

Dispositivo intrauterino (DIU)

Fecha de la última revisión: 25/11/2015

Índice de contenidos

1. [¿De qué hablamos?](#)
2. [¿Cuándo se debe colocar el DIU?](#)
3. [¿Qué modelos de DIU existen?](#)
4. [¿Cuál es el mecanismo de acción?](#)
5. [¿Qué criterios de elegibilidad deben cumplirse?](#)
6. [¿Cómo debe realizarse la valoración previa del paciente?](#)
7. [¿Qué aspectos debe contemplar el consentimiento informado?](#)
8. [¿Es aconsejable la utilización de medicación previa a la inserción?](#)
9. [¿Cómo se realiza la colocación del DIU?](#)
10. [¿Cómo hay que hacer el seguimiento?](#)
11. [¿Hasta cuándo hay que utilizar otro método anticonceptivo?](#)
12. [¿Cómo se retira el DIU?](#)
13. [¿Cuáles son los posibles efectos secundarios?](#)
14. [¿Qué precauciones debe tener en cuenta la portadora de un DIU?](#)
15. [¿Tiene otros efectos beneficiosos además de la anticoncepción?](#)
16. [Bibliografía](#)
17. [Más en la red](#)
18. [Autora](#)

¿De qué hablamos?

Los DIU constituyen un método eficaz de planificación familiar con una tasa de fallos que se acerca a la de los métodos irreversibles (Trussell J, 2011) porcentaje de fallos durante el primer año de utilización de 0,52% (IC 95%: 0,42%-0,64%) en los DIU de cobre y 0,06% (IC 95%: 0,04%-0,09%) en los DIU con levonorgestrel (Heinemann K, 2015) y que se aproxima a 0 en el quinto año de utilización.

Se considera un método de larga duración, reversible cuyas ventajas se exponen a continuación. Ventajas de la utilización de métodos anticonceptivos reversibles de acción prolongada (DIU e implantes subdérmicos) (Committee Opinion, 2015):

- Efectividad de uso independiente de ninguna precaución durante las relaciones sexuales.
- Son los métodos reversibles con mayor eficacia y continuidad.
- No son necesarias las visitas frecuentes para el seguimiento.
- No es necesario insistir sobre el uso correcto una vez que están colocados.
- Relación coste/efectividad elevada.
- Reversible, con un retorno a la fertilidad rápido tras su retirada.
- Pocas contraindicaciones.

Sin embargo en España su utilización es baja (3,6% el DIU de cobre y 5,2% el DIU hormonal en la población de mujeres de 15 a 49 años) (SEC, 2014) en relación a la utilización a nivel mundial que es del 14,3%, siendo en algunos países superior al 40% (Buhling KJ, 2014).

Uno de los factores que influyen en su utilización es la accesibilidad de forma que en aquellos lugares en los que se facilita dicha accesibilidad el uso es claramente mayor.

Si bien su colocación es una técnica cuya habilidad se podría aprender en los centros de salud por los médicos de familia, no es una práctica habitual en nuestro país (Arribas-Mir L, 2005). Se recomienda colocar al menos 7 DIUs con supervisión antes de considerar al médico como “correctamente capacitado” para esta técnica, si bien pueden ser necesarios más (Lee DJ, 2009).

¿Cuándo se debe colocar el DIU?

El DIU de cobre se puede insertar en cualquier momento del ciclo menstrual siempre que la mujer no esté embarazada (Whiteman MK, 2013) (II-2): no hay diferencias en las tasas de expulsión ni en la de embarazo.

No hay estudios sobre el DIU-LNG; los fabricantes recomiendan su inserción dentro de los primeros 7 días del ciclo.

También se puede colocar inmediatamente después de un aborto espontáneo o inducido, e inmediatamente después del parto, si bien en estos casos existe un aumento del riesgo de expulsión. En el caso de la inserción postaborto el RR es de 11,98 (IC 95%: 1,61 a 89,35) en el DIU de cobre; RR 1.40-2,64 en los DIU con LNG (Okusanya BO, 2014). En el caso de la inserción postparto se ha encontrado un OR 6,77 (IC 95%: 1,43-32,14) (Grimes DA, 2010). Esta es una práctica relativamente frecuente en países como China, México y Egipto y se considera que los beneficios de la anticoncepción superan el aumento de riesgo de la expulsión; en estos casos se aconseja realizar un seguimiento cuidadoso para detectar las expulsiones espontáneas.

