

Artículo especial

Anticoncepción con métodos reversibles de larga duración

Ignacio Cristóbal García

Jefe de Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Sanitas La Zarzuela.
Profesor de la Universidad Francisco de Vitoria. Madrid

De acuerdo con los criterios médicos de elegibilidad de anticonceptivos de la Organización Mundial de la Salud¹ y los Centers for Disease Control and Prevention (CDC) estadounidenses², los métodos anticonceptivos reversibles de larga duración (*long-acting reversible contraception* [LARC]) pueden ser utilizados prácticamente por cualquier mujer en edad reproductiva que quiera evitar embarazos no deseados.

En España, según los datos del registro de interrupción voluntaria del embarazo (IVE) publicados por el Ministerio de Sanidad³, el número total de embarazos no deseados continúa siendo muy alto, sobre todo entre las mujeres más jóvenes, que son las que en mayor número se ven obligadas a recurrir a la IVE, como puede comprobarse en la tabla 1.

Se consideran como métodos reversibles de larga duración todos aquellos comercializados en España que mantienen el efecto anticonceptivo durante más de dos ciclos ovulatorios, y que tras el cese de su utilización permiten recuperar la fertilidad rápidamente. Conviene aclarar que ningún método anticonceptivo incluido en el grupo de los LARC puede prevenir las infecciones de transmisión sexual; sin embargo, todos ellos son buenos acompañantes del preservativo como doble método por su alta eficacia.

Acetato de medroxiprogesterona 150 mg

En España la utilización de acetato de medroxiprogesterona (AMPD) es prácticamente anecdótica⁴: sólo lo usa el 0,1% de las mujeres en edad reproductiva que emplean algún método anticonceptivo.

El índice de Pearl del AMPD es del 3% si tenemos en cuenta el uso habitual, y del 0,3% si consideramos un uso perfecto⁵. Se inyecta en los cinco primeros días del ciclo y se repite la inyección cada 12 semanas, con un margen de seguridad máximo de 2 semanas (es decir,

14 semanas). Su efecto anticonceptivo se debe fundamentalmente a la inhibición de la ovulación y al espesamiento del moco cervical.

El motivo de abandono más frecuente (70%) en el primer año de uso es el sangrado irregular. Por otra parte, se ha comprobado que la utilización prolongada de AMPD puede provocar una ligera pérdida en la densidad mineral ósea, aunque casi siempre es reversible.

DIU de cobre

En España, un 3,6% de las mujeres que están utilizando algún método anticonceptivo emplean un dispositivo intrauterino de cobre (DIU-Cu)⁴. Entre los 20 y los 34 años su uso es muy inferior al que se registra entre los 35 y los 49 años, una franja de edad en la que su empleo se duplica. Aunque todavía están disponibles en el mercado los DIU-Cu «de baja carga» (así denominados porque la carga es inferior a 300 mm²), no deberían utilizarse, ya que no aportan ninguna ventaja respecto a los DIU-Cu 375 y DIU-Cu 380.

El índice de Pearl para el DIU-Cu es del 0,6% si consideramos el uso perfecto⁵. Su mecanismo de acción es el resultado de la interferencia que sufre el endometrio, consistente en la sustitución de células específicas del tejido por las de la reacción inflamatoria aséptica que genera el DIU, como cuerpo extraño que es⁶.

El DIU debe ponerlo un profesional sanitario específicamente adiestrado para ello. Puede colocarse en cualquier momento del ciclo, si la mujer está segura de no estar embarazada.

DIU de levonorgestrel

En España existen dos DIU con un sistema de liberación intrauterina de levonorgestrel (LNG): el DIU-LNG que libera 12 µg y el que libera 20 µg. El primero tiene una duración de 3 años y el segundo de 5 años. Esta diferen-

Correspondencia: I. Cristóbal García. Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Sanitas La Zarzuela. Pleyades, 25. 28023 Madrid.
Correo electrónico: icristobal@sego.es

Cristóbal García I. Anticoncepción con métodos reversibles de larga duración. Matronas Prof. 2015; 16(2): 50-52.

