



DIU

Dispositivos intrauterinos: Seguros, eficaces y subutilizados

■ Los DIU son sumamente seguros, eficaces y económicos. Tienen una vida útil de cinco a 10 años y producen escasos efectos secundarios. En general, el riesgo relacionado de EPI es muy bajo.

■ El costo inicial de un DIU es mayor, debido a la necesidad de visitas clínicas y la inserción la realice una persona capacitada, pero los costos actuales son mínimos.

■ Las técnicas adecuadas de inserción son de importancia capital y reducen los riesgos de EPI y expulsión del dispositivo.

■ Los DIU no los deben usar las mujeres que han tenido una ITS en los tres últimos meses. La presencia de ITS durante la inserción del DIU puede dar lugar a una EPI.

■ En las poblaciones con una alta prevalencia de ITS, la administración profiláctica de antibióticos puede reducir la incidencia de EPI.

Resumen: Los dispositivos intrauterinos (DIU) constituyen el método anticonceptivo reversible de más uso en el mundo. Los DIU son sumamente seguros y eficaces, y pueden usarlos las mujeres como un método a largo plazo. Están también entre los métodos anticonceptivos reversibles más eficaces desde el punto de vista del costo. Los DIU no aumentan el riesgo de enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) en la mujer, que puede producir la infertilidad. Más bien, las infecciones de transmisión sexual (ITS) preexistentes hacen aumentar el riesgo de infección e infertilidad posterior. El personal clínico, aparte de los médicos, puede recibir capacitación para evaluar a las candidatas e insertar los DIU sin peligro. La técnica y el momento oportuno son esenciales para reducir al mínimo el riesgo de expulsión temprana e infección.

Perspectiva general: Los dispositivos intrauterinos (DIU) están entre los anticonceptivos más fiables y económicos disponibles. Aunque se usan poco en los Estados Unidos, constituyen el método anticonceptivo reversible de más uso en todo el mundo. A nivel mundial, el 12 por ciento de las mujeres casadas en edad reproductiva usan un DIU. A los DIU los supera únicamente la esterilización quirúrgica no reversible (19%). Los DIU que más se usan en la mayoría de los países son el T 380A de cobre (T de cobre). El DIU hormonal más común es el levonorgestrel (LNg). El T de cobre está aprobado para un uso de 10 años, pero su eficacia puede durar hasta más de 12 años. Otro tipo de DIU es el hormonal. El DIU hormonal más común es el sistema intrauterino levonorgestrel (LNg). La eficacia de ambos dispositivos rivaliza con la de la esterilización quirúrgica y puede superar la del Norplant.

Aunque el costo inicial de un DIU es relativamente elevado, y su vida útil es de siete a 10 años, los DIU están entre los métodos anticonceptivos más económicos. Los costos adicionales efectuados durante el uso tienden a ser mínimos.

La inserción de los DIU debe realizarse en un entorno clínico y la debe efectuar personal capacitado. También requiere una visita de seguimiento después de un mes. Algunos protocolos establecen tres visitas de seguimiento adicionales el primer año; sin embargo, un estudio reciente en México (Hubacher, y col., 1999) no encontró ninguna diferencia significativa en las tasas de EPI entre las clientas que realizaron dos visitas de seguimiento (al mes y a los 12 meses) y las clientas que realizaron cuatro visitas de seguimiento el primer año.

Las mujeres en cualquier edad reproductiva, incluidas las que nunca han tenido hijos (nulíparas), pueden usar los DIU. Sin embargo, las mujeres nulíparas y las mujeres menores de 20 años de edad corren un riesgo mayor de expulsión.

Los DIU se pueden insertar en cualquier momento durante el ciclo menstrual, siempre y cuando el proveedor esté razonablemente seguro de que la mujer no está embarazada. Hay pocas contraindicaciones para el uso de los DIU y se relacionan principalmente con la presencia de infección urogenital. A las mujeres que padecen infección urogenital después del parto o el aborto, a las mujeres que están infectadas con una ITS o que tienen EPI y a las mujeres que han tenido una ITS o EPI en los tres últimos meses no se les debe insertar un DIU. Por otra parte, muchas de las contraindicaciones relativas a otros métodos de planificación familiar no se aplican a los DIU. Por ejemplo, las mujeres que fuman, que amamantan (después de 6 semanas en el caso de LNg) o que toman antibióticos pueden usar un DIU.

En general, las mujeres notifican menos efectos secundarios debido a los DIU que a los anticonceptivos orales, implantables o inyectables. Las quejas de sangrado intermenstrual y calambres, especialmente durante el primer mes de uso del DIU, son comunes y pueden llevar a que la mujer pida que se les extraiga el dispositivo.

El T de cobre se relaciona con un aumento de sangrado menstrual prolongado y profuso, dismenorrea y manchado intermenstrual, y calambres durante los primeros ciclos después de la inserción. Esos efectos son las razones principales de extracción del dispositivo, pero en general disminuyen con el tiempo y son menos comunes en las usuarias de más edad y las que han tenido hijos. En cambio, las razones principales de abandono del uso del sistema de LNg intrauterino son la menstruación poco frecuente o la ausencia de ésta.

Los DIU no hacen aumentar el riesgo de embarazo ectópico. Sin embargo, hasta la mitad de los pocos embarazos que sí ocurren en las usuarias de DIU son ectópicos.



DIU: Seguros, eficaces y subutilizados

Las tasas de continuidad de uso del T de cobre y el sistema interuterino de LNg son similares. Un análisis de la bibliografía reciente realizado por Fortney, y col., (1999), cita algunos artículos relativos a las tasas de continuidad de uso. Los resultados del estudio fueron variados, pero las tasas de continuidad se situaron generalmente alrededor del 80 por ciento después del primer año y entre 38 por ciento y 50 por ciento después de cinco años. En una encuesta no clínica, la tasa de continuidad a los cinco años llegó a ser hasta del 68 por ciento.

