

ANTICONCEPCIÓN INTRAUTERINA en ADOLESCENTES

Alejandro Correa Paris MD, PhD(c)

ASSIR Esquerra Barcelona, Atenció Primària

Institut Català de la Salut (ICS)

Declaración de conflicto intereses

- Participación como investigador en estudio ANALIA (Jaydess) de Bayer
- Formación recibida sobre el IUB de OCON
- No tengo relaciones financieras con la industria farmacéutica ni otro tipo de conflicto de intereses actualmente

AC-IU en ADOLESCENTES

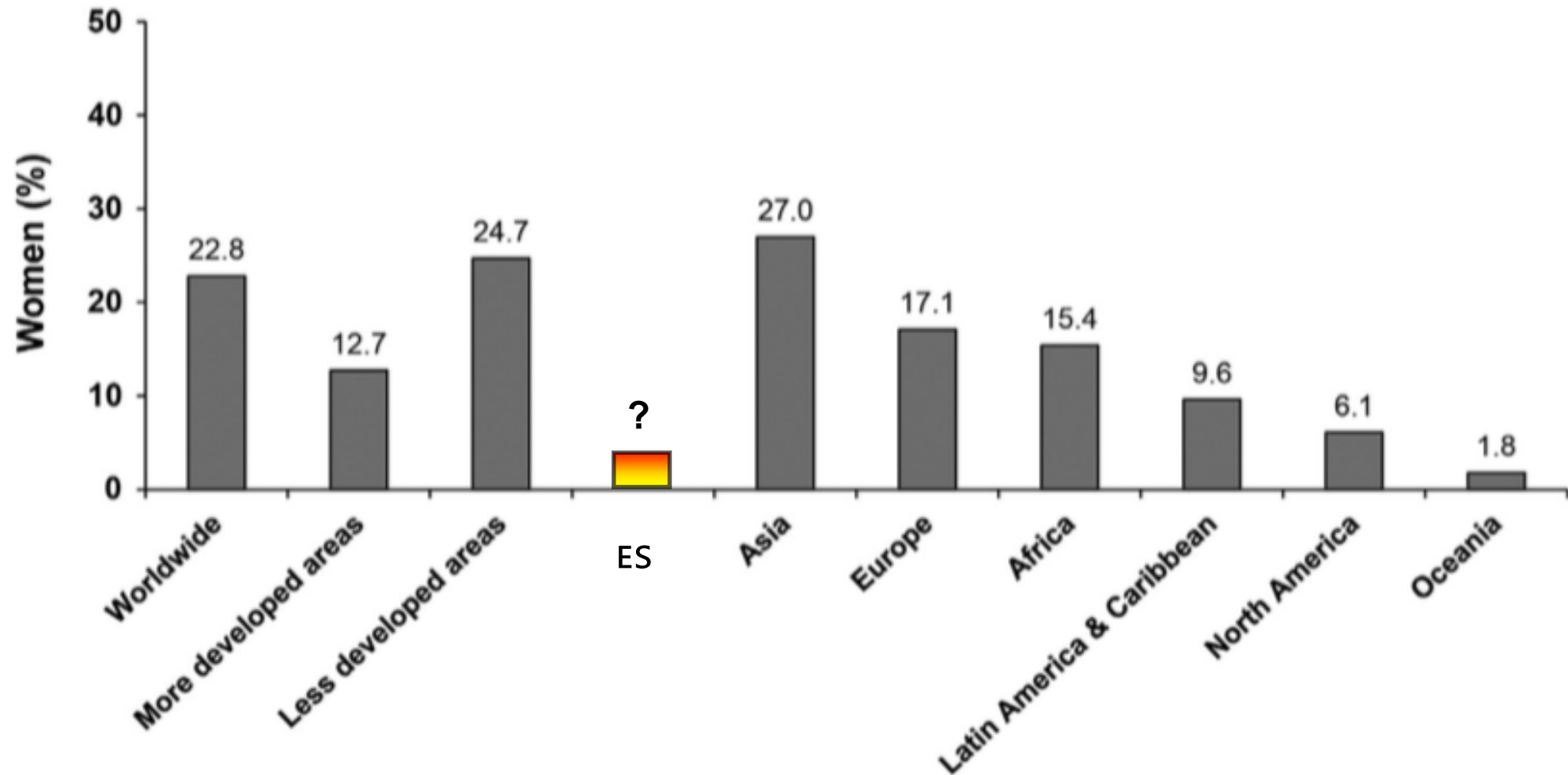
- Definiciones
- Mitos y verdades
 - Pacientes
 - Proveedores (prof. sanitarios)
- Evidencia actual
- Novedades
- Protocolos



DEFINICIONES

- Adolescente: < 25 años
- En España: "jóvenes" entre 15 y 29 años = 22,23% de la población
 - 15% Cataluña, 2% discapacidad
- Constitución española: **sexualidad** = derecho fundamental
- Código Penal: **autodeterminación** sexual a partir de **13 años** (NO se necesita consentimiento de progenitor o tutor alguno)
- Código civil: exige "madurez", determinada por el facultativo (<13 años: valorar)
- Vulnerabilidad

Uso de AC-IU entre usuarias de AC en el mundo



IP 276100 HI 276100 FREE PLAY



USUARIO A

99

PROVEEDOR



ROUND 1

BATTLE 04



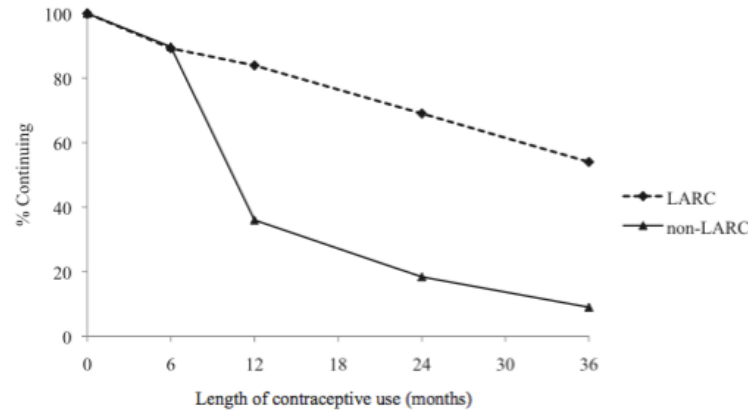


el diu no es un método para pacientes nulíparas ni adolescentes, además ellas prefieren pastillas.

Intrauterine Contraception Continuation in Adolescents and Young Women: A Systematic Review

K.M. Usinger MS, S.B. Gola MS, M. Weis MS, MPH, A. Smaldone PhD*

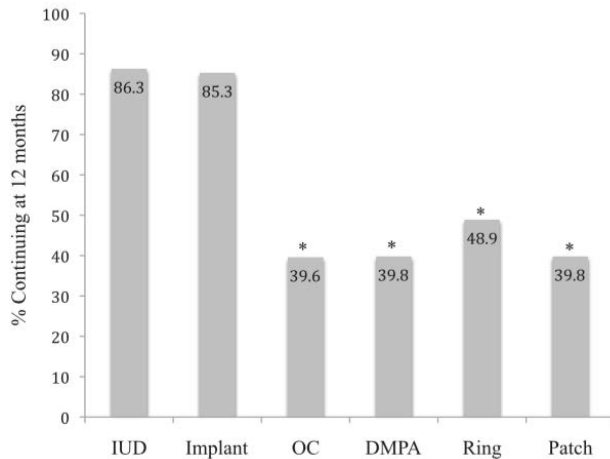
Columbia University School of Nursing, New York, New York



Meta-análisis 9 estudios, 4 países
n=14.747 usuarias DIU
69 años (1945-2016)

- usuarias 14-25 años
- Al año **86%** usuarias continuaban con el DIU (12,761/14,747) vs. usuarias de no-LARC:
 - AO, 39.6%
 - DMPA, 39.8%
 - anillo, 48.9%
 - parche, 39.8%

P<.001



Factors Associated with Contraceptive Satisfaction in Adolescent Women Using the IUD

