

Métodos anticonceptivos reversibles de larga duración

NOTA TÉCNICA 2/2017

¿Cuáles son los métodos anticonceptivos reversibles de larga duración (MALD)?

Se incluyen en esta categoría los dispositivos intrauterinos (DIU) de cobre (no hormonales) y los métodos de anticoncepción exclusivamente con progestágenos (DIU hormonal, inyectables trimestrales e implantes).¹

Cifras y hechos

- Los métodos anticonceptivos reversibles de larga duración ofrecen la mayor eficacia y las mayores tasas de adherencia al año, ya que son efectivos independientemente de cualquier acción de las usuarias.²
- Según la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR, 2009) y la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (ENSSyR, 2013), en la provincia de Buenos Aires, la frecuencia de uso de métodos anticonceptivos entre las

¹ NICE clinical guideline 30. Long-acting reversible contraception (update). National Institute for Health and Care Excellence. Issued: September 2014. ISBN: 978-1-4731-0719-9.

² Black A, Guilbert E, Costescu D, Dunn S, Fisher W, Kives S, Mirosh M, Norman WV, Pymar H, Reid R, Roy G, Varto H, Waddington A, Wagner MS, Whelan AM, Ferguson C, Fortin C, Kielly M, Mansouri S, Todd N for the Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. Canadian Contraception Consensus (Part 1 of 4). J Obstet Gynaecol Can 2015;37(10): S1–S28.

mujeres que desean evitar un embarazo, es la siguiente -para cada encuesta respectivamente³:

- Preservativo: 47,6 y 39,9%.
- Anticoncepción oral: 29,6 y 37,6%.
- Inyectable: 2,7% (ENSSyR).
- DIU: 9 y 9,7%.

Se observa una prevalencia de uso menor de MALD (en comparación con otros métodos) a pesar de sus ventajas.

- Los MALD se encuentran dentro de la canasta de métodos distribuidos por el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable.

¿Cuáles son las características principales de cada uno de estos MALD?

Dispositivo intrauterino

El dispositivo intrauterino es una pequeña estructura plástica que puede contener cobre o liberar progestágeno⁴ (SIU, sistema de liberación intrauterino). Ambos funcionan principalmente evitando la fertilización del óvulo por el espermatozoide, además de

³ Procesamiento de datos de ENFR-2009 y ENSSyR-2013. No se tuvo en cuenta el implante por fue incorporado a partir de 2014 en la canasta de métodos provistos por el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable.

⁴ Los progestágenos son hormonas derivadas de la progesterona. El dispositivo intrauterino -también llamado DIU hormonal- libera desogestrel.

NOTA TÉCNICA 2/2017 1

alterar la densidad del moco cervical, y modificar el grosor y las características del endometrio.⁵

Eficacia. La eficacia anticonceptiva es mayor al 99% -menos de 1 embarazo cada 100 mujeres por año de uso-. No hay evidencia de que exista diferencia significativa en la eficacia de este método entre su uso ideal y su uso habitual, dado que una vez colocado no depende de la intervención de la usuaria.

Seguridad. Se encuentra dentro de las categorías 1 y 2 de los criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos de la OMS (métodos usables en cualquier circunstancia). Las excepciones son los casos de mujeres con sepsis puerperal o post aborto séptico, hemorragia vaginal no diagnosticada, enfermedad trofoblástica gestacional, cáncer cervical o endometrial, anomalías anatómicas que contraindican la colocación (categoría 4). El HIV grave, la infección de transmisión sexual (ITS) y mujeres entre las 48hs y las 4 semanas posparto son categoría 3.⁶

Colocación, control y extracción. La colocación debe estar a cargo de un profesional entrenado con experiencia continua (al menos una colocación mensual) y puede ser realizada cuando la mujer lo requiera, independientemente de la edad, la paridad, el momento del ciclo menstrual,

inmediatamente posparto o 4 semanas después posparto (vía vaginal o por cesárea) o también inmediatamente posaborto. La inserción inmediata posparto no incrementa el riesgo de infección o perforación uterina. No se requieren estudios de laboratorio ni de diagnóstico por imágenes previamente. Debe tenerse en cuenta el grado de riesgo para ITS, para realizar el rastreo de las mismas o indicar tratamiento antibiótico profiláctico ante la sospecha. Se debe controlar luego de la primera menstruación posterior a la colocación. La extracción puede hacerse al final de la vida útil del dispositivo o en cualquier momento ante la solicitud de la mujer, recuperando la fertilidad de manera inmediata. Debe tenerse presente que la expulsión puede producirse en 1 de cada 20 casos durante los 5 años de duración, siendo más frecuente en los primeros 3 meses durante la menstruación. La tasa de expulsión asociada con la inserción inmediata después del parto es mayor y puede llegar al 24%.⁷