¿Qué modelos de DIU existen?

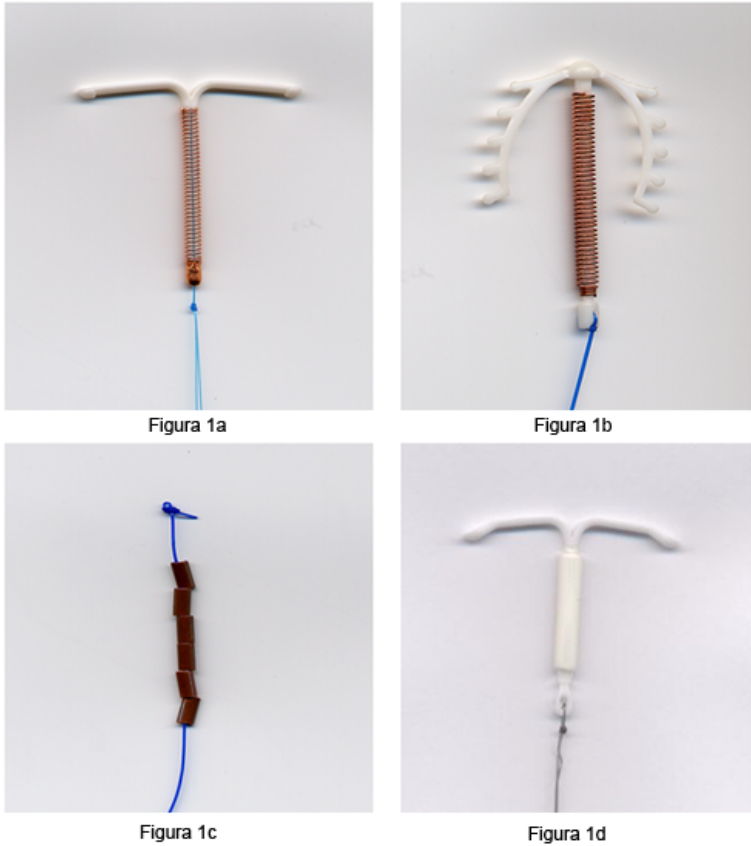
Inicialmente había DIUs formados exclusivamente por plástico (DIUs inertes o no medicados) pero actualmente no se utilizan.

Ahora disponemos de DIUs bioactivos también llamados medicados, que contienen un hilo de cobre recubriendo una estructura de polietileno (en algunos modelos la estructura central es un núcleo de oro o plata), o bien están fabricados de forma que pueden liberar un progestágeno (tabla 1).

DIUs de cobre: pueden ser en forma de T (figura 1a), en forma de áncora (figura 1b), o no tener estructura interna y estar formado por 6 manguitos de cobre unidos por un hilo de polietileno (figura 1c).

No se recomienda utilizar DIU de cobre de baja carga (inferior a 300 mm²).

DIUs liberadores de progestágeno: tiene forma de T y su vástago vertical contiene 52 mg de levonorgestrel de forma que libera 20 mcg al día (figura 1d).



Modelos de DIUs

Tabla 1. DIUs comercializados en España.			
Nombre	Descripción	Tamaños	Duración in situ
DIUs de cobre			
Áncora 375 Ag (Cu 250 + Ag)	Espiral con 375 mm ² de superficie de cobre y núcleo de plata de 0,1 mm. Armadura de polietileno en forma de Ω (áncora).	Normal	3-5 años
Ancora 375 Cu	Similar al anterior pero sin núcleo de plata.	Normal	3-4 años
Ancora 250 Cu	Como el anterior pero más pequeño.	Pequeño	3-4 años
Effi-load 375	DIU en forma de Ω con 375 mm ² de superficie de cobre.	Normal	4 años
Effi-T 380	DIU en forma de T con 380 mm ² de superficie de cobre.	Normal Pequeño	4 años
Ginefix	Dispositivo de cobre sin bastidor. Consta de un hilo de polipropileno anudado con 6 manguitos de cobre. Se ancla en el fondo del útero insertando un nudo. Su colocación difiere de los otros tipos de DIU y precisa un entrenamiento especial.	Normal	10 años
Gold T (Cu 375 + Au)	Espiral con 380 mm ² de cobre y un núcleo de oro.	Normal Mini Maxi	5 años
Mona Lisa Cu 375/375 SL	Idéntico al Multiload Cu 375/37 SL. Tiene forma de áncora.	Normal Pequeño	5 años
Mona Lisa Cu T 380 A	En forma de T, con 380 mm ² de superficie de cobre.	Pequeño	10 años

