on the use of long-acting reversible contraceptives (LARC).¹

Increasing uptake of LARC.

Intrauterine devices are safe, effective, inexpensive and flexible in use. As such, their increased use is endorsed in the 2005 NICE guidance and the 2005 National Audit Project, previously mentioned. LARC

detailed economic analysis, indicated that IUD/IUS methods compared to other methods of contraception, and the costs of implants, are more cost effective than implants that require regular replacement than implants that require regular replacement.

This NICE document clearly states that the use of IUD/IUS has increased over the last 10 years, especially since the introduction of the combined pill or mini-pill.

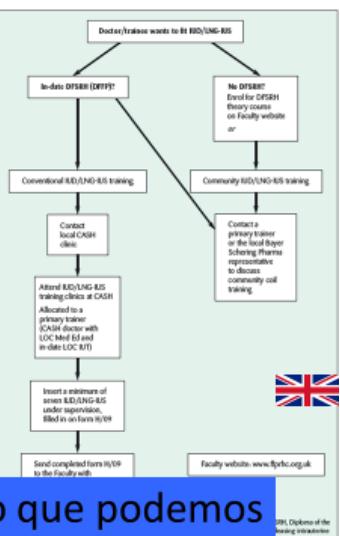
For the first time, the 2008 abortion figures in England and Wales show that the number of women who have a steady increase in the numbers of abortions performed is due to the introduction of the Abortion Act. The skills we require about abortion, including the use of abortion methods, are crucial to insert these devices. We crucial in our efforts to reduce unplanned pregnancies and abortions. More than 40 million IUDs are inserted every year in England and Wales.

With the introduction of these methods, there is an urgent need for more health professionals to be trained to insert IUD/IUS.

To this end, facilitating uptake of IUD/LNG-IUS training is vital to obtain the skills we need to insert these devices, why it is necessary and how to maintain their experience. Specialist nurses are now able to acquire these skills via

Figure 1. The figure illustrates the training routes available for inserting intrauterine devices.

Figure 1. The figure illustrates the training routes available for inserting intrauterine devices.



Nosotros hacemos lo que podemos

Source: LOC IUT, Letter of Competence in Intrauterine Techniques

Sistemas de actualización

De los primeros años

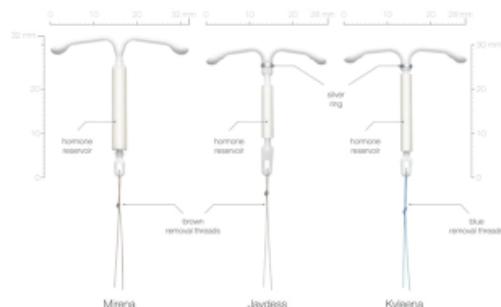
Al último año 2016, somos mas.

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

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



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

24 MF insertan DIUS

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
Albayzin	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
Armilla	24-05-2017	52
Total		7.798

MF Granada 2 perforaciones / 7.798 DIUS insertados

Perforaciones uterinas

Contracepción
 María Naveiro Fuentes
 (P) 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 ?





Contraception 93 (2016) 432-437
Original research article
US family physicians' intrauterine and implantable contraception provision: results from a national survey
Mollie B. Nisen^a, Lars E. Peterson^a, Anneli Cochrane^b, Susan E. Rubin^{c,*}
^aAlbert Einstein College of Medicine, 1300 Morris Park Ave, Bronx, NY 10461

Nueva York 2014, un 19.7 % de MF insertan DIUS

Abstract
Objective: To evaluate family physicians' provision of long-acting reversible contraceptive methods (LARCs) and to identify correlates for LARCs among family physicians.

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 (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=1.47-6.67) and insertion and removal (aOR=1.77, 95% CI=1.15-2.74).

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

Copyright © 2016 Elsevier Inc. All rights reserved.



