



Anticoncepción intrauterina en nulíparas: de las percepciones a las evidencias. Estudio comparativo entre médicos latinoamericanos

Lira-Plascencia J,¹ Marín-Cantú VA,² Bahamondes L,³ Martín OR,⁴ Kosoy GJ⁵

Resumen

OBJETIVO: identificar la percepción de los médicos latinoamericanos acerca del conocimiento, uso, motivación y obstáculos relacionados con la prescripción de anticonceptivos intrauterinos, particularmente a nulíparas.

MATERIAL Y MÉTODO: estudio prospectivo, tipo encuesta, vía internet a ginecoobstetras o médicos generales elegidos al azar de Argentina, Brasil, Colombia y México.

RESULTADOS: participaron 402 médicos de cuatro países de Latinoamérica, 92.5% de ellos ginecoobstetras. Los motivos más frecuentes para colocar un anticonceptivo intrauterino fueron su elevada eficacia y anticoncepción a largo plazo. Las barreras más importantes para no indicar anticonceptivos intrauterinos fueron: nuliparidad, enfermedad pélvica inflamatoria, costos y dolor a la colocación. Cerca de 80% no colocaría un anticonceptivo intrauterino a una nulípara menor de 18 años de edad; 60.7% mencionó "riesgo un poco mayor" de enfermedad pélvica inflamatoria-infertilidad. La mayoría identificó el mismo riesgo de perforación uterina en nulíparas que en mujeres con paridad previa y de 24 a 45% consideró que el riesgo de expulsión es el mismo en nulíparas que en mujeres que ya han parido. El 64.5% de los médicos consideró que la colocación de anticonceptivos intrauterinos es un "poco más dolorosa" en nulíparas. El 57.5% de los participantes tomó en cuenta la indicación de anticonceptivos intrauterinos a nulíparas, como un criterio médico de elegibilidad 2 de la OMS.

CONCLUSIONES: las barreras identificadas para la anticoncepción intrauterina, desde la percepción de los médicos, fueron: nuliparidad, riesgo de enfermedad pélvica inflamatoria-infertilidad y dolor a la colocación. Esas barreras son conceptos históricos que carecen de sustento en la evidencia científica actual. Es indispensable ofrecer más información y educación a los prestadores de servicios.

PALABRAS CLAVE: anticoncepción intrauterina, anticonceptivos reversibles de larga duración, dispositivo intrauterino de cobre, sistema intrauterino liberador de levonorgestrel, nulíparas.

¹ Unidad de Investigación en Medicina de la Adolescente, Instituto Nacional de Perinatología, Ciudad de México.

² Hospital Central Sur de Petróleos Mexicanos, Ciudad de México.

³ Departamento de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Campinas, Brasil.

⁴ Departamento de Ginecología-Obstetricia y Reproducción Humana, Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá, Colombia.

⁵ Sección Adolescencia, Departamento Materno Infantil, Hospital Bernardino Rivadavia, Argentina.

Recibido: abril 2016

Aceptado: abril 2016

Correspondencia

Dra. Josefina Lira Plascencia
Unidad de Investigación en Medicina de la Adolescente
Instituto Nacional de Perinatología
Montes Urales 800
11000 Ciudad de México
drajosefinalira@yahoo.com.com

Este artículo debe citarse como

Lira-Plascencia J, Marín-Cantú VA, Bahamondes L, Martín OR, Kosoy GJ. La anticoncepción intrauterina en nulíparas: de las percepciones a las evidencias. Un estudio comparativo entre médicos latinoamericanos. Ginecol Obstet Mex. 2016 jul;84(7):403-412.

Ginecol Obstet Mex. 2016 Jul;84(7):403-412.

Intrauterine contraception in nulliparous: From perceptions of the evidence. A comparative study of Latin American doctors

Lira-Plascencia J,¹ Marín-Cantú VA,² Bahamondes L,³ Martín OR,⁴ Kosoy GJ⁵

ABSTRACT

OBJECTIVE: To identify the perception of Latin American doctors about the knowledge, use, motivators and obstacles related to the use of intrauterine contraceptives, particularly in nulliparous women.

MATERIAL AND METHOD: Prospective study type survey via internet directed to gynecologists or general practitioners chosen randomly from Argentina, Brazil, Colombia and Mexico.