Mona Lisa Cu T 380A QL	En forma de T, tiene un mecanismo que le permite la inserción rápida y fácil, ya que los brazos de la T se abren antes de su inserción. 380 mm ² de superficie de cobre.	Normal	10 años
Mona Lisa NT Cu 380/380 Mini	Parecido al anterior, pero la apertura de los brazos de la T se hace en el útero.	Normal Pequeño	5 años
Mona Lisa ST CU 300	Fácil de colocar y extraer; aconsejado para nulíparas.	Pequeño	5 años
Multiload Cu 250	Espiral con 250 mm ² de cobre.	Normal	3 años
Multiload Cu 375/375 SL	Espiral con 375 mm ² de cobre.	Normal Pequeño	5 años
Novaplius T 380 Ag (Cu 380 + Ag)	Espiral con 380 mm ² de cobre activo y un núcleo de 0,1 mm de plata.	Normal Mini Maxi	5 años
Novaplius T 380 Cu	Espiral con 380 mm ² de cobre activo pero sin núcleo de otro metal.	Normal Mini	5 años
Nova T 200	200 mm ² de superficie de cobre.	Normal	2-3 años
Nova T 200 Ag (Cu 200 + Ag)	Polietileno envuelto con hilo de cobre y núcleo de plata. 200 mm ² de cobre.	Normal Mini	3 años
Nova T 380 (Cu 380 + Ag)	Polietileno envuelto con hilo de cobre y núcleo de plata. 380 mm ² de cobre.	Normal	5 años
DIUs liberadores de progestágenos			
Mirena	Contiene 52 mg de levonorgestrel, con una tasa inicial de liberación de 0,02 mg/24 h, que se reduce a 0,01 mg/24 h después de 5 años. No tiene cobre.	Normal	5 años
Jaydess	Contiene 13,5 mg de levonorgestrel.	Pequeño	3 años

¿Cuál es el mecanismo de acción?

El mecanismo exacto de contracepción es desconocido.

El principal mecanismo de los DIUs de cobre es evitar la fecundación (Faculty of Sexual and Reproductive Health care, 2015) (efecto espermicida y aumento de la contractilidad de las trompas). Aunque se ha especulado sobre un posible efecto sobre el endometrio que impediría la anidación en caso de producirse la fecundación, hay que señalar que la tasa de fecundación en portadoras de DIUs es mucho menor que en las no portadoras y que no hay evidencia disponible que apoye la destrucción de embriones (Ortiz ME, 2007).

En el caso de los DIU-LNG tiene varios mecanismos que se suman, si bien el principal mecanismo es evitar la anidación por el adelgazamiento y atrofia del endometrio; además produce alteración del moco cervical que dificulta el paso de los espermatozoides, disminución de la movilidad tubárica y cierto efecto inhibitorio de la ovulación por supresión del eje hipotálamo hipofisario.

¿Qué criterios de elegibilidad deben cumplirse?

Tabla 2. Criterios de elegibilidad de los DIUs. (WHO, 2015)			
Situación clínica	DIU cobre	DIU LNG	Comentarios
Gestación	4	4	El DIU durante la gestación puede originar una infección pélvica y un aborto séptico espontáneo.
Edad:			
<20 años	2	2	
≥20 años	1	1	
Paridad:			
Nulípara	2	2	Existe controversia sobre la asociación entre el DIU y la infertilidad posterior en mujeres nulíparas, aunque los últimos estudios no encuentren dicha asociación.
No nulípara	1	1	
Posparto:			
<48 horas, con inserción inmediata tras el alumbramiento de la placenta: - Amamantamiento. - No amamantamiento.	1 1	2 1	La inserción inmediatamente después del parto, tras el alumbramiento de la placenta, está asociado con tasas menores de expulsión respecto a que se retrase dicha inserción. Asimismo, la colación durante la cesárea tiene menos tasas de expulsión que si se realiza vía vaginal. No existe un incremento de las perforaciones y las infecciones por colocar un DIU durante el periodo posparto. El posible efecto del DIU con LNG sobre el amamantamiento es contradictorio.
≥48 horas pero <4 semanas	3	3	
≥4 semanas	1	1	
Sepsis puerperal	4	4	