	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

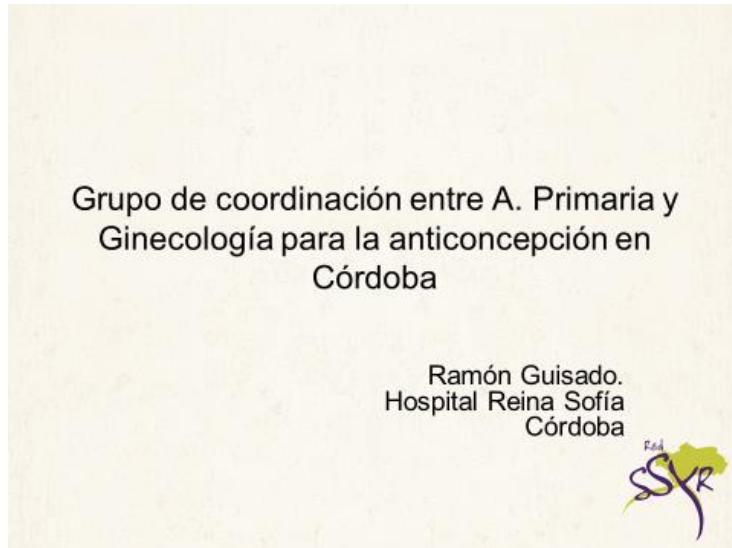
Estamos dispuestos a que se consiga Y cada vez es fácil

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

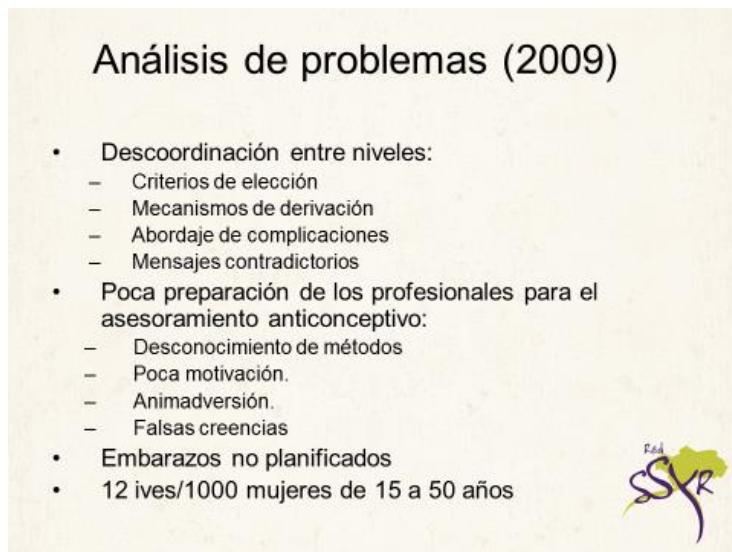
¿ No se si saben lo que son ?

¡ Son un puñado de valientes !

Presentación de Ramón Guisado (Hospital Reina Sofía):



Importancia de la anticoncepción: Ayuda a elegir la descendencia, previene embarazos no planificados, disminuye IVEs y mejora la calidad de vida.



En 2009 se me encargó trabajar para mejorar la anticoncepción en Córdoba. Veníamos detectando problemas en la asistencia a las mujeres que solicitaban anticoncepción. Esos problemas, probablemente serían comunes a muchos otros sitios, pero eran muy frecuentes y repercutían directamente en la calidad de la prestación provocando decepciones, desamparos, embarazos no planeados y abortos.

La anticoncepción es una tarea poco considerada por todos los profesionales sanitarios. Es la “hermana pobre” de la sanidad y nadie quiere estudiarla y dedicarle tiempo. No se imparte en ninguna asignatura de medicina ni enfermería.

Diseño de herramienta:

Grupo de Coordinación entre Atención Primaria y Ginecología para la Anticoncepción



Enseguida vimos que no mejoraríamos sin la colaboración de todos los profesionales, y se nos ocurrió elaborar un plan de actuación: Puesta en marcha de un grupo de trabajo donde estudiar los problemas y elaborar propuestas de solución.

Grupo de coordinación entre Atención Primaria y Ginecología para la Anticoncepción

- **Iniciativa del Servicio de Ginecología**
- **Implicación de la Gerencia y Dirección Médica y del Hospital**
- **Comunicación entre hospital y dirección de distritos y centros de salud**
- **Invitación a todos los profesionales a participar**
- **Constitución del Grupo**



El objetivo primario era llevar un mensaje a todos los profesionales relacionados con la salud sexual de que la anticoncepción es importante para la calidad de vida de la mujer y de que se puede mejorar con pocos medios. Implicamos a los responsables sanitarios haciéndoles conscientes de la importancia de la anticoncepción. Buscamos su apoyo para hacer llegar la propuesta a todos los centros sanitarios de Córdoba. Se hizo una invitación institucional a todos los afectados para que participaran en la formación del grupo.