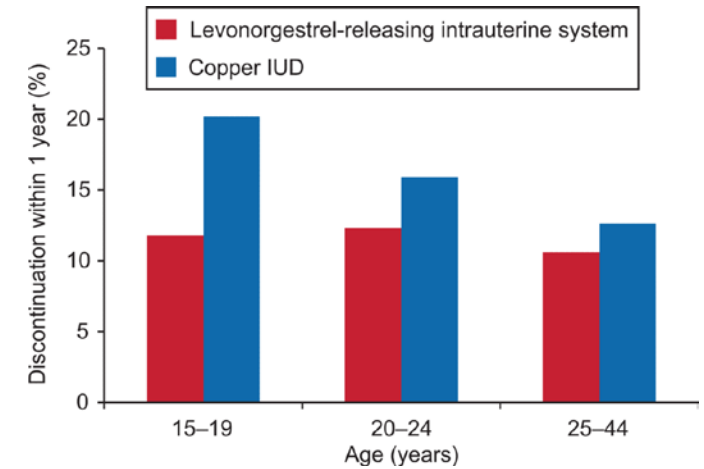
Joy O. Friedman MD*

Oakland University William Beaumont School of Medicine, Hough Center for Adolescent Health, Beverly Hills, MI

J Pediatr Adolesc Gynecol. 2015

Cohorte prospectiva
n=10,000
CHOICE project

Obstet Gynecol
2013



pero SATISFACCIÓN = !!

GYNECOLOGY

Insertion characteristics of intrauterine devices in adolescents and young women: success, ancillary measures, and complications

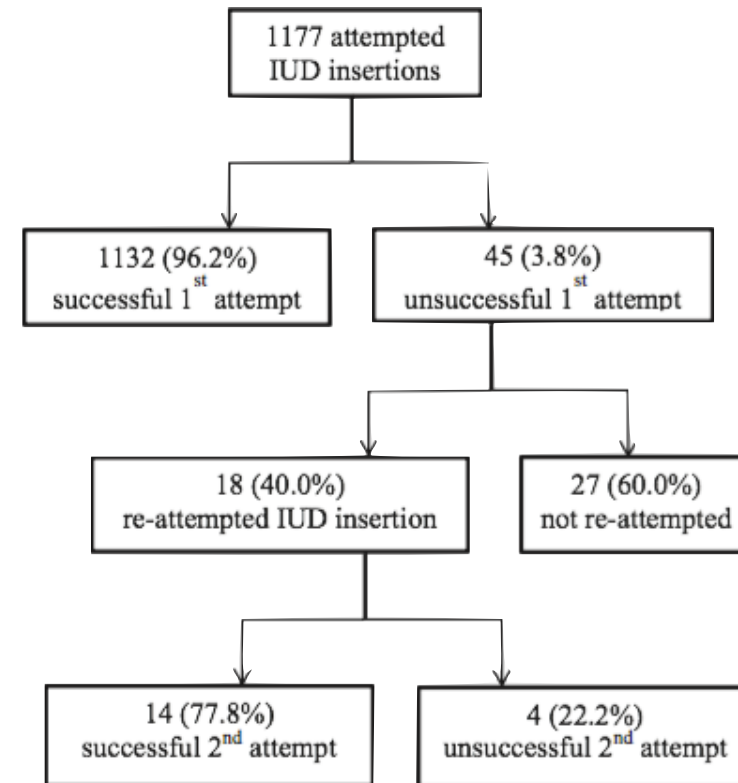
Stephanie B. Teal, MD, MPH; Sarah E. Romer, RN, ND, MSN, FNP-BC;
Lisa M. Goldthwaite, MD; Marissa G. Peters, MPH; David W. Kaplan, MD, MPH;
Jeanelle Sheeder, MSPH, PhD

- Muestra: 13-24 años (media 20.8 ±2.5)
- 59% nuliparas (52.4% g0)
- 15% <18 años
- 86%: sanitarios no MD, 14% ObGyn o MD especialista en PF
- No \neq Exito 1º inserción < Nuliparas vs P>0
Expulsión < 13-18 vs 18-24 años

* Nuliparas vs P>0: 1% vs 0.2% req. dilatación +/- anestesia cervical

Am J Obstet Gynecol 2015

**Cohorte retrospectiva n=1177
2+8 años en 1 centro de SSR
(USA)**



El hijo de mi vecina nació con el diu
en la mano... como sé que no me voy
a quedar embarazada?



ORIGINAL ARTICLE

Effectiveness of Long-Acting Reversible Contraception

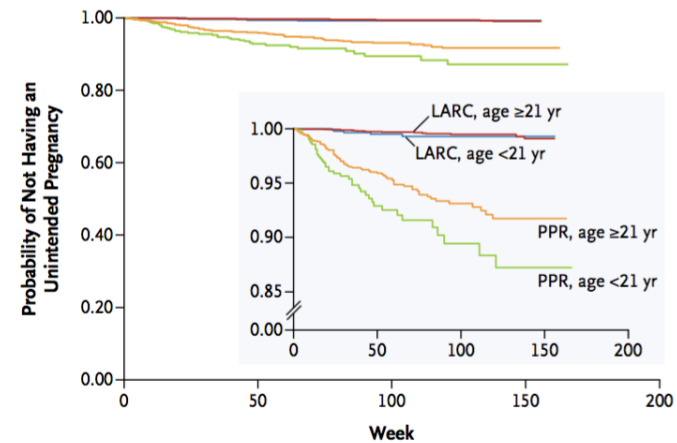
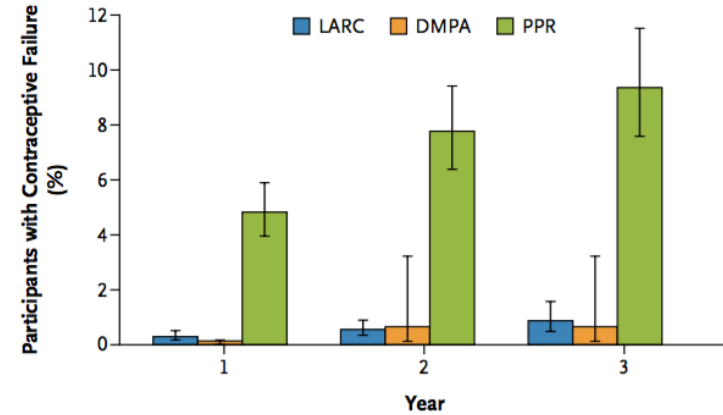
Brooke Winner, M.D., Jeffrey F. Peipert, M.D., Ph.D., Qihong Zhao, M.S., Christina Buckel, M.S.W., Tessa Madden, M.D., M.P.H., Jenifer E. Allsworth, Ph.D., and Gina M. Secura, Ph.D., M.P.H.