Postaborto:			
Primer trimestre	1	1	El DIU se puede insertar inmediatamente después de un aborto, espontáneo o inducido, del primer trimestre. No existe diferencia en el riesgo si se coloca el DIU inmediatamente después del aborto o si se retrasa la colocación. El riesgo de expulsión es mayor si se inserta tras un aborto del segundo-tercer trimestre. No hay diferencia en las tasas de expulsión entre los DIU de cobre y los DIU-LNG.
Segundo trimestre	2	2	
Inmediatamente después de aborto séptico	4	4	
Antecedente de embarazo ectópico	1	1	
Tabaquismo	1	1	
Obesidad	1	1	
Múltiples factores de riesgo cardiovascular	1	2	
HTA controlada	1	1	
TA sistólica >160 o diastólica ≥100	1	2	
Enfermedad vascular	1	2	
Antecedente de trombosis venosa profunda/tromboembolismo pulmonar	1	2	
TVP/EP actual	1	3	La evidencia de un aumento de riesgo con los anticonceptivos de progestágenos es inconsistente, y menor que con los ACO combinados.
TVP/PE estabilizado con terapia anticoagulante	1	2	La evidencia es limitada, pero parece que la inserción de DIU-LNG no supone mayor riesgo de sangrado en mujeres con terapia anticoagulante.
Cirugía mayor con inmovilización prolongada	1	2	
Cirugía menor sin inmovilización prolongada o cirugía menor	1	1	
Varices	1	1	
Valvulopatía no complicada	1	1	
Valvulopatía complicada (hipertensión pulmonar, riesgo de FA, historia de endocarditis)	2	2	Es preciso hacer profilaxis antibiótica para evitar la endocarditis con la inserción del DIU.
Presencia de anticuerpos antifosfolípidos	1	3	Los anticuerpos antifosfolípidos están asociados a un riesgo aumentado de trombosis arterial y venosa.
Trombocitopenia severa	3	2	La trombocitopenia severa incrementa el riesgo de sangrado. El DIU-LNG puede ser útil en el tratamiento de la menorragia en mujeres con trombocitopenia.
Epilepsia	1	1	
Depresión	1	1	
Patrón menstrual irregular sin sangrado	1	1	
Sangrado abundante o prolongado	2	1	La colocación de un DIU-LNG en mujeres con menorragia puede mejorar el sangrado.
Cáncer de mama	1	4	
Cáncer de ovario	3	3	
Cervicitis purulenta, cervicitis por clamidia o gonorrea	4	4	En estas situaciones no se debe insertar un nuevo DIU; sin embargo, si el DIU ya está inserto se puede intentar tratamiento con antibióticos sin retirar el DIU.
Otras ETS (incluyendo trichomona vaginal y vaginosis bacteriana)	2	2	
Riesgo elevado de ETS	2/3	2/3	
Riesgo elevado de VIH	2	2	El DIU no supone un aumento de riesgo de infección por VIH en mujeres con riesgo de enfermedad.

VIH asintomática o con afectación moderada (WHO 1 ó 2)	2	2	
VIH con afectación severa o avanzada (WHO 3 ó 4)	3	3	Las mujeres portadoras de DIU que son diagnosticadas de SIDA deberán ser monitorizadas para evitar una infección pélvica.
DM sin afectación vascular	1	2	Existen datos limitados que apuntan a que la utilización del DIU-LNG por mujeres con DM ocasionan muy poca variación en el control a medio/largo plazo de la DM.
DM con afectación vascular	1	2	
Enfermedad tiroidea	1	1	
Colelitiasis	1	2	
Hepatitis viral	1	1	
Cirrosis compensada	1	1	
Cirrosis descompensada	1	3	
Tratamiento con anticonvulsivantes	1	1	
Lamotrigina	1	1	
Tratamiento con antibióticos	1	1	
1. No existe restricción para la utilización del método. 2. Las ventajas anticonceptivas superan teóricamente los posibles riesgos. 3. Los posibles riesgos superan teóricamente los beneficios de la anticoncepción. 4. No debe ser utilizado bajo ningún concepto.			

