

Boletín Médico de IPPF

Breve declaración del IMAP sobre el uso de anticonceptivos reversibles de larga duración (ARLD) por parte de adolescentes

La presente declaración se ha elaborado para exponer los hechos relacionados con el uso de los métodos ARLD por parte de adolescentes. Los métodos ARLD incluyen los dispositivos intrauterinos (DIU) y los implantes anticonceptivos subcutáneos, que tienen una duración de uso efectivo de entre 3 y 10 años, dependiendo del producto específico elegido por la cliente.

¿Cuáles son los métodos ARLD disponibles?

Entre los DIU disponibles se encuentran el DIU de cobre —que normalmente es el T380A— y el sistema intrauterino de liberación de levonorgestrel, disponible en algunos países con el nombre de Mirena —una marca de Bayer— o que se dona sin coste alguno

a ciertas organizaciones, incluyendo a miembros de IPPF, a través de la Fundación para el Acceso Internacional a los Anticonceptivos (www.ica-foundation.org). Debido a su alto coste en los mercados comerciales, los SIU de liberación de levonorgestrel no tienen una gran disponibilidad fuera de los países desarrollados. Medicines 360 está desarrollando actualmente un nuevo SIU de liberación de levonorgestrel que tendrá un coste más bajo y con el que se espera facilitar un mayor acceso a este método en entornos de bajos recursos una vez que esté aprobado por las autoridades reguladoras.

Entre los implantes anticonceptivos subcutáneos disponibles se encuentran los implantes de una sola varilla que liberan etonogestrel —como Implanon y Nexplanon (Merck)— y los implantes de dos varillas con levonorgestrel —como Jadelle (Bayer) o el implante biosimilar Sino-Implant (Dahua)—. Los productos de Merck y Bayer cuentan con la precalificación de la OMS, mientras que el producto de Dahua todavía está siendo revisado por la organización. A continuación, en la tabla 1 se exponen la duración y las ventajas y desventajas de cada uno de los métodos ARLD.

Tabla 1: Características de los métodos ARLD

MÉTODO	Duración de uso declarada	VENTAJAS	DESVENTAJAS
Todos los métodos ARLD			
		<ul style="list-style-type: none"> Muy efectivo No requiere ninguna acción por parte del usuario tras la inserción No hay retrasos en el retorno de la fertilidad tras la extracción 	<ul style="list-style-type: none"> La inserción y la extracción deben ser realizadas por un profesional sanitario capacitado
DIU/SIU			
DIU de cobre Tcu380	10 años¹	<ul style="list-style-type: none"> No altera la frecuencia de los periodos menstruales. La duración de los periodos menstruales puede aumentar 	<ul style="list-style-type: none"> Requiere exploración pélvica Puede causar periodos menstruales más dolorosos o sangrados más abundantes Aumenta el volumen del flujo menstrual, al menos durante el primer año de uso
SIU de liberación de levonorgestrel	5 años	<ul style="list-style-type: none"> Puede disminuir el flujo menstrual y proteger contra la anemia Puede proteger contra la enfermedad inflamatoria pélvica Puede reducir la dismenorrea Puede prevenir y tratar la hiperplasia endometrial² 	<ul style="list-style-type: none"> Requiere exploración pélvica Puede causar sangrados menstruales irregulares o amenorrea Actualmente no disponible en muchos entornos de bajos recursos

1 La duración de uso declarada del DIU de cobre es 10 años, pero estudios realizados por la OMS han demostrado que es efectivo durante al menos 12 años después de su inserción.

2 Estudios observacionales han sugerido que el sistema intrauterino de liberación de levonorgestrel se ha utilizado con éxito para el tratamiento de la hiperplasia endometrial sin atipia citológica y de ciertos casos de hiperplasia endometrial atípica (Ewiss AA, Alfhalily F. 2012).

Tabla 1: Características de los métodos ARLD

MÉTODO	Duración de uso declarada	VENTAJAS	DESVENTAJAS
Implantes anticonceptivos subcutáneos de liberación de levonorgestrel: 2 varillas		<ul style="list-style-type: none"> • Puede disminuir el flujo menstrual y proteger contra la anemia • Puede proteger contra la enfermedad inflamatoria pélvica • No requiere exploración pélvica • Puede reducir la dismenorrea 	<ul style="list-style-type: none"> • Causa sangrados menstruales irregulares o amenorrea. Puede causar sangrados menstruales prolongados, particularmente durante los primeros meses de uso
Jadelle	5 años		
Sino-implant	4 años		
Implantes anticonceptivos subcutáneos de liberación de etonogestrel: 1 varilla			
Implanon/ Nexplanon	3 años³		