Inserción: Los clínicos capacitados, aparte de los médicos, pueden insertar los DIU sin peligro. La técnica adecuada es esencial para reducir el riesgo de expulsión e infección. La inserción en condiciones higiénicas reduce significativamente el riesgo de infección.

Entre el dos por ciento y el 10 por ciento de las usuarias expulsan espontáneamente el DIU el primer año. Las tasas de expulsión son más altas en los tres primeros meses después de la inserción, y en las mujeres menores de 20 años de edad las tasas de expulsión son más elevadas. La mujer que ha expulsado el DIU tiene un 30 por ciento de probabilidades de expulsión posterior.

Riesgo de infertilidad: Históricamente, el efecto adverso más importante relacionado con el DIU era contraer una EPI, lo cual puede causar infertilidad. Sin embargo, algunos estudios recientes han encontrado al “sospechoso” de la relación causal. Un estudio en el que participaron 1.895 mujeres (Hubacher, y col., 2001) indicó que la infertilidad tubárica no estaba relacionada con el uso previo del DIU, independientemente de la duración. Además, el estudio reveló que la infertilidad tubárica no estaba relacionada con el motivo para hacerse extraer el DIU, ni con la presencia o ausencia de problemas ginecológicos relacionados con el uso del DIU. Sin embargo, la exposición anterior a la clamidiasis estaba fuertemente vinculada con la infertilidad.

Las ITS y la EPI: La EPI en las usuarias del DIU está relacionada con las técnicas de inserción deficientes y la presencia de una ITS en el momento de la inserción. La causa de la EPI generalmente es un agente patógeno que asciende desde la vagina o el cuello uterino hasta el aparato reproductor superior (útero, trompas de Falopio, ovarios), que puede facilitarse mediante la inserción de un DIU. El riesgo de EPI aumenta considerablemente el primer mes después de la inserción del DIU, pero después de los tres primeros meses de uso, el riesgo que el DIU plantea en las usuarias es equivalente al que corren las usuarias.

Otro estudio reciente (Shelton, 2001) modeló el riesgo de EPI basándose en la suposición de que la EPI en las usuarias del DIU se debe a la inserción cuando hay gonorrea cervicouterina o clamidiasis y ocurre en los primeros meses después de la inserción. La EPI plenamente sintomática atribuible al uso del DIU fue poco común, aun en las poblaciones con una alta prevalencia de ITS. El

autor calculó que el riesgo de EPI clínica debido al uso del DIU era de 0,15 por ciento, o menos o de uno en 600 mujeres. Cuando había una alta prevalencia general de gonorrea o clamidiasis del 30 por ciento, el riesgo de EPI aumentó a 0,3 por ciento.

Profilaxis con antibióticos: La administración de antibióticos antes de insertar el DIU puede reducir la probabilidad de una visita no programada al consultorio. La razón es poco clara, pero se ha sugerido que los antibióticos pueden reducir el riesgo de endometritis subclínica, que puede causar dolor o hemorragia. Sin embargo, es posible que los antibióticos no reduzcan considerablemente la probabilidad de EPI o la discontinuidad temprana del uso del DIU.

Un estudio para evaluar la profilaxis con antibióticos antes de insertar el DIU (Grimes y Schulz, 1999) observó que el uso de antibióticos redujo considerablemente el número de visitas no programadas al consultorio, pero que no había ningún efecto estadísticamente significativo en las tasas de EPI o la discontinuidad temprana del DIU. Sin embargo, en las poblaciones que registran una alta prevalencia de ITS, la profilaxis con antibióticos puede ser beneficiosa. En los entornos donde la prevalencia de la gonorrea y la clamidiasis era elevada, la profilaxis con antibióticos antes de la inserción del DIU redujo en un tercio la incidencia de EPI y el número de visitas no programadas. A los consultorios que funcionan en áreas con tasas altas de ITS tal vez les convenga considerar estos beneficios.

Bibliografía:

- Family Health International. *Network* 2000;20(1):1–20.
- Fortney JA, Feldblum PJ, Raymond EG. Intrauterine devices — the optimal long-term contraceptive method? *J Reprod Med* 1999;44(3):269–74.
- Grimes D, Schulz K. Prophylactic antibiotics for intrauterine device insertion: a meta-analysis of the randomized controlled trials. *Contraception* 1999;60(2):57–63.
- Stewart GK. Intrauterine devices (IUDs). In Hatcher RA, Trussell J, Stewart F, et al., eds. *Contraceptive Technology, 17th ed.* New York: Ardent Media, Inc; 1998.
- Hubacher D, Fortney J. Follow-up visits after IUD insertion — are more better? *J Reprod Med.* 1999;44(9):801–06.
- Hubacher D, Lara-Ricalde R, Taylor DJ, et al. Use of copper intrauterine devices and the risk of tubal infertility among nulligravid women. *New England J Med* 2001;345(8):561–67.
- Morrison CS, Sekadde-Kigundu C, Miller WC, et al. Use of sexually transmitted disease risk assessment algorithms for selection of intrauterine device candidates. *Contraception* 1999;59(2):97–106.
- Rivera R, Chen-Mok M, McMullen S. Analysis of client characteristics that may affect early discontinuation of the TCu-380A IUD. Unpublished paper. Family Health International, 1999.

Este trabajo fue apoyado por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID). El contenido no refleja necesariamente las opiniones ni la política de la USAID.

Derechos reservados Family Health International, 2003.
Si desea obtener más información, puede ponerse en contacto con la iniciativa Research to Practice de FHI en rtp@fhi.org.

PB-02-03E

Research to Practice 