RESULTS: 402 doctors, including 92.5% gynecologists participated. The most frequent motivators to place IUC were efficacy and long-term contraception; the most important barriers to intrauterine contraception use were nulliparity, inflammatory pelvic disease, cost, and pain during placement. About 80% will not place an intrauterine contraception to a nulliparous younger than 18 years old. Most of the doctors mentioned "a little higher risk" of inflammatory pelvic disease/infertility (mean 60.7%), they identified the same uterine perforation risk in nulliparous and woman with previous parity; 24% to 45% of the participants considered a risk of expulsion similar in nulliparous and women with previous parity. A mean of 64.5% of the participants considered that intrauterine contraception placement is a "little bit more painful" in nulliparous. 57.5% of the participants identified the intrauterine contraception use in nulliparous as a WHO Eligibility Criterion 2.

CONCLUSIONS: From doctors' perception, the identified barriers for intrauterine contraception use were nulliparity, inflammatory pelvic disease/infertility and pain during insertion. Those barriers are historical concepts which have no scientific evidence today. It is essential to offer more information and educational training to healthcare providers.

KEY WORDS: Intrauterine contraception; Long-acting reversible contraceptives; Copper intrauterine device; Levonorgestrel-releasing intrauterine system; Hormone-Releasing IUDs; Nullips

¹Unidad de Investigación en Medicina de la Adolescente, Instituto Nacional de Perinatología, Ciudad de México.

²Hospital Central Sur de Petróleos Mexicanos, Ciudad de México.

³Departamento de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Campinas, Brasil.

⁴Departamento de Ginecología-Obstetricia y Reproducción Humana, Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá, Colombia.

⁵Sección Adolescencia, Departamento Materno Infantil, Hospital Bernardino Rivadavia, Argentina.

Correspondence

Dra. Josefina Lira Plascencia
Unidad de Investigación en Medicina de la Adolescente
Instituto Nacional de Perinatología
Montes Urales 800
11000 Ciudad de México
drajosefinalira@yahoo.com.com

ANTECEDENTES

En Latinoamérica, el uso de anticonceptivos modernos varía de 43 a 63% en mujeres de

15 a 49 años de edad unidas o casadas alguna vez. Esto implica que muchas mujeres con vida sexual activa están en riesgo de embarazo no planeado y sus complicaciones, como el



aborto en condiciones inseguras, que es una de las causas más importantes de morbilidad y mortalidad materna en nuestra región.¹ Una de las opciones accesibles es la anticoncepción intrauterina, que es conveniente, segura, sumamente eficaz y costo-efectiva, por lo que se recomienda como una opción de primera línea en la mayoría de las mujeres, incluidas las adolescentes (que son las que mayor índice de embarazos no planeados tienen) y nulíparas.² En varias guías clínicas y recomendaciones vigentes se considera a la anticoncepción intrauterina un método adecuado y sin restricciones de edad o paridad (Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar,³ Criterios de elegibilidad de la Organización Mundial de la Salud edición 2009,⁴ *Centers of Disease Control and Prevention*,⁵ *National Collaborating Centre for Women's and Children's Health*⁶ y *American College of Obstetrician and Gynecologists*⁷).

Lamentablemente, diferentes estudios^{1,8} y consensos⁹ muestran que la prevalencia de uso de anticonceptivos intrauterinos en nulíparas es baja, a pesar de su alta eficacia; se reporta que solo 5.6% de todas las usuarias de anticonceptivos y 3% de las adolescentes utilizan anticonceptivos intrauterinos.² Las razones de esto se relacionan con la falta de información de las mujeres jóvenes acerca de la disponibilidad y ventajas de la anticoncepción intrauterina,² a pesar de que las guías basadas en evidencia⁴⁻⁷ favorecen su prescripción y los estudios demuestran su seguridad en mujeres jóvenes y nulíparas, entre los médicos prevalecen prejuicios y percepciones erróneas que impiden su indicación.

El objetivo de este estudio fue: identificar conocimientos, actitudes y percepciones de grupos representativos de médicos latinoamericanos acerca de la prescripción, motivos y obstáculos relacionados con la anticoncepción intrauterina, particularmente en nulíparas.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio prospectivo internacional realizado mediante una encuesta vía electrónica (duración: 20 minutos) a médicos ginecólogos y médicos generales de Argentina, Brasil, Colombia y México como parte de una cohorte de 15 países (Reino Unido, Francia, Australia, Estados Unidos, Rusia, Turquía, Canadá, Alemania, Holanda, Suecia e Irlanda). El cuestionario lo elaboró un grupo internacional de 10 expertos en anticoncepción intrauterina (INTRA, *Intrauterine Contraception for Nulliparous Women: Translating Research into Action Group*) y se tradujo al idioma de cada uno de los países.⁸ En cada país, los médicos se identificaron entre miembros de grupos de investigación médica que expresaron interés en participar en la investigación. De esos grupos, se eligieron a los individuos mediante muestreo al azar. Una agencia de investigación global (GfK), con apoyo financiero de Bayer Health Care, envió una invitación a cada médico para participar. Se descartó a los médicos relacionados con empresas farmacéuticas y se buscó sólo a quienes atendieran más de 20 pacientes al mes relacionadas con anticoncepción.