Es preciso subrayar que, a diferencia de lo que se recomendaba hace años, el DIU debería ser considerado como un método anticonceptivo adecuado para adolescentes.

Las mujeres VIH positivo también pueden utilizarlo.

¿Cómo debe realizarse la valoración previa del paciente?

- Descartar la presencia de una gestación.
- Valorar, mediante anamnesis y exploración física, el riesgo de ETS (Public Health Agency of Canada, 2010) sabiendo que el valor predictivo de los algoritmos de riesgo de ETS es muy bajo (Faculty of Sexual and Reproductive Health care, 2015). En las pacientes con riesgo solicitar las pruebas complementarias pertinentes, si bien no se debe retrasar la colocación del DIU en espera de los resultados (Committee Opinion, 2015). Pacientes con aumento de riesgo de ETS (Public Health Agency of Canada, 2010):
 - Contacto sexual con una persona diagnosticada de ETS.
 - Edad inferior a 26 años.
 - No utilización de métodos barrera.
 - Más de una pareja en los últimos 12 meses.
 - Historia previa de ETS.
 - Usuarías de drogas.
 - Reclusas.
- No se debe realizar screening de rutina para vaginosis bacteriana (Committee Opinion, 2015).
- La CDC y la USPSTF aconsejan realizar estudio de gonorrea y clamidia a las menores de 25 años sexualmente activas y a todas las mujeres con riesgo de ETS (incluso cuando no hay que insertarles un DIU) (Buhling KJ, 2014).

¿Qué aspectos debe contemplar el consentimiento informado?

- En qué consiste el DIU y para qué sirve.
- Cómo se realiza la inserción.
- Riesgos durante la colocación: dolor, cuadro vasovagal.
- Existencia de un riesgo pequeño de enfermedad inflamatoria pélvica durante los primeros 20 días tras la colocación (SOGC, 2014).
- Posibilidad de una expulsión espontánea del DIU.
- Alteraciones en la menstruación cuando el DIU esté colocado.
- Existe un pequeño riesgo de embarazo.

¿Es aconsejable la utilización de medicación previa a la inserción?

- No está indicada la profilaxis generalizada con antibióticos previa a la inserción (Grimes DA, 2001; ACOG, 2011) aunque se puede utilizar en situaciones de riesgo elevado de ETS si no se tienen los resultados del laboratorio (Committee Opinion, 2015). En estos casos se utilizan antibióticos contra clamidia (**doxiciclina** 200 mg o **azitromicina** 500 mg).
- La administración de AINEs previos a la inserción no han demostrado reducir el dolor durante la misma (Allen RH, 2009). Los estudios sobre la aplicación vaginal de **misoprostol** (400 mcg 4 horas antes de la inserción) con el fin de favorecer la dilatación del cérvix en nulíparas, aunque en algunos casos parecen tener cierto efecto beneficioso, (Scavuzzi A, 2013) una revisión reciente concluye que no es eficaz (López LM, 2015).
- Hay algún ensayo con **lidocaína** tópica que ha mostrado cierto beneficio, así como con **tramadol** y **naproxeno**, pero actualmente están en marcha varios estudios con el fin de clarificar la eficacia (ACOG, 2011).

¿Cómo se realiza la colocación del DIU?

El material necesario consta de un espéculo, gasas, pinzas de disección, pinzas de Pozzi, tijeras curvas e histerómetro (figura 2). Todo el material debe estar esterilizado.