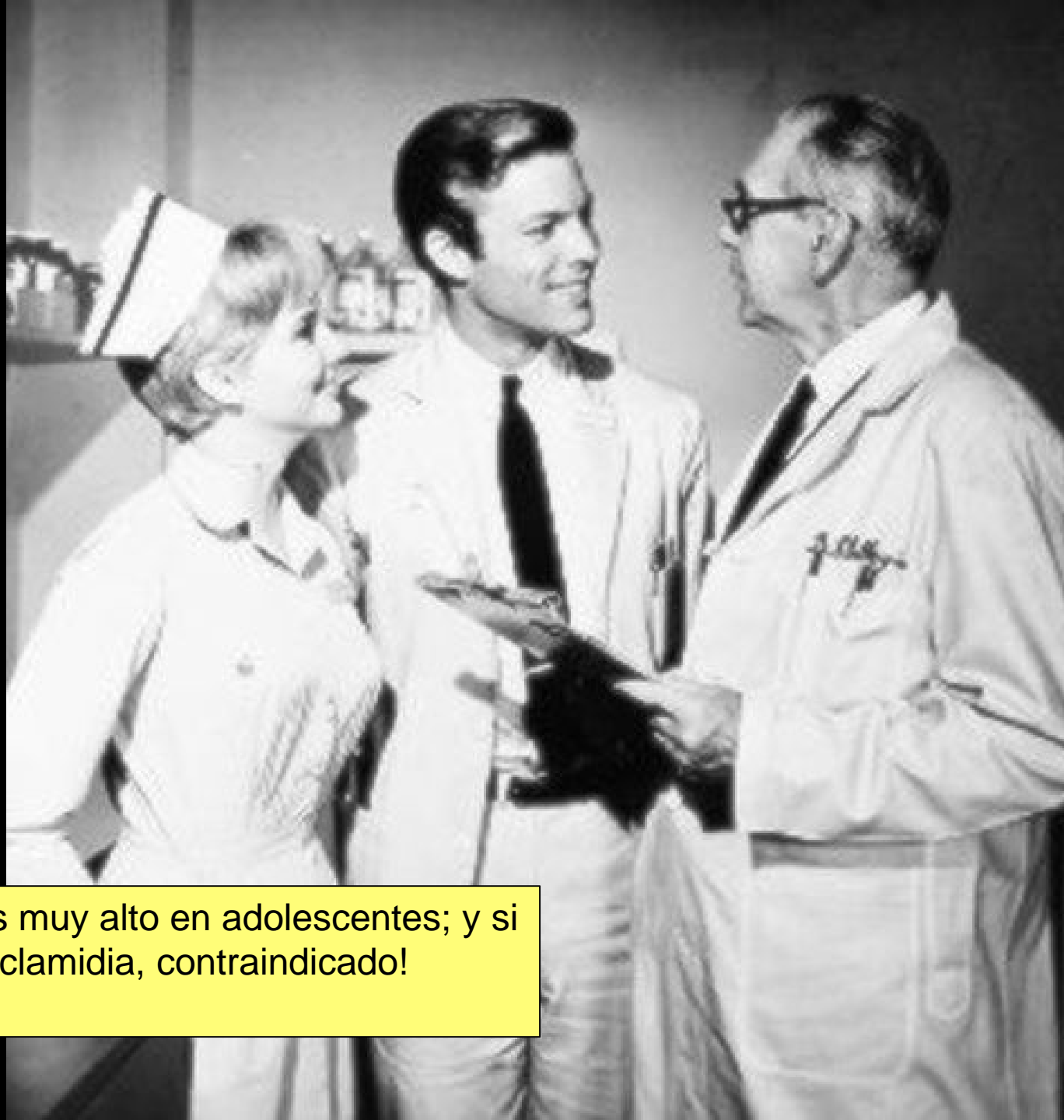
N Engl J Med 2012;366:1998-2007.

- Tasa de fallo

píldora, parche, o anillo	4.55	por 100
	vs.	mujeres/ año
LARC	0.27	
= HR 21		

Cohorte retrospectiva n=7486
4 años - CHOICE project (USA)





El riesgo de e.p.i. es muy alto en adolescentes; y si le sale (+) la pcr de clamidia, contraindicado!



Review article

The safety of intrauterine contraception initiation among women with current asymptomatic cervical infections or at increased risk of sexually transmitted infections^{☆,☆☆}

Tara C. Jatlaoui*, Katharine B. Simmons, Kathryn M. Curtis

Division of Reproductive Health, US Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Georgia


Received 3 April 2016; revised 24 May 2016; accepted 27 May 2016

Revisión sistemática

n=194 a 7611 (10 estudios)

Nivel evidencia II-2, grado B

- Mujeres con alto riesgo de ITS (algoritmos) o con infección por Chlamydia/Gonorrhea asintomática **NO tienen más riesgo de EPI** al iniciar DIU vs. otros métodos
- Recomendación: cribado en mujeres con riesgo de ITS (cribado oportunista vs. “universal” en adolescentes)



Pero yo no sé si lo voy a
querer durante 5 años...
eso es mucho tiempo.

El DIU dura 5 años,
y no se puede quitar
antes de 6 meses!



Comunicación con adolescentes

- *Millennials, Echo Boomers* (Generación Y, 1980s-2000s)
- La Era de la Inmediatez
- Mundo 2.0, publicidad sesgada, Internet...
 - ▶ Info clara, precisa, oral y escrita
 - ▶ **Descartar mitos!**
 - ▶ Financiar



WIKIPEDIA
The Free Encyclopedia

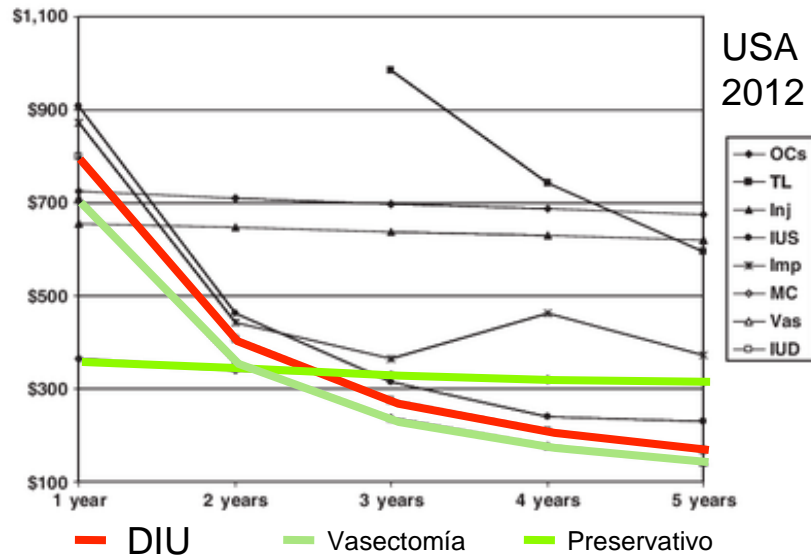
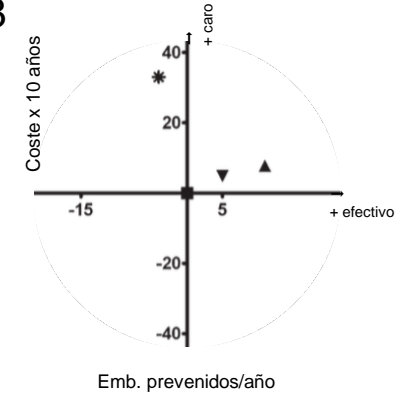
Coste-efectividad

Costes = la AC *per se* + desenlace (emb no deseados) + otros

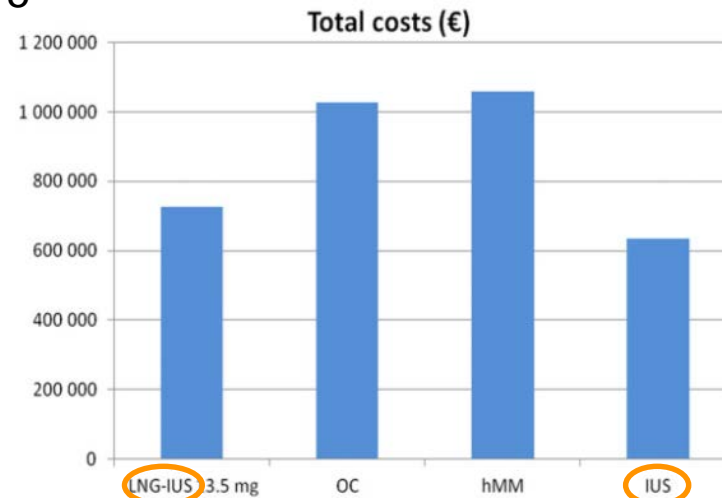
- Coste: el ppal factor limitante (en la mayoría de países)
- precio DIU(Cu): 0 - 900€ !!!
- sólo tras >5 años la esterilización supera LARC en coste-efectividad
- IMP > DIU (eficacia) **PERO**: + 14.000€ por evitar 1 emb. no deseado x 1 año!!

UK 2008

- ▲ Implant
- ▼ LNG-IUS
- IUD
- * DMPA



Suecia
2015





DIU? Ni hablar. Eso tiene mucho riesgo de perforación y además aumenta el riesgo de ectópicos...