Las preguntas de la encuesta se dividieron en dos grupos. El primer grupo incluyó siete preguntas con los antecedentes del médico participante y su práctica clínica respecto de la anticoncepción intrauterina (dispositivo de cobre [DIU] y sistema intrauterino liberador de levonorgestrel [SIU-LNG]) y preguntas adicionales de características demográficas (género, edad, región y escenario laboral). El segundo grupo de preguntas abarcó conocimiento de los médicos y sus actitudes hacia la provisión de la anticoncepción intrauterina y el entendimiento de los criterios médicos de elegibilidad de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (13 preguntas de opción múltiple). Se pidió a los participantes que eligieran las tres principales ventajas y barreras para la anticoncepción intrauterina tanto en forma general

(múltiparas) como específicamente en nulíparas de una lista completa de opciones. Algunas preguntas se enfocaron en percepciones acerca de la eficacia, colocación y riesgos asociados con el dispositivo intrauterino en nulíparas *versus* mujeres con paridad previa. Se formuló una pregunta con la escala de Likert para que los participantes compararan los riesgos percibidos de la anticoncepción intrauterina en nulíparas *versus* mujeres con paridad previa. El análisis estadístico se efectuó mediante medidas de tendencia central y frecuencias relativas mediante el programa Microsoft Excel, versión 15.18 (2015).

RESULTADOS

Se obtuvo respuesta de 402 médicos (Argentina [n=101], Brasil [n=101], Colombia [n=100] y México [n=100]), 92.5% correspondió a ginecólogos y 7.5% a médicos generales (30% del total de los médicos participantes de Colombia). La mayoría fue del sexo masculino (61.7%), con una media de 45.7 años de edad. Respecto al tipo de práctica, se encontró una mezcla entre quienes atendían medicina privada de manera predominante (sobre todo Brasil [87%], donde sólo un pequeño grupo tenía práctica hospitalaria institucional [10%]) y otros con práctica hospitalaria pública relevante (México y Colombia con 35% y 41%, respectivamente; Argentina 50% en sanatorios-clínicas-institutos privados y 24% en otros sitios).

De los médicos entrevistados en cada país, 28.5% tenían 20 o más años de experiencia en anticoncepción; 78% colocaba personalmente anticonceptivos intrauterinos con una media mensual de 12.5 dispositivos y 23% nunca había colocado un dispositivo intrauterino a nulíparas.

Al evaluar los motivos para la colocación de anticonceptivos intrauterinos se encontró que la alta eficacia y anticoncepción a largo plazo fueron los motivos más frecuentes (46.8 y 46.5%,

respectivamente) además de la comodidad para la mujer (43.5%), este último fue el valor más alto para los médicos de Argentina en todas las categorías. Los factores motivadores más relevantes en cada país fueron: comodidad para la mujer (Argentina), anticoncepción a largo plazo y eficacia (Brasil, Colombia y México) (Cuadro 1).

En el Cuadro 2 se describen las barreras para no indicar anticonceptivos intrauterinos a nulíparas que, en general, fueron: riesgo de enfermedad pélvica inflamatoria o infertilidad y colocación difícil. Destaca que para los médicos de Argentina, Brasil y Colombia el principal temor fue el riesgo de enfermedad pélvica inflamatoria y para México el dolor al momento de la colocación.

Al preguntar a los participantes si incluyen como parte de la orientación anticonceptiva los dispositivos intrauterinos, comentaron que solo consideran a las mujeres nulíparas, aunque principalmente se los proponen a mujeres con paridad previa. En Argentina y Colombia (32 y 25%, respectivamente) los médicos no ofrecen orientación anticonceptiva relacionada con dispositivos a nulíparas. En los cuatro países se ofrece anticoncepción intrauterina como parte de la orientación anticonceptiva a mujeres con paridad previa, incluso cuando son adolescentes y, en mayor proporción, a las de 18 a 29 años (64%). En contraste, la proporción de mujeres nulíparas que recibe la misma orientación de anticoncepción intrauterina es sólo de 13.5% en el grupo menor de 18 años y de 47% del grupo de 18 a 29 años.