Constitución del Grupo Reunión Constitutiva

- Invitación institucional a todos los profesionales implicados
- Autoselección de 49 profesionales: 2 ginecólogos, 30 médicos AP, 15 enfermeras, 1 sexóloga, 1 psicóloga,
- Coordinación del Grupo, mediante correo @



La constitución del Grupo fue un proceso de autoselección. Se incorporaron todos los que quisieron, al encontrar atractiva la idea. No había incentivos. Comenzamos 49 personas y en pocas reuniones se redujo a unos 15-20. Lo cual permitió ser más operativos.

Trabajo y coordinación del Grupo

- Reuniones cada 2 meses
- Análisis de la situación de la prestación anticonceptiva
- Puesta en evidencia de los problemas e inquietudes
- Selección de temas a tratar
- Adjudicación de temas a actualizar



En las reuniones se evidenciaron los problemas más frecuentes:

-Poca preparación para el consejo anticonceptivo por desconocimiento de métodos y por falta de entrenamiento en su aplicación, poco manejo con las fuentes de información.

-Ausencia de feedback entre los niveles asistenciales y sus consecuencias sobre la usuaria.

Resultados (1)

1. Elaboración de protocolos sobre manejo de anticonceptivos y coordinación entre niveles
2. 2 cursos de actualización en anticoncepción con 200 participantes



Los resultados podemos agruparlos en tres categorías:

- 1º Iniciativas para mejorar la preparación de los profesionales y su concienciación de la importancia de la anticoncepción.
- 2º Mejoras en la oferta de métodos y su acceso igualitario.
- 3º Herramientas innovadoras de ayuda.

Resultados (2)

- Ofertar todos los métodos anticonceptivos disponibles
- 3 centros de salud incorporaron el implante
- 6000 Esterilizaciones histeroscópicas (Essure)
- Consulta de atención a colectivos específicos: Jóvenes, inmigrantes, barrios marginales, centros de acogida, centros penitenciarios



Resultados (3)



¿Cómo medimos el resultado del Grupo?

1. Resultados sobre la población:
 1. Mejora de calidad de vida por una buena anticoncepción
 2. Disminución del numero de embarazos no planificados
 3. Disminución del numero de I.V.E.
2. Resultados sobre indicadores de calidad



Después de esos resultados visibles del trabajo del Grupo, nos queda la duda fundamental: ¿Qué efectos ha tenido la iniciativa sobre el objetivo de mejorar la anticoncepción en la población de Córdoba?

Siempre que tenemos una iniciativa con intenciones de conseguir resultados en una población deberíamos poder medirlos.

En nuestra iniciativa, el resultado sería la mejora de la calidad de vida conseguida con el uso de anticonceptivos, la disminución del número de embarazos no planificados o de interrupciones de embarazo.

Calidad en asistencia anticonceptiva

- Proporcionar información objetiva sobre métodos
- Ofertar todos los métodos disponibles
- Facilitando el acceso al método elegido
- Contar con profesionales preparados



Y otra forma, indirecta, podría ser la medida de la calidad de la prestación anticonceptiva, para lo cual elaboraríamos indicadores para medir. Esos indicadores deben contemplar los aspectos fundamentales de la anticoncepción.

Comunicaciones breves presentadas en el Encuentro:

María Teresa Granados (Distrito Sanitario Poniente de Almería)

Título: ATENCIÓN A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA (SSyR) EN ATENCIÓN PRIMARIA: INSERCIÓN DEL IMPLANTE SUBDÉRMICO	
Autoría: María Teresa Granados Serrano	
Entidad impulsora	
Entidad donde se desarrolla	Distrito Sanitario Poniente de Almería
Provincia	Almería
Resumen de la experiencia formativa	
A quién va dirigida/ personas beneficiarias	Profesionales sanitarios de Atención Primaria de Salud del DP
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar una formación en SSyR para profesionales de Atención Primaria, en el marco de las últimas evidencias científicas, incluida la técnica del implante subdérmino. • Acercar los servicios de SSyR y en especial los ARLD (Anticonceptivos Reversibles de Larga Duración) a la ciudadanía, en sus propios centros de salud. • Protocolizar la prescripción y posterior visado del Implante subdérmino en el Distrito Sanitario Poniente.
Descripción: metodología (Qué/cómo se está haciendo)	<ul style="list-style-type: none"> • Formación en SSyR para Profesionales de Atención Primaria. • Análisis de situación de indicadores en SSyR de nuestro Distrito, con una alta tasa de IVEs. • Protocolo de prescripción compartida Distrito Sanitario Poniente y Hospital de Poniente, del Implanon NXT realizado en octubre del 2013. • Taller específico de inserción implante subdérmino. • Oferta de este ARLD en cada centro de salud del Distrito.