Seguridad

- **NO** depende del proveedor
- **SÍ** de su formación y experiencia
(ObGyn/MD = Llevadora = otros no-MD*)
- Complicaciones: **<1%**

- Perforación ≈ 0-1/1000 (**LM RRx6, FUP<36w RRx2.3**)
* en Adolescentes es menos! (0-0.1%)

- EURAS-IUD: 70% SIL-LNG (1.4/1000)
30% Cu (1.1/1000)

- Expulsión: 1-4% (N. evidencia II-2)

* CuT380A: adolescente riesgo > vs. 30+ años

* LNG y Cu (CHOICE) (+) riesgo vs. <20 años

- Ectópico: **NO** ↑ **riesgo!** (pero si falla, 6%)



The safety of intrauterine devices among young women: a systematic review^{*,*,*}

Tara C. Jallaoui[□], Halley E.M. Riley, Kathryn M. Curtis

Division of Reproductive Health, Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, GA

Received 8 June 2016; revised 13 October 2016; accepted 13 October 2016

Revisión sistemática
14 estudios n=200-90,000+
Nivel evidencia II-2

Cohorte multinacional
n= 61,448 (68,000 women-years)
2006-2013

	Tasa anual emb. ectópicos
DIU	0-5/10.000
Ningún método	30-65/10.000



A mi me han
dicho que ponerlo
Duele
mucho..

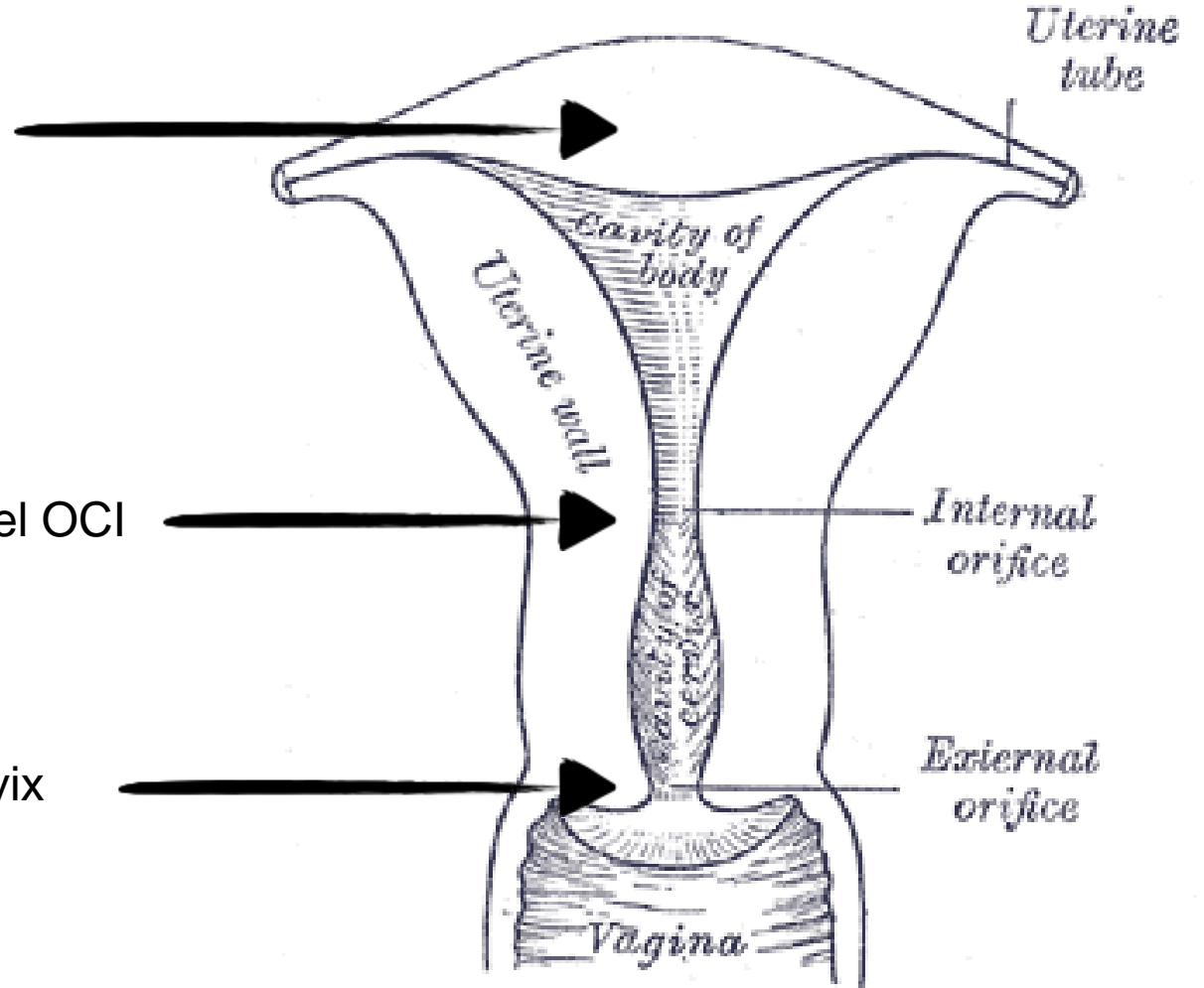
Pues sí duele la inserción pero es bien tolerada. Además las mujeres aguantan bien el dolor...

Porqué duele tanto?

r evolution.

Consideration of certain anatomic and functional characteristics of the uterus are essential requisites to progress from a philosophical concept to practical application. It seems appropriate at this point to discuss the more obvious of the factors. When the endometrial cavity is empty, the mucosal surfaces are separated only by a thin film of mucus and other secretions of the endometrial glands and tubal epithelium. The size and shape of the potential cavity depend upon the contractile state of the myometrium. Only when the walls of

Contracciones uterinas



Paso por el OCI

Manipulación del cervix

+ *inervación uterina compleja y poco conocida*

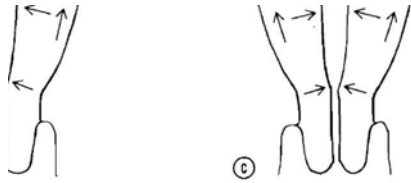
Fig. 11. Relationship between the T and endometrial cavity at the height of uterine contraction.

If the T was tolerated well by the uterus, it was unacceptable as a contraceptive when used alone. It is likely that the small surface area of the T (approximately 315 mm.²) explains its relatively low contraceptive effect.

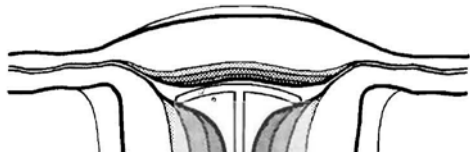
In an independent study, Davis and Israel¹⁷ computed the average dimensions of

Fig. 12. Sequential changes in endometrial cavity during a uterine contraction.

its retention within the uterine cavity is enhanced by the presence of spicular projections along its lateral margins. Although the cephalocaudal and transverse dimensions of the shield are considerably smaller than those



endometrial cavity during sequential degrees of myo-



Anestesia & Analgesia

ELSEVIER

- ABORDAJE MULTIMODAL
- Anestesia: paracervical, intracervical, tónica
- Vocabulario y relación MD-pte
- Entorno, ambiente, musica, etc.

Original Research

Predicting Painful or Difficult Intrauterine Device Insertion in Nulligravid Women

Janina Kaislasuo, MD, Oskari Heikinheimo, MD, PhD, Pekka Lähteenmäki, MD, PhD, and Satu Suhonen, MD, PhD

Obstet Gynecol 2014

Contraception xx (2016) xxx–xxx

Review article

Medications to ease intrauterine device insertion: a systematic review☆☆☆

Lauren B. Zapata*, Tara C. Jatlaoui, Polly A. Marchbanks, Kathryn M. Curtis

Division of Reproductive Health, US Centers for Disease Control and Prevention, Chamblee, Georgia, 30341-3717, USA

Received 19 May 2016; revised 22 June 2016; accepted 22 June 2016



2015

Interventions for pain with intrauterine device insertion (Review)

Lopez LM, Bernholc A, Zeng Y, Allen RH, Bartz D, O'Brien PA, Hubacher D

- Pueden servir:
 - EMLA 5%
 - Naproxeno VO
 - Tramadol VO
 - Misoprostol



Tranquila, aunque sea la quinta vez, si la relación fue hace 3 días, la pastilla del día después le va a funcionar.