En promedio, 76.5% de los participantes no colocaría un anticonceptivo intrauterino a una nulípara menor de 18 años y cerca de 45% no lo colocaría a nulíparas de 18 a 29 años de edad, incluso si fuera solicitado por la mujer. En mujeres con paridad previa que solicitan anticoncepción intrauterina, los médicos ac-

**Cuadro 1.** Factores que motivan la colocación de anticonceptivos intrauterinos (%)

	Argentina	Brasil	Colombia	México	Promedio
Comodidad para la mujer	66	37	34	37	43.5
Anticoncepción a largo plazo	41	53	42	50	46.5
Costo-efectividad a largo plazo	41	39	38	42	40
Eficacia	38	53	51	45	46.8
Posibles beneficios adicionales al ciclo menstrual (p.ej., periodos menstruales con menos sangrado)	36	46	32	31	36.3
Apego al tratamiento	20	15	22	28	21.3

Se tomaron en cuenta los cinco motivos más relevantes para el valor mostrado

Cuadro 2. Preocupaciones que obstruyen la indicación de anticonceptivos intrauterinos a nulíparas (%)

	Argentina	Brasil	Colombia	México	Promedio
Enfermedad pélvica inflamatoria	58	56	49	45	52
Dolor a la colocación	21	35	33	49	34.5
Colocación difícil	45	52	36	26	39.8
Infertilidad	45	39	39	40	40.8

ceden a colocar el dispositivo en 53% de las veces a menores de 18 años y 78% de los casos a mujeres de 18 a 29 años, mientras que en los mismos grupos de edad, sólo 23.5 y 55% de las veces se coloca un anticonceptivo intrauterino a mujeres nulíparas, aun cuando ellas lo soliciten explícitamente (Cuadro 3).

En el Cuadro 4 se describe la percepción de la eficacia de la anticoncepción intrauterina en nulíparas *versus* mujeres con paridad previa. El 78.8% de los participantes consideró que la eficacia de la anticoncepción intrauterina es la

Cuadro 3. Médicos que acceden a colocar anticonceptivos intrauterinos a solicitud de las mujeres que acuden a consulta anticonceptiva, por grupo de edad

	Menores de 18 años		18-29 años	
	Intervalo (%)	Promedio (%)	Intervalo (%)	Promedio (%)
En multíparas	41-65	53	74-82	78
En nulíparas	15-32	23.5	43-67	55

Cuadro 4. Eficacia de la anticoncepción intrauterina en nulíparas vs mujeres con paridad

	Argentina	Brasil	Colombia	México	Promedio
Mucho mejor	0	0	0	15	3.75
Un poco mejor	1	3	16	19	9.75
La misma eficacia	90.1	91.1	70	64	78.8
Un poco menos	7.9	5.9	7	2	5.7
Mucho menos	1	0	0	0	0.25

misma en nulíparas que en mujeres con paridad previa. Un porcentaje importante de los participantes de México (34%) consideró que hay mayor eficacia en nulíparas que en mujeres con paridad previa (mucho mejor-un poco mejor). En Argentina y Brasil 90% mencionó que la eficacia es la misma.

Al cuestionar a los médicos acerca de su percepción en relación con el riesgo de enfermedad pélvica inflamatoria e infertilidad en mujeres nulíparas con anticoncepción intrauterina *versus* mujeres sin anticoncepción intrauterina, 60.9% de los médicos mencionó “riesgo un poco mayor”, mientras que 25.1% consideró que existe “el mismo riesgo”. En México se percibe un riesgo mucho mayor (10%), mientras que en Argentina la proporción es menor (5.9%) (Figura 1).

En la Figura 2 se detallan las percepciones relacionadas con el riesgo de perforación uterina durante la colocación de un anticonceptivo intrauterino a nulíparas *versus* mujeres con paridad previa. La mayoría de los médicos identificó el mismo riesgo en nulíparas y mujeres con paridad previa (Argentina, Colombia y México) mientras que 54.4% de los participantes de Brasil respondió que existe mayor riesgo (un poco mayor o mucho mayor) de perforación en nulíparas.

Al evaluar la percepción en relación con el riesgo de expulsión del anticonceptivo intrauterino en

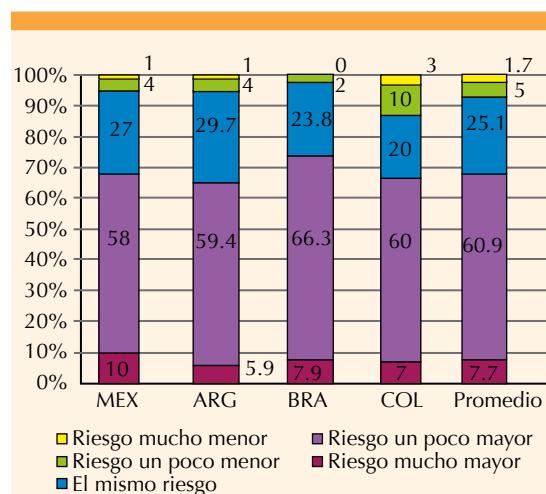


Figura 1. Percepción de los médicos participantes acerca del riesgo de enfermedad pélvica inflamatoria-infertilidad en nulíparas con anticoncepción intrauterina vs mujeres sin anticoncepción intrauterina (%).