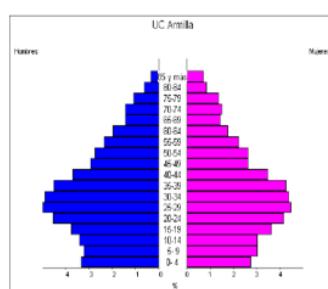
Resultados	<ul style="list-style-type: none"> Profesionales formados en SSyR 66 mujeres y 15 hombres de diferentes categorías (medicina, enfermería, psicología y trabajo social). Técnica de inserción del implante 12 hombres y 50 mujeres de medicina y enfermería repartidos en los diferentes centros del Distrito. El protocolo de prescripción del implante subdérmico que autorizó a nuestros profesionales a indicar este ARLD se puso en marcha en 2013 y continua en la actualidad. Los implantes insertados en nuestros centros han sido 2013 (3 unidades), 2014 (19), 2015 (136), 2016 (296), enero-junio 2017 (120).
Dificultades y soluciones	<ol style="list-style-type: none"> Dificultad: tenemos varios centros de salud donde todavía no es posible la inserción de este ARLD. Solución: realizar sesiones de sensibilización para todos/as los/as profesionales de esas UGCs y una formación específica (para aquellos más comprometidos) mediante tutorización de sanitarios con experiencia en esta técnica. Dificultad: continuamos con una alta tasa de IVEs Solución: implantar la consulta post-IVE en todas las UGCs con altas tasas.
Claves del éxito	<ul style="list-style-type: none"> Los resultados obtenidos tras cuatro años de la puesta en marcha de esta estrategia son positivos, puesto que los profesionales sanitarios la han acogido con entusiasmo. La prescripción e inserción de los ARLD se realiza en casi todos los centros de salud de nuestro Distrito, mejorando la accesibilidad de nuestras mujeres a este método anticonceptivo sin necesidad de desplazamientos y listas de espera hospitalarias. Se ha humanizado el servicio facilitando la cercanía de la ciudadanía con su centro y profesionales de referencia. Además, se ha incorporado el criterio de vulnerabilidad como elemento de equidad en la atención. Su implantación ha tenido un alto impacto por el número de mujeres/profesionales implicados, la relevancia de la mejora, incidiendo de en la humanización de la atención a la SSyR y en la satisfacción de las pacientes y los/as profesionales. Las futuras líneas de trabajo en SSyR son continuar promoviendo la accesibilidad, prevención/promoción, con métodos anticonceptivos de calidad y una evaluación continua de las estrategias implementadas.

Marga Martínez-Zaldívar (Centro de Salud de Armilla)



EXPERIENCIA FORMATIVA ARMILLA

ARMILLA: Población JOVEN



EXPERIENCIA FORMATIVA ARMILLA



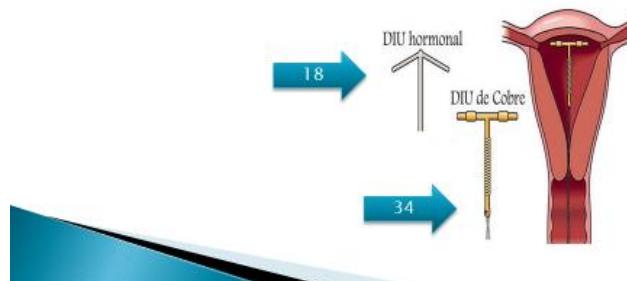
►Curso formación realizado 20-27 Enero17.