Figura 2. Material necesario

El procedimiento es el siguiente:

- Exploración ginecológica de la mujer: separación de los labios menores, introducción en la vagina de los dedos índice y medio, palpación bimanual (figura 3a) para localizar la colocación del cuello y posteriormente introducción del espéculo (figura 3b).
- Visualización del cuello tras la colocación del espéculo.
- Desinfección del cuello y de las paredes vaginales. Se pueden utilizar distintos antisépticos (figura 3c).
- Fijación del cuello con unas pinzas de Pozzi y alineación de la cavidad uterina.
- Introducción del histerómetro para medir la profundidad del útero (figura 3d).
- Retirada del histerómetro y preparación del DIU para poder ser introducido. Se coloca el tope en el aplicador del DIU de forma que coincida con la longitud medida con el histerómetro.
- Introducción del DIU (figura 3e) y retirada del aplicador (que depende de cada modelo). Para ello es preciso seguir traccionando del cuello con las pinzas de Pozzi (personal auxiliar).
- Se cortan los hilos a aproximadamente 2 cm del orificio cervical externo (figura 3f).



Figura 3a



Figura 3b

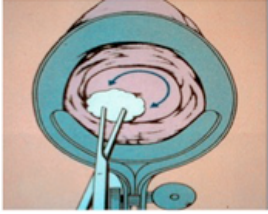


Figura 3c

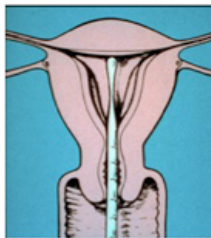


Figura 3d

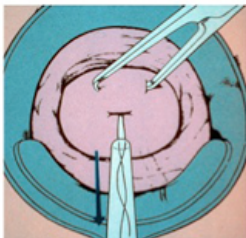


Figura 3e

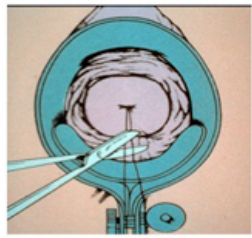


Figura 3f

Colocación del DIU

¿Cómo hay que hacer el seguimiento?

Se recomienda una visita de control después de la primera menstruación o a las 3-6 semanas postinserción. En ella se comprobará la colocación correcta del DIU bien mediante ecografía (figura 4) o, si no hay accesibilidad, mediante la localización de los “hilos” mediante una inspección con espéculo. Además se interrogará sobre posibles efectos secundarios, vigilando la aparición de una enfermedad inflamatoria pélvica que ocurre con mayor frecuencia en los primeros 20 días tras la

inserción.



Figura 4. Ecografía

No se precisan visitas posteriores salvo que aparezcan síntomas que puedan estar relacionados con el DIU, si bien hay que garantizar la accesibilidad a la consulta en el caso de que aparezca algún síntoma presumiblemente relacionado con el mismo.

Si aparece una enfermedad inflamatoria pélvica y no es severa, se puede realizar tratamiento antibiótico sin retirar el DIU y ver la evolución en las siguientes 72 horas (salvo que la mujer prefiera retirarlo); en los casos de EIP grave es necesario retirar el DIU y administrar el tratamiento antibiótico oportuno (Workowski KA, 2015).

En el caso de gestación en portadora del DIU, se recomienda la retirada precoz del mismo, práctica que contribuirá a disminuir los riesgos durante el embarazo (abortos espontáneos, partos prematuros y abortos sépticos) pero no a eliminarlos (Brahmi D, 2012). No hay datos acerca de la posible afectación en el desarrollo del feto en el caso de gestaciones en portadores de DIU-LNG.

¿Hasta cuándo hay que utilizar otro método anticonceptivo?

Los DIUs de cobre son efectivos inmediatamente después de su inserción.

Los DIUs-LNG tardan 7 días en alcanzar una protección efectiva; por eso salvo que la inserción se realice en los primeros 7 días del ciclo hay que facilitar otro método anticonceptivo hasta que comience un nuevo ciclo.

¿Cómo se retira el DIU?

- La mujer se coloca en posición ginecológica.
- Se introduce el espéculo como se explicó en la inserción.
- Se desinfecta la zona.
- Con las pinzas con dientes se sujetan los hilos y se realiza una tracción firme y continua hasta conseguir la extracción del DIU.

¿Cuáles son los posibles efectos secundarios?

(ACOG, 2011)

- Los más frecuentes son la afectación del patrón menstrual y el dolor.
- Las portadoras del DIU-LNG pueden presentar síntomas secundarios al progestágeno: cefalea, náusea, tensión mamaria, alteraciones del humor.
- Ocasionalmente fallo contraceptivo, expulsión y perforación.