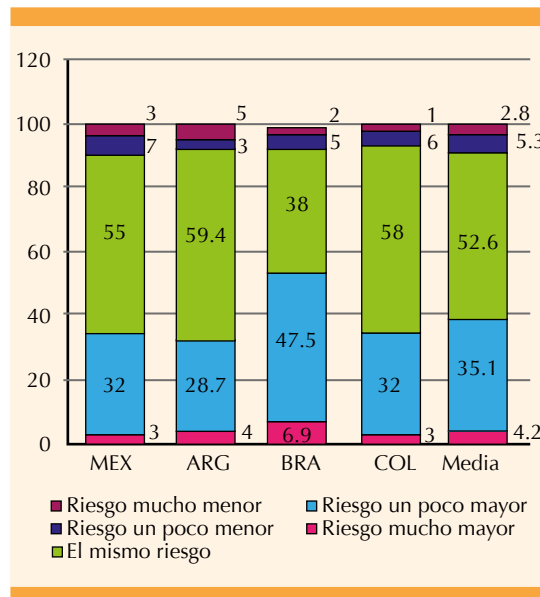


Figura 2. Percepción de los médicos participantes acerca del riesgo de perforación uterina con dispositivos intrauterinos en nulíparas vs mujeres sin anticoncepción intrauterina (%).

nulíparas *versus* mujeres con paridad previa, 35.5% de los médicos manifestó que el riesgo es un poco mayor, mientras que 5.5% lo consideró mucho mayor y 34.5% percibió el mismo riesgo.

En la Figura 3 se detalla la percepción de los médicos en relación con el dolor a la colocación del dispositivo intrauterino a nulíparas *versus* mujeres con paridad previa. El 64.7% de los médicos (75% de los médicos argentinos) consideró que la colocación del anticonceptivo intrauterino a nulíparas es “un poco más dolorosa”, mientras que 17.9% consideró que es “igualmente dolorosa” y 13.4% estimó que las nulíparas tienen mucho más dolor.

También se evaluó la percepción de los médicos relacionada con la facilidad de colocación del anticonceptivo intrauterino a mujeres nulíparas en comparación con las de paridad previa. En promedio, 60.5% consideró la colocación un

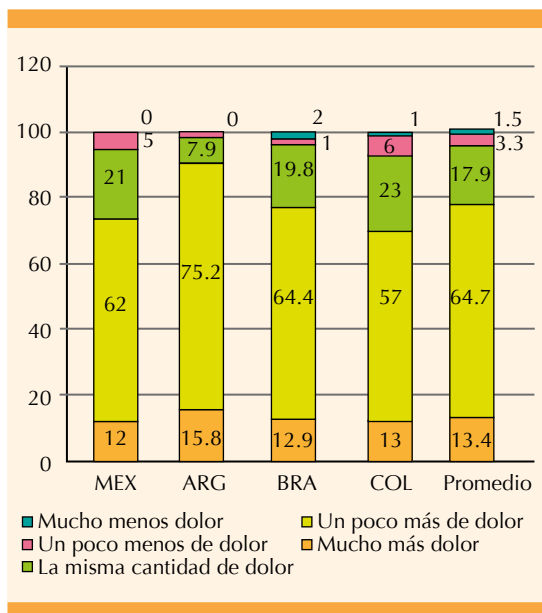


Figura 3. Percepción de los médicos participantes acerca del dolor a la colocación de un dispositivo intrauterino a mujeres nulíparas vs con paridad previa (%).

poco más difícil y 9% percibió la colocación mucho más difícil. El 26.5% reportó la misma dificultad en nulíparas que en mujeres con paridad previa.

En el Cuadro 5 se describe el conocimiento de los criterios médicos de elegibilidad de la OMS para la prescripción de anticonceptivos intrauterinos a nulíparas. El 57.5% de los participantes consideró, acertadamente, que la anticoncepción intrauterina en nulíparas

es categoría 2 (donde las ventajas superan los riesgos) y 15.8% de los participantes desconoce a qué categoría corresponde; la proporción fue mayor en Colombia (22%).

