

GINECOLOGÍA

ANTICONCEPCIÓN CON
DISPOSITIVO INTRAUTERINO

Sergio Vargas Mora*
Carolina Estrada Rodríguez**

SUMMARY

The intrauterine device is a safe, effective, long-lasting, yet reversible method of contraception. This method should be consider in general population including, nulliparous, adolescent women in immediate postpartum and post abortion. In addition to its high effectiveness this method provides and alternative in patients with chronic diseases or in need of emergency contraception.

INTRODUCCIÓN

Existen solamente 2 dispositivos intrauterinos (DIU) aprobados por la FDA, el dispositivo de

cobre T380A y el dispositivo intrauterino con liberación prolongada de levonorgestrel LNG IUS. Muchas de las cualidades de importancia son compartidas por ambos dispositivos.(1,5,7,8)

DISPOSITIVO DE COBRE

El DIU de cobre T380A consiste en una pieza de polietileno con forma de T, altamente efectivo durante 10años de colocación intrauterina. Una pequeña cuerda se extiende desde la base del mismo a través del canal cervical y hasta la parte superior de la vagina, su función es permitir

una fácil extracción y el chequeo regular de un posicionamiento adecuado. El componente activo consiste en 380mm² de superficie de cable de cobre expuesto. Los iones de cobre a nivel endometrial son tóxicos para el esperma y proveen el efecto anticonceptivo preconcepcional. Los marcos en T de ambos DIU contienen sulfato de Bario, que los vuelve visibles a la examinación radiográfica. De los muchos DIUs de cobre a nivel mundial, el T380A es el más efectivo y comparte una tasa similar de efectos secundarios comparado con otros dispositivos de cobre.(1,3,5,6,7,8,9)

* Licenciado en Medicina y Cirugía. Universidad de Costa Rica.

** Licenciada en Medicina y Cirugía. Universidad de Costa Rica.

DISPOSITIVO CON LIBERACIÓN PROLONGADA DE LEVONORGESTEL

El DIU con liberación prolongada de levonorgestrel LNGIUS posee también forma de T, está hecho de polietileno, pero su componente activo el levonorgestrel (LNG) se encuentra contenido en un reservorio alrededor del marco. Se liberan 20ug por día de LNG directamente en la cavidad uterina. El sistema está recomendado durante 5 años durante los cuales provee de un eficaz control de la concepción. Las concentraciones locales altas de LNG causan supresión uniforme de la proliferación endometrial lo que produce decidualización estromal y una histología inactiva, estas alteraciones del ambiente uterino son nocivas para la viabilidad y motilidad espermáticas y también para el proceso de fertilización. Además ha demostrado alterar la zona pelúcida y su expresión de sitios de unión a los espermatozoides humanos y es capaz de engrosar el moco cervical y suprimir la ovulación en algunas mujeres. Dentro de sus efectos benéficos no contraceptivos podemos citar la disminución en el riesgo de embarazo ectópico, en el riesgo de cáncer endometrial, las pérdidas sanguíneas menstruales y la dismenorrea.(1,3,5,6,7,8,9)

EFICACIA

Dado su alta tasa de cumplimiento, su efectividad en uso perfecto y su efectividad real son prácticamente idénticas. Se han notado tasas similares de embarazo durante el primer año de uso típico para T380AYLNGIUS: con 0.6-0.8 por cada cien mujeres y 0.1 por cada cien mujeres respectivamente. El riesgo acumulado de embarazo a los diez años de obstrucción tubárica es de 1.8 por cada cien mujeres, por lo cual no se encuentra diferencia clínica con la esterilización quirúrgica (1,4,5,7,8)

para el LNGIUS)(1,5,9)

EFFECTOS SECUNDARIOS

Entre los efectos secundarios se puede presentar: dolor ya sea por el pasaje a través del canal cervical como por contracciones uterinas reflejas posteriores a la colocación del DIU. Los niveles de dolor reportados varían y la ansiedad durante el procedimiento parece aumentar el riesgo, entre otros predictores de dolor se encuentra que la mujer sea nulípara, que haya pasado mucho tiempo desde el parto o desde la última menstruación y que no se encuentre amamantando en el momento de la colocación.(1,8)

Los riesgos de la utilización de AIU pueden incluir perforación intrauterina (riesgo bajo 1/1000 inserciones) o expulsión, que puede acompañarse de sangrado uterino o dolor. El riesgo de expulsión es de 2-10% durante el primer año. Las mujeres que han expulsado un DIU pueden presentar un riesgo aumentado de expulsión ante la implantación de DIUs subsecuentes. Otros riesgos que se presentan durante la colocación es la colocación fallida o la presentación de sincope vasovagal. (1,5,9)