The efficacy of intrauterine devices for emergency contraception: a systematic review of 35 years of experience

Kelly Cleland^{1,*}, Haoping Zhu², Norman Goldstuck³, Linan Cheng⁴,
and James Trussell^{1,5}

Meta-análisis n=7034
42 estudios, 6 países



Emergency Contraception
A guideline for service provision in Europe

- Tasa de fallo:
0.14 (IC 95%, 0.08-0.25)

DIU como ACE:

- No tiene contraindicación
- El **UNICO** que protege para futuros emb.
- El **UNICO** posible >120h

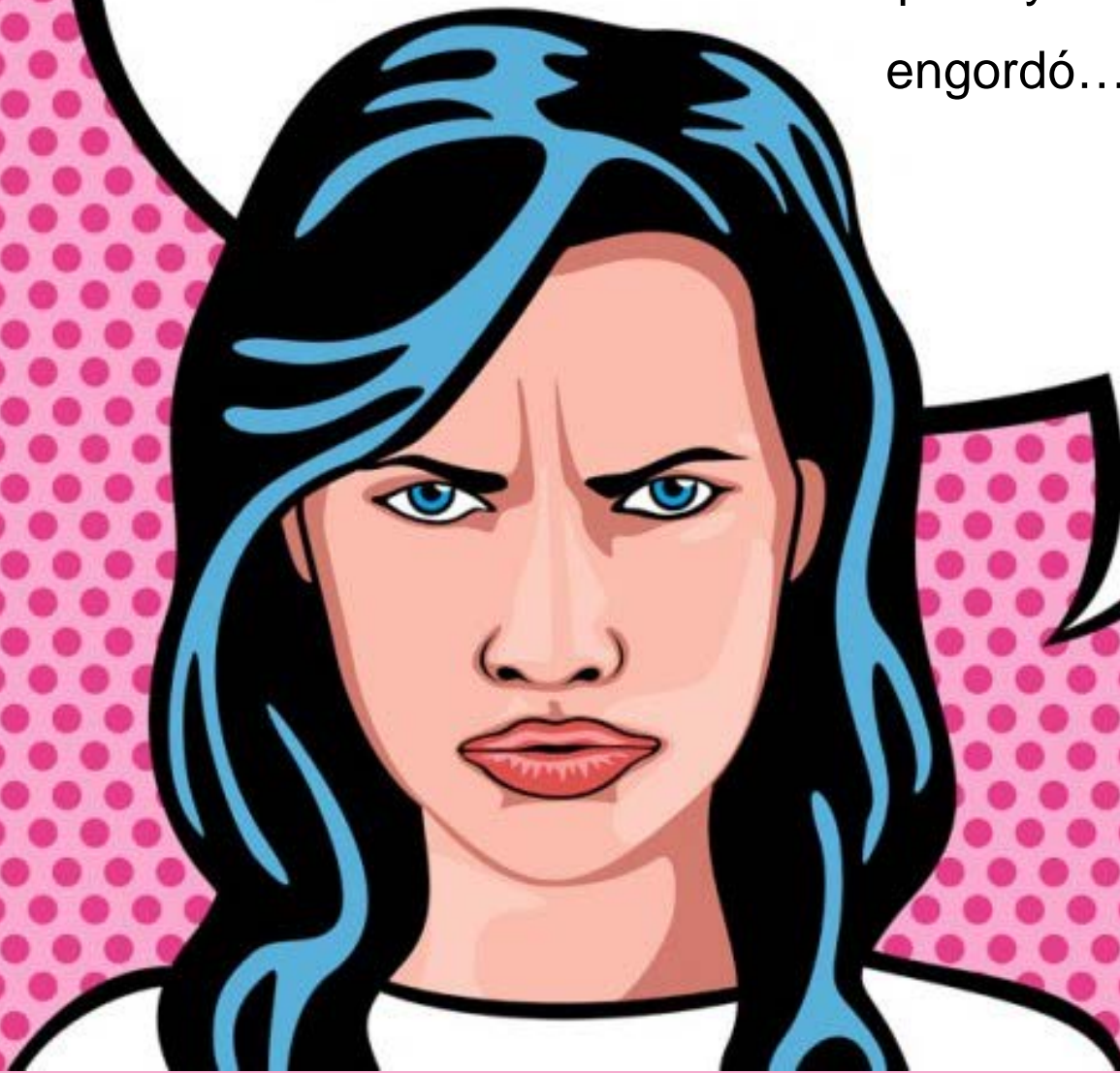


- * **85%** de los profesionales NUNCA lo recomiendan como ACE
- * **93%** requieren 2 visitas para inserción



Eso no tiene muchos efectos secundarios?

Una amiga se
lo puso y se
engordó...



Efectos secundarios

La causa + frecuente de discontinuación

- incidencia de hasta **67%** en 1º año
- **HUA y dismenorrea**
 - DIU-Cu: 9.7%
 - DIU-LNG: 1.3%
- **Amenorrea o spotting**
 - DIU-Cu: 0%
 - DIU-LNG: 4.3%
- DIU-LNG: oligo-amenorrea 70% en 2 años



Contraception 79 (2009) 356–362

Contraception

Original research article

Side effects from the copper IUD: do they decrease over time?^{☆,☆☆}

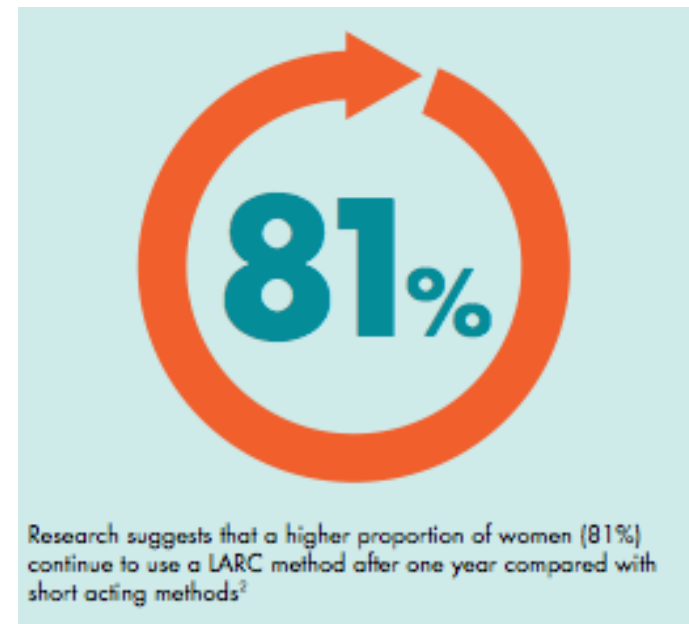
David Hubacher*, Pai-Lien Chen, Sola Park

Family Health International, PO Box 13950, Research Triangle Park, NC 27709, USA

Received 21 October 2008; revised 7 November 2008; accepted 18 November 2008

**Cohorte retrospectiva n=1962
1 año en 1 centro SS (Chile)**

	a 2m	a 9m	
+ Dolor	38 %	32 %	*25%: ⊖ dolor (↓) Jóvenes y nuliparas:
+ Sangrado	67 %	48 %	



Meta-análisis n=2702

15 RCT, 10 países

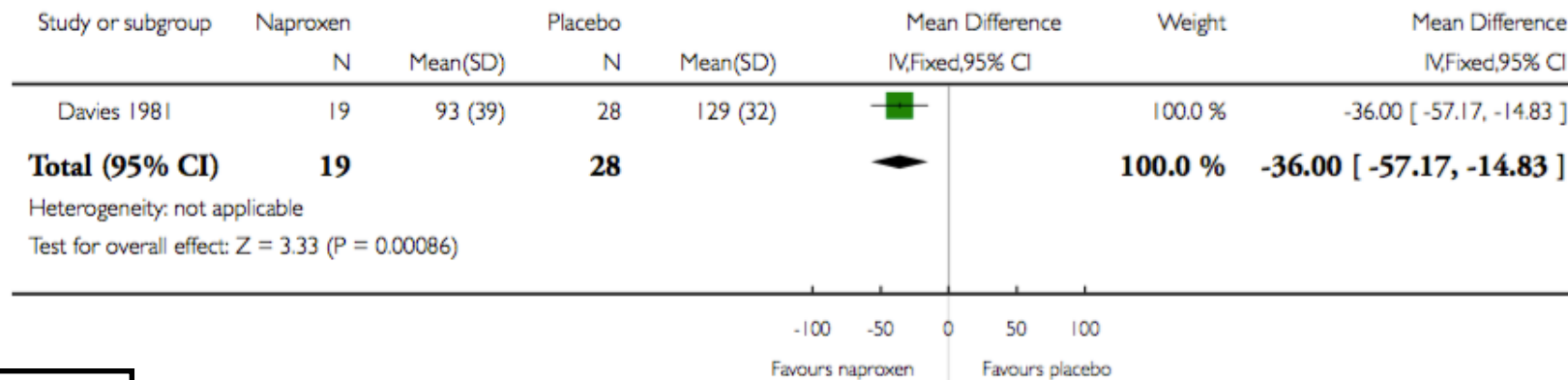
AINEs

TODOS SIRVEN: Naproxeno, ácido mefenámico, ibuprofeno, indomethacina, diclofenaco...