DISCUSIÓN

El estudio ofrece una visión de la percepción de médicos latinoamericanos que atienden, al menos, 20 mujeres al mes que buscan anticoncepción. Las respuestas más destacables de la anticoncepción intrauterina se centraron en la alta eficacia y permanencia a largo plazo, lo que es coherente con las características de este tipo de anticonceptivos. Los encuestados identificaron distintas barreras a la prescripción de anticonceptivos intrauterinos en cada país. En Argentina, Brasil y Colombia el principal obstáculo para prescribirlos a nulíparas fue el temor a la enfermedad pélvica inflamatoria, mientras que en Colombia fue el temor a la infertilidad y en México el dolor a la colocación (Cuadro 2). Los principales impedimentos para la indicación de un anticonceptivo intrauterino a mujeres con paridad previa, fueron la enfermedad pélvica inflamatoria (Brasil, Colombia, Argentina) y la dificultad de colocación (México). Existen evidencias actuales que señalan que la principal causa de enfermedad pélvica inflamatoria son las infecciones de transmisión sexual (*Chlamydia*, principalmente) y una de sus principales consecuencias es la infertilidad.¹⁰

La orientación anticonceptiva no siempre incluye información acerca de los dispositivos

Cuadro 5. Conocimiento de los criterios médicos de elegibilidad para indicar anticonceptivos intrauterinos a nulíparas (%)

	Argentina	Brasil	Colombia	México	Promedio
No hay restricción (CME* 1)	18	7	15	17	14.3
Las ventajas superan los riesgos (CME 2)	54	73	51	52	57.5
Los riesgos superan las ventajas (CME 3)	11	8	9	13	10.3
Contraindicados (CME 4)	0	2	3	3	4
Desconoce	16	10	22	15	15.8

*Criterios médicos de elegibilidad de la Organización Mundial de la Salud.

intrauterinos y ésta se ofrece, frecuentemente, a mujeres adultas, con algunas sutiles diferencias entre países; por ejemplo, en Colombia se ofrece orientación acerca de la anticoncepción intrauterina a mujeres mayores de 18 años de edad y en México sobre todo a mujeres entre 18 y 29 años, sin importar si tienen paridad previa o son nulíparas. Con base en estos resultados existe un grupo importante de médicos cuyas percepciones les impiden colocar anticonceptivos intrauterinos a nulíparas menores de 18 años de edad (76.5%), incluso a petición expresa de las mismas. Esta conducta preocupa porque la edad no es una contraindicación para su colocación puesto que los criterios de elegibilidad de la OMS señalan a la edad menor de 20 años como categoría 2, esto es una condición donde las ventajas del uso del método generalmente superan los riesgos teóricos o probados.⁴

La mayoría de los participantes reportó que la eficacia de los anticonceptivos intrauterinos en mujeres nulíparas es la misma que en pacientes con paridad previa; sin embargo, 34% de los médicos encuestados de México piensa que la anticoncepción intrauterina es “un poco mejor o mucho mejor” en nulíparas, mientras que para los participantes de los demás países esta percepción de “un poco mejor” sólo fue reportada entre 1 y 16%.

El estudio reporta conceptos equivocados de los médicos en relación con varios aspectos de la anticoncepción intrauterina, en particular acerca de la posibilidad de enfermedad pélvica inflamatoria e infertilidad, además de dificultad y dolor a la colocación en nulíparas; 6 de cada 10 médicos consideraron que hay un riesgo mayor de enfermedad pélvica inflamatoria-infertilidad en nulíparas que en mujeres con paridad previa y hay una proporción entre 20 y 30% que piensa que tienen el mismo riesgo. La posibilidad de enfermedad pélvica inflamatoria aumenta sólo en los primeros 20 días posteriores a la colocación

de un dispositivo intrauterino (9.7 por cada 1000 mujeres-año), por infección cervical preexistente; después, este riesgo disminuye a 1.4 por cada 1000 mujeres-año, lo que equivale al mismo riesgo que en la población general.¹ Respecto de la infertilidad, el regreso a la fertilidad después del retiro del dispositivo intrauterino es rápido y no hay evidencia de que esto no ocurra en las nulíparas. El mecanismo primario por el que la anticoncepción intrauterina pudiera incrementar el riesgo de infertilidad es por enfermedad pélvica inflamatoria pero ésta no se incrementa en las usuarias de anticoncepción intrauterina.¹¹

Uno de cada dos médicos participantes consideró que el riesgo de perforación uterina en nulíparas *versus* mujeres con paridad previa es el mismo; 3 de cada 10 encuestados consideraron que había un riesgo un poco mayor. La evidencia científica muestra que el riesgo de perforación uterina durante la colocación de un dispositivo intrauterino varía de 0 a 1.3% (RR 1.6 [IC 95%: 1.0-2.7]), indistintamente de la paridad y no hay evidencia en la bibliografía de que exista mayor riesgo de perforación en nulíparas.^{1,12}