¿Qué precauciones debe tener en cuenta la portadora de un DIU?

(Navarro Martín JA, 2014)

- Evitar electroterapia con corriente de alta frecuencia (diatermia, onda corta) en la región pelviana.
- Si precisa una intervención con bisturí eléctrico se usará el de corriente bipolar; si se utiliza el monopolar hay que colocar la placa de derivación de manera que esté más cercana al bisturí que el DIU.
- Pueden realizarse RM y TAC si los precisan.

¿Tiene otros efectos beneficiosos además de la anticoncepción?

- La colocación del DIU en los cinco días después de un coito sin protección es el método más eficaz de contracepción poscoital (guía NGC de la ACOG).
- El DIU-LNG parece tener un efecto protector frente a la aparición de pólipos endometriales benignos en pacientes en tratamiento con tamoxifeno durante un año. Se necesitan más estudios para ver si disminuye además la hiperplasia endometrial y el cáncer de endometrio en estas mujeres a más largo plazo (Chin J, 2009).
- El DIU-LNG se podría utilizar en mujeres en tratamiento con estrógenos por síntomas menopaúsicos para evitar la hiperplasia endometrial (Sitruk-Ware R, 2007).
- Podría disminuir el riesgo de cáncer de endometrio, pero los resultados de la revisión sistemática que apuntan esta conclusión hay que mirarla con precaución (Hubacher D, 2002).