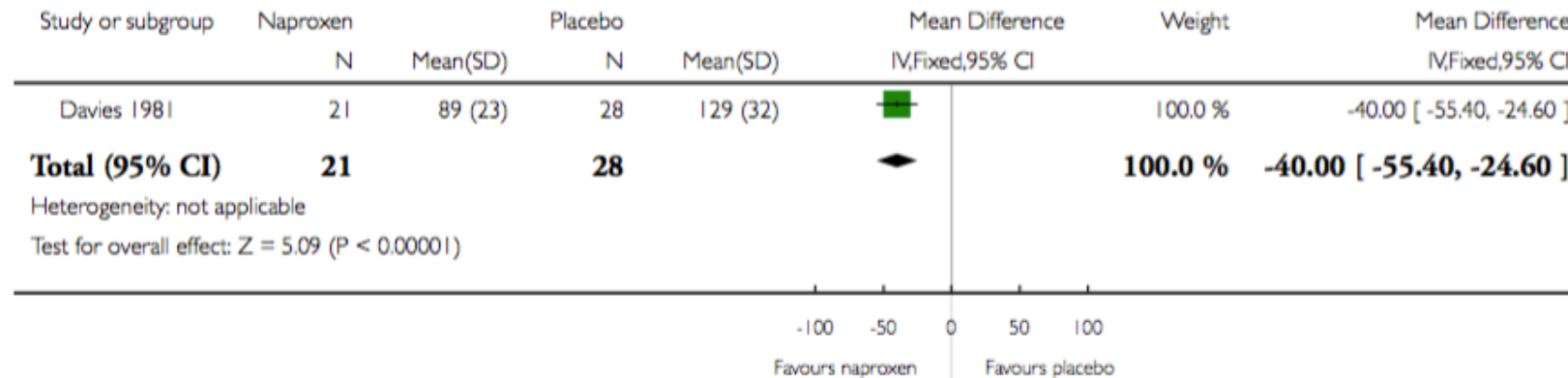


THE COCHRANE
COLLABORATION®

Dolor



Sangrado





Listo, le hacemos la interrupción y se va a su ginecólogo a hacer los controles



No vino la paciente adolescente a la visita postparto para hablar de anticoncepción...

DIU post-parto/aborto

- * Casi 1 de cada 2 abortos en adolescentes es repetido
 - * En adolescentes 50-70% de los emb. son no deseados
- } Post-aborto: **SIEMPRE!**
- Post-parto inmediato: sólo contraindicado si corioamnionitis, endometritis o sepsis (>3m)
 - Expulsión: postparto inmediato variable 10-27%
 - La gran efectividad post-parto supera la desventaja del aumento de riesgo de expulsión

post-aborto:

- inmediato: prob. elección **x3!**
- Retrasado ≥ 30d: prob. = sin aborto



Immediate postpartum insertion of intrauterine device for contraception (Review)

Lopez LM, Bernholc A, Hubacher D, Stuart G, Van Vliet HAAM 2015

Immediate insertion compared with standard insertion for postpartum IUC

Patient or population: postpartum women with desire for contraceptive
Setting: hospital or clinic
Intervention: immediate postplacental insertion (within 10 minutes)
Comparison: standard insertion (at postpartum visit)

Outcomes	Relative effect (95% CI)	Participants (studies)	Quality of the evidence (GRADE)
Expulsion by 6 months	OR 4.89 (95% CI 1.47 to 16.32)	210 (4 studies)	⊕⊕⊕○ Moderate
IUC use at 6 months	OR 2.04 (95% CI 1.01 to 4.09)	243 (4 studies)	⊕⊕⊕○ Moderate

U.S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 2010. CDC.

Condition	LNG-IUD	Cu-IUD
Less than 10 minutes after delivery of placenta	2	1
10 minutes after delivery of placenta to less than 4 weeks after delivery	2	2
More than 4 weeks after delivery	1	1
Less than 1 month postpartum [†]	2	1
More than 1 month postpartum [†]	1	1



cómo se que no se va a mover?
y eso No se nota con las RR.SS.?

Seguimiento

- **OMS:** 1 única visita de control tras la primera menstruación o a las 3-6 semanas post-inserción
 - Comprobar DIU está normoinserido, síntomas de EPI, en especial en los primeros 20 días post-inserción
- No son necesarias más visitas!

Kaislasuo J. et al

Predicting painful or difficult intrauterine device insertion in nulligravid women.

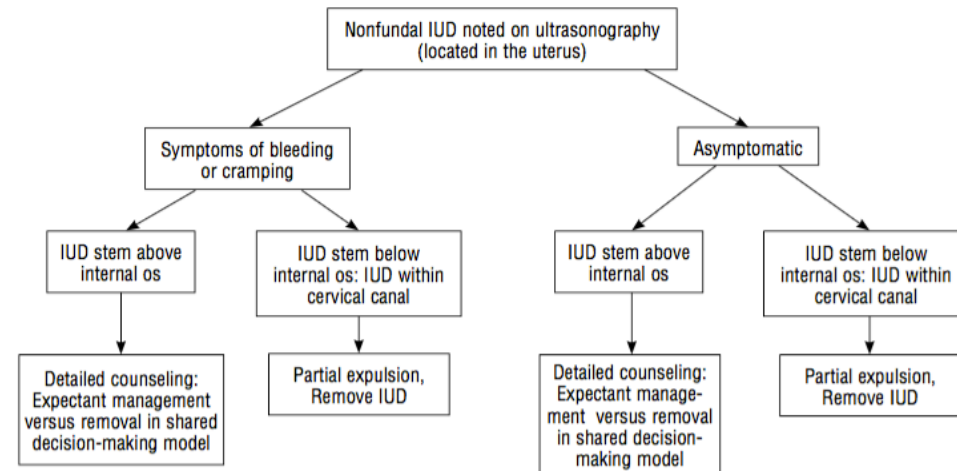
Obstet Gynecol 2014

Es necesaria la Eco?

Ultrasound Obstet. Gynecol. 4 (1994) 316-319

The use of transvaginal ultrasonography compared to routine gynecological examination to check the location of an intrauterine contraceptive device

S. Granberg, P. Bundsen, T. H. Bourne†, M. Almén*, M. Grenthe*, R. Leandersson* and C. Tönberg**



ACOG: Committee Opinion No. 672



¿Entonces no puedo bañarme ni tener relaciones hasta dentro de 3 semanas y tengo que usar preservativo 1 mes?!