La expulsión del dispositivo intrauterino es un evento poco frecuente, que sucede entre 2 y 10%¹³ durante el primer año de haberse insertado y no hay mayor posibilidad de expulsión en nulíparas.¹ En un análisis de las tasas acumuladas de expulsión de dispositivos intrauterinos, a 36 meses en una cohorte extensa de 5403 nulíparas y mujeres con paridad previa de Estados Unidos, no se observó mayor riesgo de expulsión en nulíparas; de hecho, la nuliparidad se asoció con menos expulsiones en usuarias del sistema intrauterino liberador de levonorgestrel (SIU-LNG), a diferencia de las usuarias del dispositivo intrauterino de cobre.¹³ Es factible que la percepción de los participantes en la encuesta de que el riesgo de expulsión dispositivo pudiera ser un poco mayor en nulíparas sea una barrera adicional



para no colocarlo a mujeres jóvenes que casi siempre son nulíparas.¹⁴

Existen pocos datos acerca del dolor relacionado con la colocación de dispositivos intrauterinos donde se compare la experiencia entre nulíparas y mujeres con paridad previa, pero la evidencia sugiere que es discretamente mayor en nulíparas. Los estudios se han dirigido más hacia la eficacia de diferentes analgésicos y anestésicos locales para disminuir la molestia durante la colocación.⁸ El dolor anticipado suele ser mayor que el dolor real y la mayoría de las mujeres nulíparas que sufre dolor, por lo general lo reportan de leve a moderado. En un estudio prospectivo con 117 mujeres nulíparas, 62% comentó que el dolor asociado con la colocación fue similar en intensidad al de la menstruación. En un estudio con 224 mujeres nulíparas, 9% no reportaron dolor y 72% informó dolor moderado durante la colocación de un SIU-LNG.¹⁵ En los resultados de nuestro estudio la mayoría de los médicos encuestados consideró como una barrera el que las nulíparas experimentaran más dolor durante la colocación del dispositivo intrauterino; sin embargo, ante la evidencia actual donde se corrobora que el dolor suele ser bien tolerado, no debiera constituir un obstáculo para colocar anticonceptivos intrauterinos a nulíparas.

Por lo que se refiere a la facilidad de colocación en nulíparas en comparación con mujeres con paridad previa, se encontró que la facilidad para la colocación se relaciona, directamente, con la experiencia del personal de salud, más que con la paridad de la usuaria.¹⁶ Una experiencia con médicos de Nueva Zelanda, relacionada con la colocación de SIU-LNG, la dificultad de ésta en nulíparas en comparación con mujeres con paridad previa fue 1.6 veces superior (IC 95%: 1.0-2.6).⁸ En un estudio brasileño se encontró que la colocación de SIU-LNG en nuligrávidas ocurrió sin dificultades en cerca de 80% de los casos,

un porcentaje similar al que se encuentra en mujeres con paridad previa.¹⁷

Tres de cada cuatro médicos brasileños y más de la mitad de los médicos de los otros tres países eligieron, correctamente, el criterio médico de elegibilidad de la OMS para la colocación de un dispositivo intrauterino a mujeres nulíparas (CME 2), aunque prevalece 15.8% de desconocimiento al respecto, siendo mayor en Colombia, donde se incluyó a 30% de médicos generales.

Con base en nuestros resultados podemos afirmar que nos sorprende que los participantes médicos de Latinoamérica reconocen a la anticoncepción intrauterina como un método altamente eficaz, de largo plazo y costo-beneficio favorable; en su mayoría conocen que la anticoncepción intrauterina es un método que puede indicarse a nulíparas (categoría 2 de los criterios médicos de elegibilidad de la OMS); saben que tiene la misma eficacia en nulíparas que en mujeres con paridad previa, pero no lo incluyen en la orientación anticonceptiva en este grupo de mujeres (a pesar de que las mujeres jóvenes son las que mayor prevalencia tienen de embarazos no planeados) y no lo colocarían incluso a pesar de que la mujer lo solicitara, debido a sus percepciones en relación con el riesgo de enfermedad pélvica inflamatoria, infertilidad y colocación difícil.