Complicaciones. Las complicaciones - incluyendo perforación uterina y enfermedad pélvica inflamatoria- son menores al 1% independientemente de la edad de la mujer, la paridad o el tipo de dispositivo. Son poco comunes otras complicaciones en la colocación, incluyendo la formación de hematomas y la inserción errónea o profunda que dificulte la remoción.⁸

⁵ Programa Nacional de la Salud Sexual y la Procreación Responsable en Argentina. Guía Práctica para profesionales de la salud. Métodos anticonceptivos. MSAL. Agosto 2014. Disponible en:

<http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/000000589cnt->

[Guia practica metodos anticonceptivos 2014.pdf](#)

⁶ OMS. Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. Quinta edición 2015. Disponible en:

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/205016/1/WHO_RHR_15.07_spa.pdf?ua=1

⁷ Long-acting reversible contraception: implants and intrauterine devices. Practice Bulletin No. 121. ACOG. 2015. Disponible en: <http://www.acog.org/Resources-And-Publications/Practice-Bulletins/Committee-on-Practice-Bulletins-Gynecology/Long-Acting-Reversible-Contraception-Implants-and-Intrauterine-Devices>

⁸ Committee on Gynecologic Practice Long-Acting Reversible Contraception Working Group. Clinical

Posibles efectos secundarios. Las mujeres deben ser informadas sobre los cambios que el dispositivo intrauterino puede generar en el sangrado vaginal, especialmente durante los primeros 6 meses luego de la colocación. La dismenorrea (dolor durante la menstruación) y la hipermenorrea (sangrado menstrual abundante) son los que llevan con mayor frecuencia al abandono del método. Con el SIU se presenta amenorrea y sangrado vaginal leve o goteo (spotting). El uso de estos dispositivos no está asociado con cambios en el peso o el deseo sexual.

Implante subdérmico

El implante anticonceptivo subdérmico es una o varias varillas flexibles que contiene progestágenos que se liberan en una dosis suficiente como para suprimir la ovulación en cada ciclo durante 3 o 5 años dependiendo del dispositivo.⁹ La eficacia anticonceptiva adicional es producto del efecto del espesamiento del moco cervical y la alteración del revestimiento endometrial. Luego del tiempo de duración previsto para cada tipo de implante, la dosis disminuye haciendo que su efectividad sea menor.

Eficacia. La eficacia anticonceptiva es mayor al 99% -menos de 1 embarazo en 1000 mujeres-. La tasa de embarazo no planeado en el primer año de uso es de 0,05%.

Challenges of long-acting reversible contraceptive methods. ACOG. September 2016. Disponible en: <http://www.acog.org/Resources-And-Publications/Committee-Opinions/Committee-on-Gynecologic-Practice/Clinical-Challenges-of-Long-Acting-Reversible-Contraceptive-Methods>

⁹ Existen implantes con distintos progestágenos que pueden estar compuestos de 1 o 2 varillas, lo que modificará la duración de la eficacia anticonceptiva: Implanon o Nexplanon: 1 varilla de Etonogestrel 3 años. Jadelle o Sino Implant II: 2 varillas de levonogestrel 5 años.

Seguridad. Si bien es un anticonceptivo hormonal, al no contener estrógenos, puede ser utilizado en mujeres hipertensas, fumadoras de más de 35 años, con migrañas, y también durante el período de la lactancia (después de la sexta semana pos parto).

Se encuentra dentro de las categorías 1 y 2 de los criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos de la OMS, excepto las mujeres que presentan trombosis venosa profunda (TVP) aguda, lupus eritematoso sistémico (LES) con anticuerpos antifosfolípidicos positivos o desconocidos, cirrosis severa, adenoma hepatocelular y tumores malignos de hígado, sangrado vaginal no evaluado, historia personal de cáncer de mama y sin evidencia de enfermedad durante 5 años que se encuentran en la categoría 3 para la colocación. Las mujeres con cardiopatía isquémica, accidente cerebro vascular (ACV) o migraña compleja (con aura) se encuentran dentro de la categoría 3 para continuar usando el método. Su colocación está contraindicada únicamente en mujeres con cáncer de mama (categoría 4).