Tabla 1. Tasa de interrupciones voluntarias del embarazo por cada 1.000 mujeres por grupos de edad³

Año	≤19 años	20-24 años	25-29 años	30-34 años	35-39 años	≥40 años
2013	12,23	19,43	16,84	13,42	9,22	3,92
2012	12,95	20,36	17,43	13,28	8,92	3,84
2011	13,67	21,34	17,72	13,36	9,23	3,86
2010	12,71	19,82	16,34	12,09	8,27	3,50

cia en el tiempo de utilización está relacionada, sobre todo, con la cantidad de levonorgestrel que portan. Por otra parte, sus tamaños son diferentes, siendo el DIU-LNG de 12 µg sensiblemente más pequeño que el de 20 µg. Los dos tienen indicación en anticoncepción, y el DIU-LNG de 20 µg además está indicado como tratamiento de primera elección en la menorragia idiopática. Ninguno de los dos está indicado como anticoncepción poscoital. Ambos disponen de un sistema de inserción idéntico, que minimiza las dificultades y los riesgos derivados de la manipulación previa y durante la inserción.

El dato de utilización que figura en la encuesta de la Sociedad Española de Contracepción (SEC) de 2014⁴ sobre el DIU-LNG se refiere al dispositivo de 20 µg, que es usado por el 2,5% del total de mujeres que emplean algún método anticonceptivo. Entre los 15 y 24 años no se utiliza, entre los 25 y 29 años sólo lo usa un 0,5% de las mujeres, y la franja de edad en la que más mujeres optan por él es la de 35-39 años, con un 5,3% del total de mujeres que utilizan algún método anticonceptivo. Así pues, podemos concluir que, pese a ser un método seguro, efectivo y coste-eficiente, sigue teniendo unas tasas muy bajas de utilización.

El índice de Pearl del DIU-LNG de 20 µg con un uso perfecto es del 0,2%, y no se modifica con el uso habitual⁵. De estas bajas tasas de embarazo se puede beneficiar cualquier mujer que decida recurrir a este método, ya que su efectividad, como sucede con los anticonceptivos de larga duración en general, no se altera, porque no exige por parte de la mujer ninguna colaboración periódica que pueda dificultar el cumplimiento. En el caso del DIU-LNG de 12 µg, el índice de Pearl es del 0,9% acumulado en los 3 años de utilización⁷.

El mecanismo de acción en ambos DIU-LNG depende de la liberación de LNG en la cavidad uterina, que comienza inmediatamente después de la inserción del dispositivo. El espesamiento del moco cervical contribuye a la eficacia anticonceptiva, ya que impide el paso de los espermatozoides a través del canal cervical.

Las modificaciones en el patrón de sangrado menstrual que se producen con ambos DIU-LNG nos obligan a

informar a la mujer sobre los cambios que se experimentan con mayor frecuencia tanto en los primeros meses de utilización como posteriormente.

Consideramos que cada DIU-LNG tiene una población diana diferente. El de 12 µg deberíamos recomendarlo en mujeres jóvenes, a partir de la adolescencia, y en mujeres (nulíparas o no) con deseos genésicos a no largo plazo (duración de 3 años: por ejemplo, mujeres entre embarazos). El DIU-LNG de 20 µg estaría indicado en aquella población que ya ha cumplido sus deseos genésicos (nulíparas o no) de una franja etaria algo superior.

Implante de etonogestrel

Consiste en una varilla flexible radiopaca, blanda, no biodegradable, de color blanco, de 4 cm de longitud y 2 mm de diámetro. Su duración es de 3 años. Su uso se considera eficaz y seguro en mujeres de entre 18 y 40 años. La zona de preferencia para colocarlo suele ser la cara interna del brazo, a partir de 8-10 cm del epicóndilo interno en el plano subdérmico. Se recomienda implantarlo entre los días 1 y 5 del ciclo, pero puede colocarse en cualquier momento si la mujer confirma que no está embarazada, ya que el embarazo supone una contraindicación.

En España sólo el 0,5% de las mujeres que emplean algún método anticonceptivo recurren al implante de etonogestrel⁴; la franja de edad en la que más se utiliza es la de los 30-34 años, con un 1,9%.

Tiene el que podemos considerar mejor índice de Pearl de todos los LARC: 0,05%, que no varía con el uso habitual⁵.

Falso mito: los LARC no son adecuados para adolescentes

Históricamente, las adolescentes y las pacientes jóvenes han sido excluidas de la posibilidad de utilizar LARC, probablemente debido a los muy extendidos mitos sobre la posibilidad de que provoquen infecciones o infertilidad⁸. Sin embargo, son justo estas pacientes, por su mayor fertilidad y por la mayor frecuencia con que mantienen relaciones sexuales, las que más riesgo presentan de tener un embarazo no deseado. Por suerte, en los últimos

años muchos profesionales y organizaciones sanitarias han hecho grandes esfuerzos para promover esta excelente solución anticonceptiva entre una población de mayor riesgo para el embarazo no deseado.