Mi técnica:

- Si no tolera la histerometría **desestimar inserción.**
- Si es nulípara **requiere** preparación con **misoprostol** previo a inserción
- **Siempre** inserción con la **regla.**

Experiencia ASSIR

Mi técnica:

- Pre-medicación: AINE + paracetamol/codeína
- EcoTV pre y post.
- Histerometría (Cornier) → Anestesia

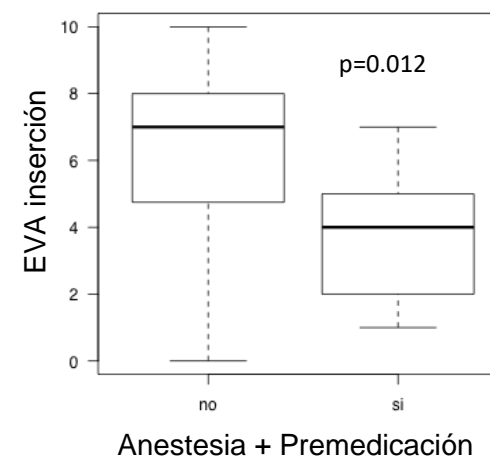
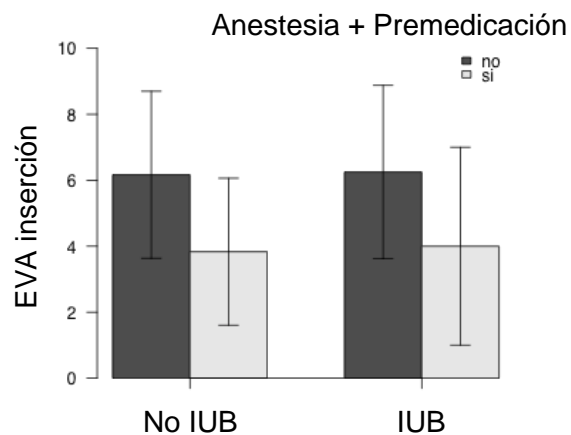
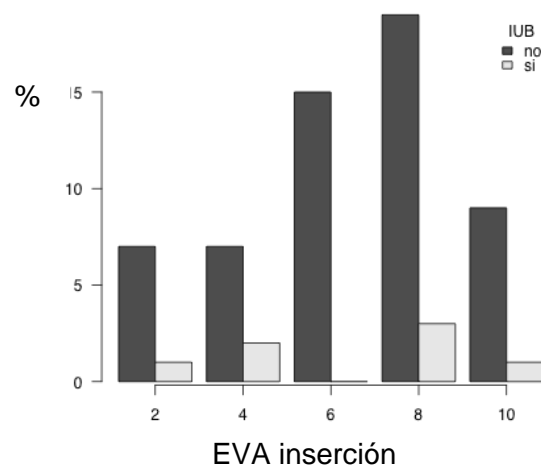
- Cohorte retrospectiva
- Periodo: junio 2016 – octubre 2017
- Inclusión: mujeres < 26 años solicitando DIU (n=70)

	Muestra	Mediana (rango)	Media (±DE)	IC 95%	p
Edad	n=70	22 (15-25)	21,5 (±2,95)	20,77-22,18	<0,001
IMC	n=69	22,6 (18,2-36,7)	23,2 (±3,93)	22,25-24,13	<0,001
EVA dismenorrea basal	n=69	6 (0-9)	5,13 (±2,58)	4,51-5,75	<0,001
EVA dolor inserción	n=64	6,25 (0-10)	5,85 (±2,60)	5,20-6,50	0,01
Histerometría	n=68	7 (6-9,5)	7,12 (±0,74)	6,94-7,30	<0,001
EVA dismenorrea a los 3m post-inserción	n=21	4,5 (0-9)	4,36 (±2,32)	3,30-5,41	0,785
Tiempo desde último parto (m)	n=18	12,43 (1,18-70,91)			0,002

	n (%)	p
Nuliparas	50 (71,4)	0,05
P>0	20 (28,6)	0,01
Para 1	18 (25,7)	
Para 2	1 (1,4)	NS
Para 3	1 (1,4)	

Resultados

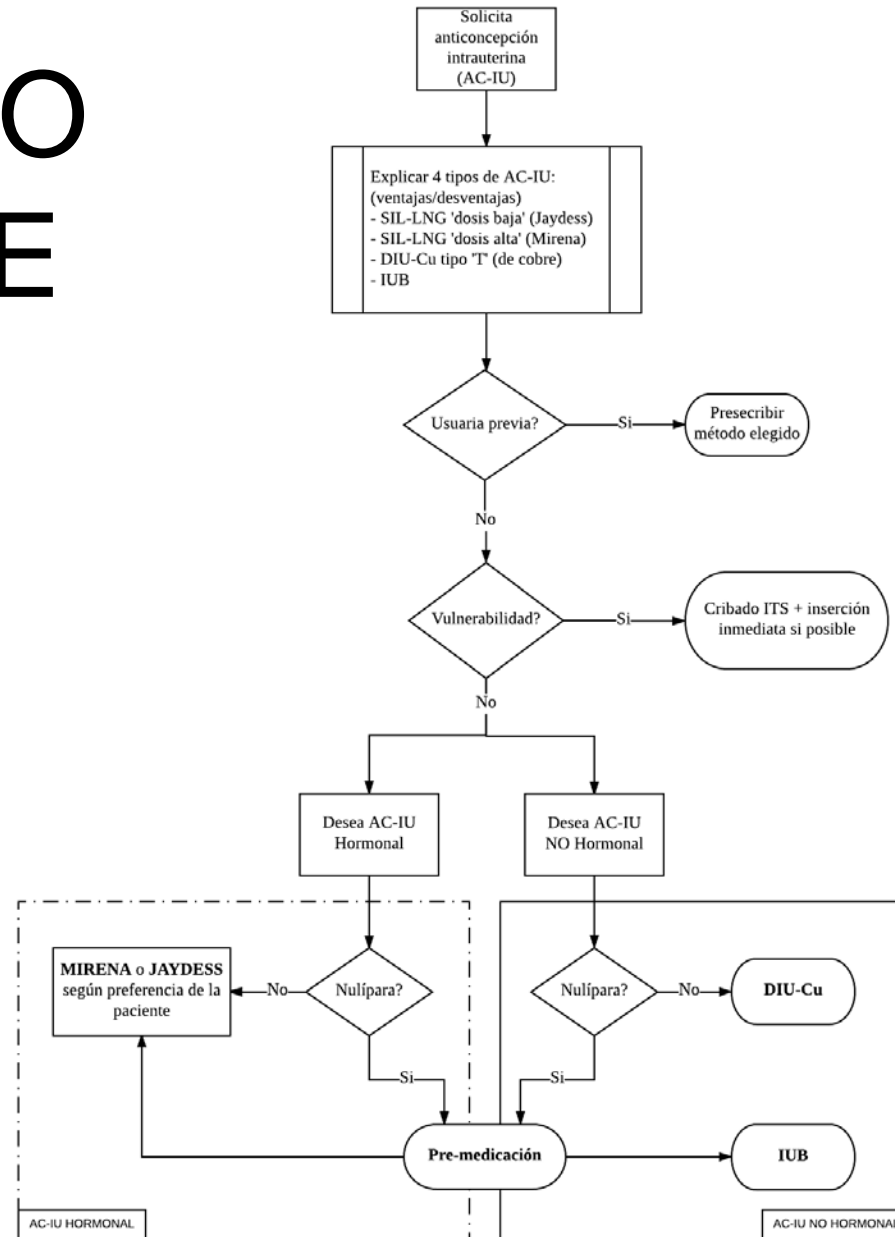
	Muestra	Si n (%)	No n (%)	p
SMA previo	n=70	11 (15,7)	59 (84,3)	<0,001
DIU previo	n=70	6 (8,6)	64 (91,4)	<0,001
Inserción con menstruación	n=70	11 (15,7)	59 (84,3)	<0,001
Uso de pinzas de Pozzi/tenáculo	n=68	32 (47,1)	36 (52,9)	0,628
Pre-medicación	n=68	20 (29,4)	48 (70,6)	<0,001
Anestesia	n=64	14 (21,9)	50 (78,1)	<0,001
Visita URG al ASSIR antes de control 3m	n=34	4 (11,8)	30 (88,2)	<0,001
Complicaciones de inserción	n=35	3 (8,6)	32 (91,4)	<0,001
SMA a los 3m	n=21	5 (23,8)	16 (76,2)	0,016
Spotting a los 3m	n=20	5 (25)	15 (75)	0,025



	EVA inserción (mediana)		p
	Si	No	
Nuliparidad	7.00	4.75	0.009
Uso de pinzas de Pozzi	7.0	6.0	0.31
Inserción con menstruación	5.5	6.5	0.21
Anestesia	4.0	6.75	0.01
Premedicación	5.5	6.5	0.09
Anestesia + Premedicación	4.0	6.5	0.5
Uso previo de DIU	5.0	6.5	0.05

	Muestra	Si n (%)	No n (%)	p
Acude a control <3m	n=70	22 (31,4)	48 (68,6)	<0,001
Visita URG previa	n=34	4 (11,8)	30 (88,2)	<0,001
Complicación	n=35	3 (8,6)	32 (91,4)	<0,001
Satisfacción a 3m	n=21	20 (95,2)	1 (4,8)	<0,001

PROTOCOLO TARDA JOVE





¿So no
deja estéril?
Yo leí que después
cuesta más
embarazarse...