Ventajas de los ARLD específicas para las adolescentes

Entre las adolescentes sexualmente activas existen unas tasas desproporcionadamente altas de morbilidad y mortalidad derivadas de embarazos no planificados. El 40 % de los abortos realizados en condiciones de riesgo en todo el mundo se practican a jóvenes de entre 15 y 24 años. Este porcentaje es significativamente más alto en África, donde el 57 % de los casi 6.200.000 abortos en condiciones de riesgo realizados cada año se practican a mujeres de entre 15 y 24 años de edad; y el 25 % de esas mujeres tiene entre 15 y 19 años.⁴ Además, las principales causas de muerte en mujeres adolescentes son las complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto.⁵

Las adolescentes pueden encontrar muchas ventajas en el uso de métodos de corta duración: 1) la posibilidad de acceder a estos métodos más baratos en sus comunidades y en farmacias; 2) el uso de redes confidenciales para el suministro puede ofrecer más privacidad y menos estigma; 3) el uso de condones ofrece protección contra las ITS, incluyendo el VIH; y 4) el uso de métodos de corta duración reduce la incertidumbre acerca de la duración del uso y las inquietudes relacionadas con la extracción de los ARLD. No obstante, si bien las adolescentes son más propensas a usar píldoras anticonceptivas, anticonceptivos inyectables o métodos de barrera cuando pueden acceder a servicios de anticoncepción, esos métodos tienen unos porcentajes mucho más altos de fallos en el uso que los métodos ARLD. Un reciente estudio de cohortes realizado en Estados Unidos puso de relieve que las mujeres eran 20 veces más propensas a quedarse embarazadas al usar un anticonceptivo hormonal combinado (la píldora, el parche o el anillo) en comparación con las que utilizan un método ARLD.⁶ En el estudio, las mujeres de menos de 21 años que utilizaron métodos de corta duración eran dos veces más propensas a tener un embarazo no planificado que las mujeres de más edad que usaron anticonceptivos de corta duración, pero los riesgos eran los mismos en los dos grupos de edad para las mujeres que usaban métodos ARLD. Además de las ventajas propias de los métodos ARLD —como que no se requiere ninguna acción adicional por parte de la cliente tras la inserción— es importante señalar que

en este estudio se eliminaron todas las barreras económicas y de acceso a los métodos para ofrecer a las participantes un método anticonceptivo de su elección de forma gratuita y suministrado por un profesional durante tres años. Sin embargo, en la mayoría de los entornos las barreras financieras y culturales presentan un reto considerable al acceso a servicios de anticoncepción por parte de adolescentes, tanto para continuar usando métodos de corta duración como para empezar a usar métodos ARLD, que normalmente tienen un coste mucho mayor al principio. En aquellos entornos en los que las adolescentes no tienen acceso regular a servicios de anticoncepción, los métodos ARLD pueden ser más fáciles de usar de un modo sistemático y correcto que los métodos de corta duración, puesto que no requieren visitas de seguimiento ni la continuidad del suministro para garantizar su uso una vez colocados.

Pruebas sobre la seguridad de los métodos ARLD en adolescentes

En el estudio al que hacemos referencia arriba, en el cual se incluyó a 611 adolescentes de edades entre 14 y 19 años que eligieron métodos ARLD, se encontraron tasas de continuación de los métodos ARLD de más del 80 % al cabo de un año y del 66 % al cabo de dos años.⁷ Estas tasas de continuación son mucho más altas que las de las mujeres en el mismo rango de edad que eligieron métodos anticonceptivos de corta duración, incluyendo los anticonceptivos inyectables.

En relación con el uso de DIU en adolescentes, a los proveedores les preocupa el riesgo de infección o de expulsión y los problemas previsibles de la inserción en mujeres jóvenes o nulíparas. Para todas las mujeres el riesgo de una infección del tracto reproductivo superior (EIP) con la inserción de un DIU solo aumenta durante los primeros 20 días después de la inserción, lo que indica un riesgo con infección cervical activa en el momento de la inserción.⁸ De lo contrario, las mujeres con DIU no tienen más probabilidades de sufrir EIP, incluso si tienen varias parejas sexuales. De hecho, el SIU de liberación de levonorgestrel puede ofrecer protección contra EIP puesto que su principal mecanismo de acción anticonceptiva consiste en aumentar la densidad del moco cervical, lo cual frena

3 Se están llevando a cabo estudios para establecer la eficacia de los implantes de liberación de etonogestrel después de los 3 años de uso.