 MINISTERIO DE SANIDAD CONSEJERÍA DE SALUD. SALUD Y POLÍTICAS SOCIALES		UGC ARMILLA DISTRITO GRANADA-METROPOLITANO	 MINISTERIO DE SANIDAD CONSEJERÍA DE SALUD. SALUD Y POLÍTICAS SOCIALES	UGC ARMILLA DISTRITO GRANADA-METROPOLITANO																																		
<h1>ARLD</h1> <h2>Anticoncepción Reversible de Larga Duración</h2>																																						
NOMBRE Y APELLIDOS: DNI: TELÉFONO: MÉTODO RECOMENDADO:																																						
FUR: FM: FO: PATOLOGÍA GINECO-OBSTÉTRICA O MAMARIA: MÉTODO ANTICONCEPTIVO ACTUAL: POSSIBILIDAD DE EMBARAZO: SI NO																																						
NO CONTRAINDICACIÓN PARA EL MÉTODO RECOMENDADO (VER CATEGORÍA OMS 3.4 EN REVERSO)																																						
EN CASO DE IMPLANON NXT (si aportar la paciente): RECETA Y VISADO: SI NO																																						
HOJA INFORMATIVA ADMINISTRADA: SI NO																																						
CONSENTIMIENTO INFORMADO ADMINISTRADO: SI NO																																						
COMENTARIOS:																																						
CATEGORÍAS 3 Y 4 DE LA OMS. CONTRAINDICACIONES																																						
IMPLANON																																						
4: Alergia a componentes 4: Cáncer de mama actual 4: Endometriosis 3: Lactancia de menos de 6 semanas 3: T2P/TVP en fase aguda 3: LHS. Anticuerpos antiestrófilopatidios positivos 3: Migraine con aura 3: Cáncer de mama sin remisión durante 5 años 3: Cirrosis hepática severa, adenosoma hepatoceleular, cáncer hepático 3: Hemorragia vaginal no explicada 3: Cardiopatía isquémica 3: Ictus																																						
DIU COBRE																																						
<table border="1"> <tr> <td>4: Endometriosis de 3.º o 4.º grado</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>4: Hipertensión arterial no controlada</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>4: Hipertensión arterial no controlada</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>4: Uterus con transformaciones premalignas</td> <td>4/4/4</td> </tr> <tr> <td>4: Hemorragia vaginal no explicada</td> <td>4/4/4</td> </tr> <tr> <td>4: Cáncer de mama actual o historia de cáncer de mama</td> <td>4/4/4</td> </tr> <tr> <td>4: Endometriosis o adenomiosis o historia de endometriosis</td> <td>4/4/4</td> </tr> <tr> <td>4: Cáncer de mama o endometrioma o historia de tratamiento</td> <td>4/4/4</td> </tr> <tr> <td>4: Hipertensión arterial no controlada</td> <td>4/4/4</td> </tr> <tr> <td>4: Hipertensión arterial no controlada</td> <td>4/4/4</td> </tr> <tr> <td>4: Hipertensión arterial no controlada</td> <td>4/4/4</td> </tr> <tr> <td>4: Cáncer de mama actual o historia de cáncer de mama</td> <td>4/4/4</td> </tr> <tr> <td>4: Endometriosis o adenomiosis o historia de endometriosis</td> <td>4/4/4</td> </tr> <tr> <td>4: Cáncer de mama actual o historia de cáncer de mama</td> <td>4/4/4</td> </tr> <tr> <td>4: Endometriosis o adenomiosis o historia de endometriosis</td> <td>4/4/4</td> </tr> <tr> <td>4: TSH patológica</td> <td>4/4/4</td> </tr> <tr> <td colspan="2"> <small>Nota: Se consideran contraindicaciones las lesiones de la mucosa vaginal y rectal. No. de pacientes. Fuentes: referencias 1-4.</small> </td> </tr> </table>					4: Endometriosis de 3.º o 4.º grado	4	4: Hipertensión arterial no controlada	4	4: Hipertensión arterial no controlada	4	4: Uterus con transformaciones premalignas	4/4/4	4: Hemorragia vaginal no explicada	4/4/4	4: Cáncer de mama actual o historia de cáncer de mama	4/4/4	4: Endometriosis o adenomiosis o historia de endometriosis	4/4/4	4: Cáncer de mama o endometrioma o historia de tratamiento	4/4/4	4: Hipertensión arterial no controlada	4/4/4	4: Hipertensión arterial no controlada	4/4/4	4: Hipertensión arterial no controlada	4/4/4	4: Cáncer de mama actual o historia de cáncer de mama	4/4/4	4: Endometriosis o adenomiosis o historia de endometriosis	4/4/4	4: Cáncer de mama actual o historia de cáncer de mama	4/4/4	4: Endometriosis o adenomiosis o historia de endometriosis	4/4/4	4: TSH patológica	4/4/4	<small>Nota: Se consideran contraindicaciones las lesiones de la mucosa vaginal y rectal. No. de pacientes. Fuentes: referencias 1-4.</small>	
4: Endometriosis de 3.º o 4.º grado	4																																					
4: Hipertensión arterial no controlada	4																																					
4: Hipertensión arterial no controlada	4																																					
4: Uterus con transformaciones premalignas	4/4/4																																					
4: Hemorragia vaginal no explicada	4/4/4																																					
4: Cáncer de mama actual o historia de cáncer de mama	4/4/4																																					