CONCLUSIONES

Se identificaron algunas barreras para la indicación de anticonceptivos intrauterinos vinculadas con percepciones erróneas de los médicos, cuyas creencias repercuten en la orientación y utilización de este método. Hay evidencia suficiente que sustenta la anticoncepción intrauterina en todos los grupos de mujeres, incluidas las nulíparas y adolescentes, en términos de su eficacia y seguridad. La evidencia publicada hasta el momento no muestra mayor incidencia de enfermedad pélvica inflamatoria, infertilidad,

perforación o expulsión en nulíparas.^{1,10,12,14} El reto es asegurar que los médicos comprendan la evidencia y no descarten la anticoncepción intrauterina como un método eficaz, que no depende de la usuaria para su eficacia y que no tiene restricciones en relación con la edad ni con la paridad, sino que la ofrezcan junto con otras opciones anticonceptivas como un método adecuado y altamente eficaz a largo plazo. La anticoncepción intrauterina es un método de primera elección, independientemente de la edad o paridad de las mujeres que desean anticoncepción de larga duración, recomendación avalada por las guías internacionales vigentes, incluidos los Criterios Médicos de Elegibilidad de la OMS.⁴ Se requiere mayor esfuerzo para proporcionar más información y educación a los médicos que de una u otra manera tienen participación en la anticoncepción, a fin de disminuir la diferencia entre la evidencia publicada y las percepciones, muchas veces históricas y erróneas.

REFERENCIAS

1. Lira-Plascencia J, Bahamondes L, Bahamondes MV, Fugarolas JM, Kosoy G, Magalhaes J, Paez-Fonseca B, Perfumo PR. Anticoncepción intrauterina en mujeres nulíparas como estrategia para disminuir los embarazos no planeados en América Latina. *Ginecol Obstet Mex* 2014;82:111-122.
2. Hall A, Kutler BA. Intrauterine contraception in nulliparous women: a prospective survey. *J Fam Plann Reprod Health Care* 2015;42:36-42.
3. Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993, de los servicios de planificación familiar. SS, 2004. Consultado en marzo de 2016. Accesible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/005ssa23.html>
4. OMS. Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. Organización Mundial de la Salud. Consultado en marzo de 2016. Cuarta edición, 2009. Accesible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44710/1/9789243563886_spa.pdf
5. Centers for Disease Control and Prevention. U.S. Selected Practice Recommendations for Contraceptive Use, 2013. Adapted from the World Health Organization Selected Practice Recommendations for Contraceptive Use, MMWR 2013;62(5):7-14.
6. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health, Long-Acting reversible contraception. The effective and appropriate use of long-acting Reversible contraception. *RCOG Press*, London, 2005.
7. Committee on Adolescent Health Care Long-Acting Reversible Contraception Working Group. The American College of Obstetrician and Gynecologist. Committee opinion no. 539: adolescents and long-acting reversible contraception: implants and intrauterine devices. *Obstet Gynecol* 2012; 120: 983-8
8. Black KI, Lotke P, Lira J, Peers T, Zite NB. Global survey of healthcare practitioners' beliefs and practices around intrauterine contraceptive method use in nulliparous women. *Contraception* 2013;88:650-656
9. Committee on Adolescence. Contraception for adolescents. *Pediatrics* 2014;134:e1244-56
10. Hubacher D, Lara-Ricalde R, Taylor DJ, Guerra-Infante F, Guzman-Rodriguez R. Use of copper intrauterine devices and the risk of tubal infertility among nulligravid women. *N Engl J Med* 2001;345:561-567.
11. Lyus R, Lohr P, Prager S. Use of the Mirena LNG-IUS and Paragard CuT380A intrauterine devices in nulliparous women. *Contraception* 2010;81:367-371.
12. Heinemann K, Reed S, Moehner S, Minh TD. Risk of uterine perforation with levonorgestrel-releasing and copper intrauterine devices in the European Active Surveillance Study on Intrauterine Devices. *Contraception* 2015; 91: 274-9.
13. Madden T, McNicholas C, Zhao Q, Secura G, Eisenberg DL, Peipert F. Association of age and parity with intrauterine device expulsion. *Obstet Gynecol* 2014;124:718-726.
14. Simonatto P, Bahamondes MV, Fernandes A, Silveira C, Bahamondes L. Comparison of two cohorts of women who expelled either a copper-intrauterine device or a levonorgestrel-releasing intrauterine system. *J Obstet Gynaecol Res* 2016; 28. doi 10.1111/jog.12939.
15. Gemzell-Danielsson, Mansour D, Fiala C, Kaunitz AM, Bahamondes L. Management of pain associated with the insertion of intrauterine contraceptives. *Human Reproduction Update*. 2013;19:419-427.
16. Black K, Lotke P, Buhling KJ, Zite NB. A review of barriers and myths preventing the more widespread use of intrauterine contraception in nulliparous women. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2012;17:340-350.
17. Bahamondes MV, Hidalgo MM, Bahamondes L, Monteiro I. Ease of insertion and clinical performance of the levonorgestrel-releasing intrauterine system in nulligravidas. *Contraception* 2011;84:e11-6.