EMBARAZO

Se debe remover el DIU de las

CONTRAINDICACIONES

Las contraindicaciones absolutas para la utilización de DIU son pocas. Embarazo, infección puerperal o post aborto (actual o durante los tres meses previos), sangrado transvaginal anormal no diagnosticado o malignidad del tracto genital, distorsión de la cavidad uterina de manera tal que la vuelva incompatible con la inserción de un DIU, infección de transmisión sexual o cervicitis purulenta activa, enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) activa o durante los tres meses previos, alergia a cualquiera de los componentes del DIU, enfermedad de Wilson (únicamente para los DIU de cobre) y cáncer de mama (únicamente

pacientes que quedan embarazadas utilizándolo, siempre y cuando esto no constituya un proceso invasivo. Entre los riesgos de no lograr remover el dispositivo se encuentra: aborto y aborto séptico. (4,10)

AMENORREA Y SANGRADO

Durante los primeros 1 a 3 meses de utilizar el LNGIUS se puede presentar sangrado y manchado irregular, pero posteriormente se presenta en la gran mayoría una reducción substancial en las pérdidas menstruales y aproximadamente el 20% de las usuarias se tornan amenorreicas. (3,5) Por su parte el T380A puede causar de manera inicial un aumento en el flujo menstrual y la dismenorrea, aunque este efecto disminuye, de manera usual, con el tiempo. Las mujeres que experimentan dolor y sangrado como efecto secundario comúnmente pueden ser tratadas con AINES.(1,5)

ALTO COSTO

El costo del dispositivo, más el de la colocación dan la apariencia de que este es un método anticonceptivo oneroso. No obstante la inversión dividida en el tiempo y en la alta tasa de seguridad lo convierte en una opción realmente rentable. (5,8)

TEST PRE INSERCIÓN

Las mujeres sanas no necesitan de ningún test previo a la colocación del DIU, la evaluación de rutina en búsqueda de candidiasis, tricomoniasis, gonorrea o vaginosis bacteriana es innecesaria. Por otro lado las pacientes con cervicitis o con descarga vaginal patológica deben ser tratadas antes de la colocación. Los efectos de la tricomoniasis y de la vaginosis bacteriana durante la colocación del DIU no han sido estudiados pero se recomienda tratar antes de la colocación del DIU. La presencia de candidiasis vaginal no es contraindicación para la colocación del DIU y se puede tratar de manera simultánea. (1,10) En pacientes de bajo riesgo para ITS no es necesaria una valoración rutinaria por gonorrea y clamidia previa colocación del DIU y en pacientes de alto riesgo como adolescentes la indicación es aún poco clara dado que el riesgo de EPI es aún muy bajo.(1,10) Se consideran pacientes de alto riesgo para ITS aquellas menores de 26 años, mujeres mayores con una nueva pareja sexual, mujeres con más de una pareja sexual durante el último año, o cuya pareja tiene más de una pareja sexual(1)

MOMENTO DE INSERCIÓN

Más que la antigua recomendación

de realizar la inserción en los primeros 7 días posterior a la menstruación. La inserción se puede realizar en cualquier momento siempre y cuando se cuente con pruebas fidedignas de que la paciente no está embarazada. Se recomienda un test de embarazo negativo en pacientes con tiempo de ovulación no claro, con dicha prueba tomada dos semanas después de la última relación sexual de riesgo.(1) El inicio del efecto anticonceptivo varía de acuerdo con el dispositivo, el DIU de cobre inicia su acción anticonceptiva de manera inmediata por lo cual puede ser utilizado como anticoncepción de emergencia, de hecho es más efectiva que la anticoncepción hormonal de emergencia. El LNGDIUS es efectivo de manera inmediata solamente si se coloca de manera inmediata posterior a la menstruación.(1,5) Se recomienda una visita a las 3- 6 semanas o luego de la primera menstruación post inserción, para excluir: perforación, infección o expulsión. No obstante si la paciente permanece asintomática y es capaz de sentir las tiras del DIU en la vagina la cita de control puede no ser necesaria.(1) Otros momentos recomendados para la inserción son posteriores al parto, cesárea o aborto. En el periodo postparto se puede colocar el DIU durante las primeras 48 horas posterior al alumbramiento o 4 semanas

posterior al parto. La colocación en el posparto inmediato no se asocia a un aumento de infección, sangrado puerperal o disminución en la velocidad de involución uterina, pero si se asocia a un aumento en el riesgo de expulsión. (1,3,4)

ENFERMEDAD PÉLVICA INFLAMATORIA Y DIU

Los estudios más recientes que evalúan la relación entre el riesgo de inserción del DIU y la EPI han concluido que el riesgo es bajo. El riesgo después de la inserción aumenta únicamente de manera leve durante los 20 días posteriores a la inserción dado al ascenso de bacterias intracervicales. Este riesgo disminuye a 1.4 mujeres por cada 1000 por año de uso luego de los primeros 20 días y permanece bajo durante todo el periodo de uso recomendado. (1,3,5,6,8)