Bibliografía

- Allen RH, Bartz D, Grimes DA, Hubacher D, O'Brien P. Interventions for pain with intrauterine device insertion. Cochrane Database Syst Rev. 2009; (3):CD007373. PubMed **PMID: 19588429. Texto completo**
- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Long-acting reversible contraception: implants and intrauterine devices [Internet]. Washington (DC): American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG); 2011 [acceso 19/11/2015]. Disponible en: **<http://www.guideline.gov/content.aspx?f=rss&id=34114>**
- Arribas-Mir L, Ortega Del Moral A, Jódar-Reyes M. El médico de familia ante la inserción de un DIU. Aten primaria. 2005;36(10):576-84. PubMed **PMID: 16507294. Texto completo**
- Brahmi D, Steenland MW, Renner RM, Gaffield ME, Curtis KM. Pregnancy outcomes with an IUD in situ: a systematic review. Contraception. 2012;85(2):131-9. PubMed **PMID: 22067777**
- Buhling KJ, Zite NB, Lotke P, Black K; INTRA Writing Group. Worldwide use of intrauterine contraception: a review. Contraception. 2014;89(3):162-73. PubMed **PMID: 24369300. Texto completo**
- Caddy S, Yudin MH, Hakim J, Money DM; Infectious Disease Committee; Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. Best practices to minimize risk of infection with intrauterine device insertion. J Obstet Gynaecol Can. 2014;36(3):266-76. PubMed **PMID: 24612897**
- Chin J, Konje JC, Hickey M. Levonorgestrel intrauterine system for endometrial protection in women with breast cancer on adjuvant tamoxifen. Cochrane Database Syst Rev. 2009;(4):CD007245. PubMed **PMID: 19821400. Texto completo**
- Committee Opinion No. 642: Increasing Access to Contraceptive Implants and Intrauterine Devices to Reduce Unintended Pregnancy. Obstet Gynecol. 2015;126(4):e44-8. PubMed **PMID: 26393458**
- Faculty of Sexual and Reproductive Health care. Clinical guidance. Intrauterine Contraception. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists; 2015. **Texto completo**
- Grimes DA, Lopez LM, Schulz KF, Van Vliet HA, Stanwood NL. Immediate post-partum insertion of intrauterine devices. Cochrane Database Syst Rev. 2010; (5):CD003036. PubMed **PMID: 20464722**
- Grimes DA, Schulz KF. Antibiotic prophylaxis for intrauterine contraceptive device insertion. Cochrane Database Syst Rev. 2001;(2):CD001327. PubMed **PMID: 11405986**
- Heinemann K, Reed S, Moehner S, Minh TD. Comparative contraceptive effectiveness of levonorgestrel-releasing and copper intrauterine devices: the European Active Surveillance Study for Intrauterine Devices. Contraception. 2015;91(4):280-3. PubMed **PMID: 25601350. Texto completo**
- Hubacher D, Grimes DA. Noncontraceptive health benefits of intrauterine devices: a systematic review. Obstet Gynecol Surv. 2002;57(2):120-8. PubMed **PMID: 11832788**
- Lee DJ. Training to insert intrauterine devices. Trends in Urology, Gynaecology & Sexual Health. 2009;14(6):24-8. **Texto completo**
- Lopez LM, Bernholc A, Zeng Y, Allen RH, Bartz D, O'Brien PA, et al. Interventions for pain with intrauterine device insertion. Cochrane Database Syst Rev. 2015;7:CD007373. PubMed **PMID: 26222246. Texto completo**
- Navarro Martín JA, Trillo Fernández C, Luque Barea MA, Seoane García J, Alonso Llamazares MJ, Gotor Montoro S;. Anticoncepción y Salud Sexual en Atención Primaria. SAMFYC; 2014. **Texto completo**
- Okusanya BO, Oduwole O, Effa EE. Immediate postabortal insertion of intrauterine devices. Cochrane Database Syst Rev. 2014;7:CD001777. PubMed **PMID: 25101364. Texto completo**
- Ortiz ME, Croxatto HB. Copper-T intrauterine device and levonorgestrel intrauterine system: biological bases of their mechanism of action. Contraception. 2007;75(6 Suppl):S16-30. PubMed **PMID: 17531610**
- Public Health Agency of Canada. Primary care and sexually transmitted infections. En: Canadian guidelines on sexually transmitted infections. Ottawa: PHAC; 2010:2-20. Disponible en: **<http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/cgsti-ldcits/section-2-eng.php - a2>**
- Scavuzzi A, Souza AS, Costa AA, Amorim MM. Misoprostol prior to inserting an intrauterine device in nulligravidas: a randomized clinical trial. Hum Reprod. 2013;28(8):2118-25. PubMed **PMID: 23739219. Texto completo**
- Sitruk-Ware R. The levonorgestrel intrauterine system for use in peri- and postmenopausal women. Contraception. 2007;75(6 Suppl):S155-60. PubMed **PMID: 17531609**
- Sociedad Española de Contracepción (SEC). Estudio poblacional sobre el uso y la opinión de los métodos anticonceptivos en España [Internet]. [acceso 19/11/2015]. Disponible en: **http://sec.es/descargas/EN_Web_SEC_2014.pdf**
- Trussell J. Contraceptive failure in the United States. Contraception. 2011;83(5):397-404. PubMed **PMID: 21477680. Texto completo**
- Whiteman MK, Tyler CP, Folger SG, Gaffield ME, Curtis KM. When can a woman have an intrauterine device inserted? A systematic review. Contraception. 2013;87(5):666-73. PubMed **PMID: 22995537. Texto completo**
- Workowski KA, Bolan GA; Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. MMWR Recomm Rep. 2015;64(RR-03):1-137. PubMed **PMID: 26042815. Texto completo**
- World Health Organization (WHO). Medical eligibility criteria for contraceptive use: a WHO family planning Cornestone. 5th ed. Geneve: WHO; 2015. **Texto completo**

Más en la red

- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Long-acting reversible contraception: implants and intrauterine devices [Internet]. Washington (DC): American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG); 2011 [acceso 19/11/2015]. Disponible en: **<http://www.guideline.gov/content.aspx?f=rss&id=34114>**
- Hardeman J, Weiss BD. Intrauterine devices: an update. Am Fam Physician. 2014 Mar 15;89(6):445-50. PubMed **PMID: 24695563**
- Raymond EG, Cleland K. Clinical practice. Emergency contraception. N Engl J Med. 2015 Apr 2;372(14):1342-8. PubMed **PMID: 25830424**

Autora

■ Jacinta Landa Goñi Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria

CS Pozuelo Estación. Pozuelo de Alarcón. Madrid. España.
Miembro del Grupo de la Mujer de la semFYC y del PAPPS.

Conflicto de intereses: No disponible.



Elsevier España S.L.U. © 2018. Todos los derechos reservados.

Esta web utiliza cookies. Para obtener mas información o denegar su uso, por favor visite la [Página de cookies](#).

[Términos y condiciones](#) - [Política de Privacidad](#) |