Colocación, control y extracción. El implante debe ser colocado por un profesional entrenado en cualquier momento del ciclo, inmediatamente después del aborto o en cualquier momento después del parto. Raramente puede presentarse infección, hematoma o enrojecimiento en el sitio de inserción. No se necesita un seguimiento de rutina después de la inserción del implante. Debe ser retirado una vez finalizada su vida útil (3-5 años, dependiendo del dispositivo) o cuando la mujer lo desee, recuperando inmediatamente la fertilidad. Si la extracción es dificultosa por introducción profunda,

tendrá que ser realizada por un/a experto/a con ubicación previa con ultrasonido.

Posibles efectos secundarios. Las mujeres deben ser informadas de alteraciones en el sangrado: desde sangrado frecuente e irregular, sangrado vaginal leve o goteo, poca cantidad de sangrado, ausencia de sangrado y sangrado prolongado. Estos cambios son la causa más frecuente de remoción antes de los 3 años (33%). El uso del implante no está asociado con cambios en el peso, humor, el deseo sexual o dolores de cabeza, pero si con la posible aparición de acné.

Anticonceptivo inyectable trimestral

El anticonceptivo inyectable trimestral es un método hormonal que contiene acetato de medroxiprogesterona de depósito (AMPD) y su mecanismo de acción es la inhibición de la ovulación.

Eficacia. La eficacia anticonceptiva es mayor al 99% -menos de 1 embarazo en 100 mujeres por año de uso correcto y 3 embarazos cada 100 mujeres por año de uso habitual-.

Seguridad. Al contener sólo progestágeno son una buena opción en mujeres que tienen contraindicados los estrógenos, por ejemplo, durante el período de lactancia en las 6 semanas posteriores al nacimiento. Se pueden utilizar en mujeres con antecedentes de migraña con aura, pero es recomendable discontinuar su uso si la migraña se presenta durante el uso del método.

Se encuentra dentro de las categorías 1 y 2 de los criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos de la OMS, excepto mujeres que presenten: TVP o embolia pulmonar aguda, historia personal de cáncer

de mama y sin evidencia de enfermedad durante 5 años, cirrosis severa descompensada, adenoma hepatocelular y tumores malignos de hígado, LES con anticuerpos antifosfolípidicos positivos o desconocidos, LES con trombocitopenia severa para inicio del método, múltiples factores de riesgo para enfermedad cardiovascular, hipertensión arterial con presión sistólica mayor a 160 o diastólica mayor a 100, cardiopatía isquémica y ACV, sangrado vaginal no evaluado, diabetes (DBT) con neuropatía, retinopatía o neuropatía, u otra enfermedad vascular o DBT de más de 20 años de evolución (categoría 3). Se contraindica sólo en el caso de una mujer con diagnóstico de cáncer de mama (categoría 4).

Colocación, control y extracción. Los anticonceptivos inyectables deben administrarse cada 3 meses por inyección intramuscular profunda en el músculo glúteo o músculo deltoides (brazo) o en la cara lateral del muslo. Puede iniciarse su uso hasta el 5º día de comienzo de la menstruación sin necesidad de protección anticonceptiva adicional. Si se coloca en cualquier momento del ciclo menstrual se deben usar anticonceptivos de barrera adicionales durante los primeros 7 días después de la inyección. Puede iniciarse el uso inmediatamente después del aborto y en cualquier momento después del parto. Podría haber un retraso de hasta 1 año en el retorno de la fertilidad después de dejar de usar este anticonceptivo inyectable.

Posibles efectos secundarios. Las mujeres deben ser informadas que es probable que dejen de menstruar (amenorrea) o que tengan un sangrado persistente durante el uso de este método y que la probabilidad de

aparición del sangrado aumenta con el tiempo de uso. El uso del inyectable trimestral puede estar asociado con un aumento de hasta 2-3 kg de peso durante el primer año de uso, pero no está asociado con acné, alteraciones del humor o dolores de cabeza. Si bien el uso se asocia con una pequeña pérdida de densidad mineral ósea, que se recupera cuando se suspende el tratamiento, no hay evidencia de que el uso de este anticonceptivo incremente el riesgo de fracturas.

Conclusión

Los métodos anticonceptivos reversibles de larga duración son eficaces para evitar un embarazo no intencional con la ventaja de no depender del modo de uso para mantener su efectividad y tienen una alta adherencia de las mujeres. Son una buena opción anticonceptiva para mujeres de todas las edades, incluso adolescentes y mujeres que nunca han estado embarazadas.