Los nuevos DIU “vintage”

- IUB (OCON)
 - Nitinol + 17 perlas de Cu (2mm)
 - Pesa el doble que TCu
 - Superficie de Cu 300mm²
- Vetracept (USA)
- DIU T/γ Cu + indometacina (China)



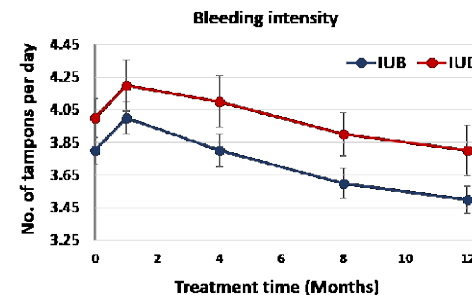
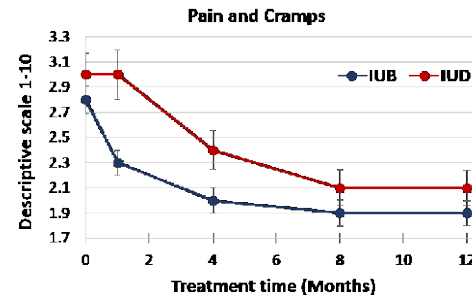
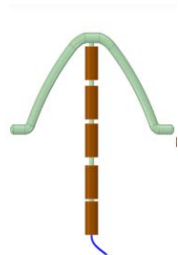
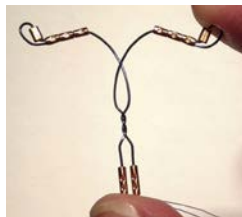
lished by an American scientific journal. Both Ishihama and Oppenheimer reported corroborating data on the long-term use of various intrauterine rings. With these independent and impressive demonstrations of effectiveness and safety of the intrauterine foreign body, the IUD entered its *childhood stage*. The *childhood stage* began between

1963



2014

SCu300B vs. TCu380A



Datos IUB

- 38,662 inserciones
- 8 paises. 2015-2017 (27m)
- Efectividad %99.89
- Expulsión 1.6%
- Perforación 0.3/1000



PROTOSCOLOS SEGO/SEC

ANTICONCEPCIÓN INTRAUTERINA 2014

ANTICONCEPCIÓN DE URGENCIA 2013

- La eficacia es mayor en los DIUs de más alta concentración de cobre (380 mm) (Nivel evidencia I-A)
- NO hay evidencia de que un modelo concreto de DIU sea mejor o más idóneo para las mujeres nulíparas
- A la hora de asesorar a la paciente en la elección del tipo de DIU de cobre debería recomendarse el más efectivo y el de mayor duración. (Grado A)
- El DIU se puede insertar en cualquier momento del ciclo menstrual si existe una seguridad razonable de ausencia de gestación (Grado C)
- No hay evidencia de su utilidad: Asepsia, guantes estériles, profilaxis
- El mejor método para AC de emergencia y el más coste-efectivo, es la primera elección
- En mujeres que están tomando medicamentos inductores enzimáticos (incluida la PREP-VIH), o que lo han hecho en los últimos 28 días, se les debería informar que el DIU-Cu sería el único método de AU que no se vería afectado (Grado A)

Recomendaciones de LARC – NICE (2014)

- Info completa a ptes, oral y escrita
- LARC es **más coste-efectivo** incluso al 1º año de uso
- Respetar cultura y religión
- Valorar riesgo de ITS y hacer cribado si precisa (*Chlamydia trachomatis* y *N. gonorrhoeae*)
- En ptes con discapacidad: La AC debe satisfacer una necesidad individual y **no** aliviar ansiedad de cuidador/tutor
- Entrenamiento: deben tener formación adecuada, saber manejar compl.
 - Si no puede ofrecer LARC: **derivar**
 - Prof. con experiencia: al menos 1 DIU al mes



The American College of
Obstetricians and Gynecologists
WOMEN'S HEALTH CARE PHYSICIANS

COMMITTEE OPINION

Number 539 • October 2012

ACOG Best Practices for LARC (2015)

- Provide long-acting reversible contraception (LARC) methods the same day as requested, whenever possible, if pregnancy can reasonably be excluded.
- Offer LARC methods at the time of delivery, abortion, or dilation and curettage for miscarriage.
- Screen for sexually transmitted infections at the time of intrauterine device (IUD) insertion; if the screening test result is positive, treat the infection without removal of the IUD.
- Offer the copper IUD as the most effective method of emergency contraception.



- 1 A condition for which there is no restriction for the use of the contraceptive method
- 2 A condition where the advantages of using the method generally outweigh the theoretical or proven risks
- 3 A condition where the theoretical or proven risks usually outweigh the advantages of using the method
- 4 A condition which represents an unacceptable health risk if the contraceptive method is used.

Condition	Copper IUD	LNG-IUD
Age		
Menarche to younger than 18 y		
Menarche to younger than 20 y	2	2
Postpartum		
Less than 10 min after delivery of the placenta	1	2
10 min after delivery of the placenta to less than 4 wk	2	2
Less than 4 wk and not breastfeeding	2	2
Less than 4 wk and breastfeeding	2	2
4 wk or later and breastfeeding or not breastfeeding	1	1
Puerperal sepsis	4	4
Postabortion		
First trimester	1	1
Second trimester	2	2
Immediately after septic abortion	4	4

DIUs comercializados en España

	DIU	Duración (años)	Tamaño Normal (mm)	Tamaño Mini (mm)	Tamaño Maxi (mm)	Insertor (mm)
1	GOLD T (Cu375+Au) – Eurogine	5	31 x 33	24 x 30.5	36.5 x 38	3.8
2	NOVAPLUS T 380 Ag (Cu380+Ag) – Eurogine	5	31 x 33	24 x 30.5	36.5 x 38	3.8
3	T 200 Ag (Cu200+Ag)	3	x	x		
4	ÁNCORA 250 Ag (Cu250+Ag)	3-5	x			
5	NOVAPLUS T 380 Cu (Cu380) – Eurogine	5	31 x 33	24 x 30.5		3.8
6	ÁNCORA 375 Cu (Cu375) +/- Ag – Eurogine	3-5	20 x 35			3.8
7	T 200 Cu (Cu200)	2-3	x			
8	ÁNCORA 250 Cu	3-4	x	x		
9	EFFI-LOAD 375 (Cu 375) (Effik)	4	17.4 x 36			3.8
10	EFFI-T 380 (Cu 380) – Effik	4-5	34 x 32	27 x 32		3.8
11	Nova T 380 (Cu 380) – Bayer H	5	31 x 33			3.8
12	Mona Lista NT Cu 380 – Mona Lisa	5	32 x 32			3.7
13	Mona Lisa Cu 375 (tipo ML) – Mona Lisa	5	20 x 35	20 x 29.4		3.6
14	Mona Lisa Cu T 380A QL – Mona Lisa	10	32 x 36			4.75
15	MIRENA (SLI-LNG) 52mg (20µg/d) – Bayer H	5	32 x 32			4.74
16	JAYDESS (SLI-LNG) 13.5mg (6µg/d) – Bayer H	3	28 x 30			3.8
17	KYLEENA (SLI-LNG) 19.5mg (9µg/d) – Bayer H	5	28 x 30			3.8
18	IUB (SCu300) – OCON	5	15 (MIDI)			3.2

CONCLUSIONES

- La AC-IU es el método **más efectivo**, más **coste-efectivo** y debe ser de **1ª elección** en pacientes **adolescentes**
- Ofrecer **siempre** AC-IU como **ACE**, **post-parto** y **post-aborto**
- Hacer **cribado de ITS** y si posible siempre **insertar el mismo día**
- Diálogo con las pacientes (motivar, efectos secundarios)
- Ofrecer **analgesia +/- anestesia**, sobretodo en nulíparas
- Adquirir **experiencia** (práctica). Si no está capacitado, derivar!
- Se debe educar, promover, formar y capacitar sobre AC-IU

Gracias por su atención

acorreap@sego.es