4: Endometriosis o adenomiosis o historia de endometriosis	4/4/4																																					
4: Cáncer de mama o endometrioma o historia de tratamiento	4/4/4																																					
4: Hipertensión arterial no controlada	4/4/4																																					
4: Hipertensión arterial no controlada	4/4/4																																					
4: Hipertensión arterial no controlada	4/4/4																																					
4: Cáncer de mama actual o historia de cáncer de mama	4/4/4																																					
4: Endometriosis o adenomiosis o historia de endometriosis	4/4/4																																					
4: Cáncer de mama actual o historia de cáncer de mama	4/4/4																																					
4: Endometriosis o adenomiosis o historia de endometriosis	4/4/4																																					
4: TSH patológica	4/4/4																																					
<small>Nota: Se consideran contraindicaciones las lesiones de la mucosa vaginal y rectal. No. de pacientes. Fuentes: referencias 1-4.</small>																																						
DIU- LNG (MIRENA)																																						
<table border="1"> <tr> <td>4: No de DIU- LNG en paciente y - historia</td> <td>Categoría 3.4</td> </tr> <tr> <td>3: T2P/TVP en fase aguda con anticonceptivos inmediata</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>3: Cáncer de mama actual o historia</td> <td>11/11</td> </tr> <tr> <td>3: Uterus poliquíptico, antifertilizante o no controlado</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>3: Aspiración con aura o claudicación visual</td> <td>2/2/2</td> </tr> <tr> <td>3: Hipertensión arterial</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>3: Cáncer de mama no resecada en falda</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>3: Hipertensión arterial</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>3: Endometriosis o adenomiosis</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>3: Cáncer de mama o endometrioma</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>3: TSH patológica</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td colspan="2"> <small>Nota: Se consideran contraindicaciones las lesiones de la mucosa vaginal y rectal. No. de pacientes. Fuentes: referencias 1-4.</small> </td> </tr> </table>					4: No de DIU- LNG en paciente y - historia	Categoría 3.4	3: T2P/TVP en fase aguda con anticonceptivos inmediata	4	3: Cáncer de mama actual o historia	11/11	3: Uterus poliquíptico, antifertilizante o no controlado	4	3: Aspiración con aura o claudicación visual	2/2/2	3: Hipertensión arterial	4	3: Cáncer de mama no resecada en falda	4	3: Hipertensión arterial	4	3: Endometriosis o adenomiosis	4	3: Cáncer de mama o endometrioma	4	3: TSH patológica	4	<small>Nota: Se consideran contraindicaciones las lesiones de la mucosa vaginal y rectal. No. de pacientes. Fuentes: referencias 1-4.</small>											
4: No de DIU- LNG en paciente y - historia	Categoría 3.4																																					
3: T2P/TVP en fase aguda con anticonceptivos inmediata	4																																					
3: Cáncer de mama actual o historia	11/11																																					
3: Uterus poliquíptico, antifertilizante o no controlado	4																																					
3: Aspiración con aura o claudicación visual	2/2/2																																					
3: Hipertensión arterial	4																																					
3: Cáncer de mama no resecada en falda	4																																					
3: Hipertensión arterial	4																																					
3: Endometriosis o adenomiosis	4																																					
3: Cáncer de mama o endometrioma	4																																					
3: TSH patológica	4																																					
<small>Nota: Se consideran contraindicaciones las lesiones de la mucosa vaginal y rectal. No. de pacientes. Fuentes: referencias 1-4.</small>																																						

EXPERIENCIA FORMATIVA ARMILLA

- ▶ Inicio consulta de ARLD el 25 mayo
 - ▶ 52 DIUS y 23 implantes.



EXPERIENCIA FORMATIVA ARMILLA

► Incidencias en las 52 inserciones DIU

- Dilataciones con Hegar: 12 pacientes
- Mareo vagal: 4
- Expulsiones: 2

► Incidencias con 27 implantes

- 1 fallo en la técnica de inserción.



Puedes consultar en el siguiente enlace todas las presentaciones del Encuentro, así como el dossier con todas las comunicaciones recibidas sobre experiencias formativas, tanto las presentadas como las no presentadas en el Encuentro:

<http://www.easp.es/redssyr/mod/folder/view.php?id=298>

Más información de la Red, acceso a los recursos, materiales formativos y foros, en este enlace a la plataforma:

<http://www.easp.es/redssyr/>