4 Shah I and Ahman E. Age patterns of unsafe abortion in developing country regions. *Reprod Health Matters* 2004; 12:9-17

5 Save the Children. Every Woman's Right. How family planning saves children's lives. 2012. Disponible en: <http://www.savethechildren.org.uk/sites/default/files/docs/Every-Woman-Right-low-res-2.pdf>

6 Winner B et al. Effectiveness of long-acting reversible contraception. *N Engl J Med* 2012; 366:1998-2007

7 O'Neil-Callahan et al. Twenty-four-month continuation of reversible contraception. *Obstet Gynecol* 2013; 122:1083-1091.

8 Mohlajee AP et al. 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: 145-53

las infecciones ascendentes.⁹ Se han establecido algoritmos para determinar si es conveniente la inserción de DIU en mujeres que viven en lugares donde no están fácilmente disponibles las pruebas para la detección de la gonorrea y la clamidia.¹⁰ En los lugares en los que están disponibles las pruebas de laboratorio para la detección de infecciones cervicales, las adolescentes deberían someterse a una prueba de detección de infecciones de transmisión sexual en el momento de la inserción del DIU (pero no es necesario esperar por los resultados de las pruebas para realizar la inserción si se garantiza el seguimiento de las clientas). En los casos de cervicitis activa se debe aplazar la inserción del DIU hasta que se inicie el tratamiento.

Los dispositivos intrauterinos no aumentan el riesgo de infertilidad en las mujeres, incluyendo a las adolescentes. En un amplio estudio de control de casos se relacionaron con la infertilidad los casos demostrados de infecciones por clamidia anteriores, pero no el uso anterior de DIU.¹¹

Los DIU se pueden insertar sin dificultades técnicas en la mayoría de las mujeres nulíparas, incluyendo a las adolescentes. No se ha establecido cuál es el método analgésico más efectivo en el momento de la inserción del DIU. No se ha demostrado que el uso de misoprostol oral o vaginal reduzca el dolor durante la inserción pero sí que aumenta los efectos adversos.¹² El uso de AINES, y la dilatación mecánica en algunos casos, puede resultar útil en inserciones difíciles de DIU.

Tanto el implante de progestágeno solo como los SIU de liberación de levonorgestrel a menudo producen cambios en el flujo menstrual, desde la amenorrea hasta el sangrado frecuente, prolongado o irregular. Se ha demostrado que los SIU de liberación de levonorgestrel tienen un efecto sobre la anemia debido a las reducciones en el volumen y la frecuencia de los flujos menstruales. El DIU de cobre puede aumentar el flujo y los dolores menstruales, en especial durante los primeros meses de uso.

Recomendaciones de otras organizaciones

En un reciente comité consultivo, el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos respaldó de forma inequívoca el uso de métodos ARLD por parte de adolescentes citando las pruebas sobre la seguridad a las que hemos hecho referencia y afirmando lo siguiente: "Los métodos ARLD deben ser una de las principales recomendaciones para todas las mujeres y adolescentes debido a su efectividad de primer nivel, los altos porcentajes de satisfacción y de continuación, así como al hecho de que no se requiera una adherencia diaria".¹³

Además, la Organización Mundial de la Salud (OMS) no impone restricciones en el uso de los métodos ARLD con base en la edad y tanto los DIU como los implantes anticonceptivos se incluyen en la categoría 1 (lo que significa que no existen restricciones en cuanto a su uso) o en la categoría 2 (lo que significa que los beneficios de los métodos compensan los riesgos).¹⁴

Tabla 2: Medical Eligibility for Contraceptive Use (Criterios médicos de la OMS elegibilidad para el uso de

anticonceptivos), 4.a edición, 2009. Recomendaciones según la edad

Condición	AOC	AIC	P/A	PPS	AMPD EN-NET	Implantes LNG/ETG	Cu-DIU	LNG-DIU
Edad	Menarquia hasta <40 = 1 >40 = 2	Menarquia hasta <40 = 1 >40 = 2		Menarquia hasta <18 = 1 18-45 = 1 >45 = 2	Menarquia hasta <18 = 2 18-45 = 1 >45 = 2	Menarquia hasta <18 = 1 18-45 = 1 >45 = 1	Menarquia hasta <20 = 2 >20 = 1	Menarquia hasta <20 = 2 >20 = 1

AOC=anticonceptivos orales combinados; AIC=anticonceptivo inyectable combinado; P=parche anticonceptivo transdérmico combinado; A=anillo vaginal anticonceptivo combinado; PPS=píldoras de progestágeno solo; LNG=levonorgestrel; ETG=etonogestrel; Cu-DIU= dispositivo intrauterino de cobre; LNG-DIU =dispositivo intrauterino de liberación de levonorgestrel