El DIU es un método seguro que ofrece una protección efectiva contra el embarazo en la población adolescente y en la población joven. El American College of Obstetricians and Gynecologists concluye que los LARC en general son seguros y apropiados para la mayoría de las mujeres, incluidas las adolescentes, y que son los que muestran las tasas más altas de satisfacción y continuidad frente a otros métodos reversibles⁹.

Diversos estudios han demostrado que los DIU constituyen un método seguro, y que sólo se incrementa el riesgo de enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) en los primeros 20 días tras la inserción, manteniéndose el riesgo absoluto muy bajo¹⁰. La causa más probable de la infección es la contaminación bacteriana asociada a la inserción del dispositivo, no el DIU en sí mismo. Es cierto que las adolescentes de 15 a 19 años tienen un mayor riesgo de sufrir infecciones por clamidia o gonococo. Por este motivo, en estas mujeres debe hacerse un test de cribado de infecciones de transmisión sexual previo a la inserción del DIU, o bien hacer el cribado el mismo día y, en caso de ser positivo, pautar tratamiento (sin retirar el DIU) durante los primeros 20 días, que son los de mayor riesgo. No se recomienda la administración profiláctica de antibióticos.

La recuperación de la fertilidad es rápida tras la discontinuación de su uso.

En las adolescentes la expulsión de los dispositivos es infrecuente. La posibilidad de perforación tampoco está incrementada en las nulíparas. La tasa de perforación general para todas las mujeres es del 0-1,3%, y se ha demostrado que el principal factor de riesgo es el posparto o la lactancia, situaciones que, evidentemente, no son aplicables a las nulíparas.

Respecto al empleo de los DIU en adolescentes podemos concluir lo siguiente:

- Aceptación: los anticonceptivos de acción prolongada fueron mejor aceptados que los demás métodos, y entre ellos los más escogidos fueron los DIU.

- Causa de abandono: la causa más común es el sangrado, más frecuente en este grupo de edad.
- Eficacia contraceptiva: los embarazos fueron infrecuentes en los estudios que valoraron este desenlace.
- Dolor por la inserción del dispositivo: la mayoría de usuarias no refirieron dolor, o refirieron dolencias mínimas.
- Perforaciones: la tasa es baja, y son asintomáticas.
- Riesgo de EPI: la tasa de EPI es baja. Debería realizarse una prueba de cribado a las adolescentes antes de la inserción de un DIU.
- Infertilidad: las tasas de infertilidad en las usuarias de DIU no son superiores a las de las usuarias de otros métodos anticonceptivos.

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas. Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos, 4.ª ed. 2009. Disponible en: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/9789241563888/es/
2. Centers for Disease Control and Prevention. The US medical eligibility criteria for contraceptive use. MMWR. 2010; 59(RR04): 85.
3. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Interrupción voluntaria del embarazo. Datos definitivos correspondientes al año 2013. Disponible en: http://www.mssi.gov.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/docs/IVE_2013.pdf
4. Encuesta sobre anticoncepción de la SEC 2014. Disponible en: http://sec.es/descargas/EN_Web_SEC_2014.pdf
5. Trussell J. Contraceptive efficacy. En: Hatcher RA, Trussell J, Nelson AL, Cates W Jr, Stewart FH, Kowal D, eds. Contraceptive Technology, 19.ª ed. Nueva York: Ardent Media, 2007.
6. Gemzell-Danielsson K, Berger C, Lalitkumar PGL. Emergency contraception –mechanisms of action. Contraception. 2013; 87(3): 300-8.
7. Nelson A, Apter D, Hauck B, Schmelter T, Rybowski S, Rosen K, et al. Two low-dose levonorgestrel intrauterine contraceptive systems: a randomized controlled trial. Obstet Gynecol. 2013; 122(6): 1.205-13.
8. Teal S, Romer E. Awareness of long acting reversible contraception among teens and young adults. J Adolescent Health. 2013; 52: S35-9.
9. American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee Opinion No. 539: adolescents and long-acting reversible contraception: implants and intrauterine devices. Obstet Gynecol. 2012; 120(4): 983-8.
10. Mohllajee AP, Curtis KM, Peterson HB. Does insertion and use of an intrauterine device increase the risk of pelvic inflammatory disease among women with sexually transmitted infection? A systematic review. Contraception. 2006; 73(2): 145-53.