INFERTILIDAD Y DIU

La relación entre AIU y la infertilidad se ha rechazado, en un estudio con 1895 mujeres con infertilidad tubárica primaria se encontró que la utilización previa de DIU de cobre no se asocia con un riesgo aumentado de oclusión tubárica ni siquiera en pacientes nulíparas. Las mujeres pueden esperar un rápido retorno de la fertilidad después del retiro del DIU(1,8)

EMBARAZO ECTÓPICO

Existe un malentendido respecto a la prevención del embarazo ectópico, los métodos anticonceptivos altamente efectivos protegen tanto de los embarazos intrauterinos, como de los embarazos ectópicos. Aunque el DIU protege con mayor efectividad contra el embarazo intrauterino, que contra el embarazo ectópico. Dado su alta efectividad y apego es aun así un método efectivo de protección contra el embarazo ectópico, y no se considera contraindicación el antecedente de un embarazo ectópico.(3,8,10)

USO EN MUJERES NULÍPARAS Y DIU

De manera histórica la AIU se ofrecía únicamente a mujeres mayores, multíparas y en una relación monógama. Dicha restricción se basaba en datos antiguos que ligaban la utilización de DIU con EPI e infertilidad. (1,5,7,8) Sin embargo como se discutió de manera previa el DIU se asocia solo a una elevación transitoria del riesgo de EPI y se considera una opción segura en mujeres nulíparas y multíparas, con bajo riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual. También se puede utilizar en adolescentes y mujeres jóvenes (donde existe alto riesgo de fallo con otros métodos anticonceptivos que dependen del

apego del paciente)(1,5,6,7,8)

USO EN PACIENTES CON OTRAS ENFERMEDADES MÉDICAS

La anticoncepción en pacientes con otras enfermedades subyacentes puede ser compleja. El LNGIUS es considerado un método apropiado en mujeres con HTA, no aumenta el riesgo de infarto agudo de miocardio y es seguro en mujeres con diabetes mellitus. Además dado que las mujeres obesas poseen un riesgo aumentado de sangrado uterino anormal y neoplasia endometrial el uso de LNGIUS debe valorarse como una opción beneficiosa. Se ha demostrado que el LNGUS permanece activo en pacientes con tratamiento anticonvulsivante u otros inductores de la actividad enzimática hepática. También se ha demostrado su seguridad en pacientes VIH (2,3,5,11)

Por su parte el dispositivo de cobre no posee ningún componente hormonal y por lo tanto se recomienda en pacientes en las cuales se necesita evitar la exposición a hormonas.(3,5)

CONCLUSIONES

La terapia con DIU es una opción altamente efectiva comparable con la esterilización quirúrgica, con la ventaja de que es reversible.

La anticoncepción con DIU presenta pocas contraindicaciones absolutas que se revisaron previamente.

El riesgo aumentado de EPI, secundario a la utilización de DIU, se limita al primer mes post colocación.

Es segura y efectiva en poblaciones que antes se consideraban no aptas: mujeres nulíparas, jóvenes y adolescentes, y mujeres con antecedente de embarazo ectópico. Los DIU son un anticonceptivo seguro en pacientes con condiciones médicas asociadas como DM, HTA, infección por VIH y se deben considerar seriamente en dichas ocasiones.

La elección de un método anticonceptivo es una labor conjunta entre el médico y la paciente. Los DIU se deben tener en cuenta como métodos sencillos, seguros y efectivos y recomendarse la población general. Mas la decisión final recae en el binomio médico-paciente.

RESUMEN

La anticoncepción intrauterina (AIU) es un método de anticoncepción efectivo, de efecto prolongado y seguro. Este método puede ser recomendado a mujeres nulíparas, adolescentes, en postparto o post aborto inmediato. En adición a su alta efectividad este método provee una alternativa en pacientes con enfermedades crónicas o que necesitan anticoncepción de emergencia. (1,7,8)

BIBLIOGRAFÍA

- Strategies to prevent unintended pregnancy increasing use of long-acting reversible contraception; Human reproductive update;17:121-131
4. Cullwell. K and colls(2009)Medical eligibility criteria for contraceptive use, World health organization ; 79-81
 5. Espey.E, Ogburn.T,Foteo.D (2008) Contraception: What Every Internist Should Know; The Medical Clinics of NorthAmerica;92:1037-1058
 6. Linares. A, Schutt-Aine.A(2011); Contraception, Textbook of family medicine, 469-476
 7. Lyus, R and colls (2009); Use of Mirena LNGIUS and Pargard CuT380A intrauterine devices in nulliparous women, 1-5
 8. MacIsaac.L,Espey.E(2007);Intrauterine contraception the pendulum: swings back; Obstetrics and gynecology Clinics of North America; 34: 91-111
 9. Mestad. R and colls(2011); Reversible contraception update: The importance of long- acting reversible contraception; Postgrad Med; 121(4): 18-25
 10. Randell. A(2011), Guidelines for the use of Long acting reversible contraception, American family Physician; 85(4) 403-404
 11. Teal. S(2007) Contraception for women with chronic medical conditions; Obstetrics and gynecology clinics; 34: 113-126