9 Toivonen et al. Protective effect of intrauterine release on pelvic infection: three years' comparative experience of levonorgestrel- and copper-releasing intrauterine devices. *Obstet Gynecol* 1991; 77:261-264

10 FHI360. Checklist for screening clients who want to initiate use of the copper IUD. 2009. Disponible en: <http://www.fhi360.org/sites/default/files/media/documents/Checklist%20for%20Screening%20Clients%20Who%20Want%20to%20Initiate%20Use%20of%20the%20Copper%20IUCD.pdf>

11 Hubacher et al. Use of copper intrauterine devices and the risk of tubal infertility among nulligravid women. *N Engl J Med* 2001;345:561-567

12 Swenson et al. Self-administered misoprostol or placebo before intrauterine device insertion in nulliparous women: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2012; 120:341-347

13 Comité sobre la salud de las adolescentes. Grupo de trabajo sobre la anticoncepción reversible de larga duración. Adolescents and long-acting reversible contraception: Implants and Intrauterine Devices. 2012. ACOG Committee Opinion 539. Disponible en: <http://www.acog.org/~media/Committee%20Opinions/Committee%20on%20Adolescent%20Health%20Care/co539.pdf?dm=1&ts=20120924T1218351775>

14 Organización Mundial de la Salud Medical Eligibility for Contraceptive Use, 4th edition, 2009. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241563888_eng.pdf

Recomendaciones

- Se recomienda a las Asociaciones Miembros que ofrezcan ARLD como una de las opciones para las adolescentes que acudan a servicios de anticoncepción.
- Para todas las clientas de los servicios de anticoncepción que no tengan contraindicaciones médicas, la decisión informada es el factor más importante para la primera elección de un método. Todas las clientas, incluyendo a las adolescentes, tienen el derecho a decidir adoptar métodos menos efectivos si están plenamente informadas, a rechazar el uso de ARLD y a interrumpir el uso de ARLD sin barreras. Todas las mujeres a las que se les coloque un implante o un DIU deben estar bien informadas acerca de la eficacia de esos métodos anticonceptivos, de los efectos secundarios previsibles y de a dónde deben dirigirse para la extracción por parte de un profesional capacitado.
- Cuando sea posible, las Asociaciones Miembros deben ofrecer ARLD de forma gratuita o a un precio asequible para las adolescentes que soliciten este servicio.
- La confidencialidad es un componente clave para la prestación de servicios anticonceptivos de calidad para todas las mujeres, pero en particular para las adolescentes. Los servicios anticonceptivos para las adolescentes deben organizarse y prestarse de modo que se ofrezca la máxima privacidad. Si la legislación local requiere el consentimiento de los padres o que se les notifique antes de la prestación de servicios de salud sexual o reproductiva a adolescentes, se debe informar previamente a las clientas de la necesidad de romper la confidencialidad. Si la legislación se presta a interpretaciones varias, deberá prevalecer en todo momento el respeto a la confidencialidad en línea con la ética médica. Las Asociaciones Miembros no deben añadir barreras innecesarias a los servicios solicitados por los adolescentes.¹⁵
- Al igual que el resto de los métodos anticonceptivos que no son de barrera, los métodos ARLD no protegen contra ITS, como el VIH. Por lo tanto, se debe recomendar a las adolescentes que usen ARLD como método anticonceptivo que también utilicen siempre condones para disminuir el riesgo de contraer una ITS.
- Las pruebas de detección de ITS se deben realizar con base en los factores de riesgo y las pautas locales o nacionales. Si las pruebas de laboratorio no están disponibles en el contexto local, las Asociaciones Miembros deben utilizar las listas de comprobación pertinentes para establecer qué mujeres tienen un alto riesgo de infección cervical y, por lo tanto, no son buenas candidatas para la inserción de DIU.

¹⁵ Se puede consultar más información sobre la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva amigables con los jóvenes en Keys to youth-friendly services (Claves para los servicios amigables con los jóvenes) de IPPF. Disponible en: <http://www.ippf.org/resources/publications/Keys-youth-friendly-services>

La elaboración de este documento fue posible gracias a los esfuerzos y la colaboración de muchas personas.

Deseamos expresar nuestro agradecimiento al equipo de IPPF: Julia Bunting, Doortje Braeken, Marcela Rueda; a Aníbal Faundes (FIGO); John W. Townsend (Population Council); a los miembros del Grupo Internacional para el Asesoramiento Médico de IPPF (IMAP); y a Kelly Culwell (consultor independiente).

