



DIU: mitos y realidad

Concepción Martín Perpián
*Doctora en Medicina y Cirugía.
Ginecóloga*

El dispositivo intrauterino (DIU) es un método anti-conceptivo de larga duración y de gran eficacia anticonceptiva que comenzó a utilizarse en España a finales de los años 70, en los que tuvo una gran aceptación y su uso se difundió ampliamente. Sin embargo, la utilización de este método ha descendido de manera considerable y hoy en día las encuestas nos hablan de un 5% de utilización entre las mujeres españolas, tanto del

DIU de cobre como del DIU con levonorgestrel (hormonal). Esto se debe probablemente a la publicidad negativa basada en la excesiva importancia que, en mi opinión, se le ha dado a sus efectos adversos.

El DIU es, según estudios publicados desde hace años, un método seguro y eficaz, sobre cuya infratilización en nuestro medio debemos reflexionar. En mi opinión, una de las causas de esta infratilización está

ligada a una mala prensa entre el personal sanitario y las posibles usuarias. Se han difundido unos “mitos” sobre las posibles complicaciones y efectos secundarios del método que están suponiendo un obstáculo para la extensión de su utilización. Tanto profesionales como usuarias debemos poner al día nuestros conceptos sobre el DIU para facilitar la libertad de elección de las mujeres. Algunos de estos mitos merecen ser revisados:

Mitos sobre el DIU

• Mito 1: El DIU no es muy eficaz

Es un método permanente, reversible y de larga duración, y como todos los métodos de estas características, ofrece un índice de Pearl (eficacia) mejor que otros métodos de uso periódico (diario, semanal o mensual) en los que la usuaria debe decidir, en cada momento de la renovación, si lo aplica o no. Además su eficacia no depende de los errores u olvidos de la mujer que lo utiliza.

El DIU de cobre tiene una tasa media de fracaso del 0,6% en el primer año de uso y en el DIU con levonorgestrel la tasa es aun más baja, del 0,1%; esta tasa es similar a la de los procedimientos de esterilización quirúrgica.

• Mito 2: El DIU provoca embarazo ectópico

El riesgo total de embarazo ectópico con el DIU es menor que entre la población general; el riesgo total de embarazo es menor con el DIU, por lo tanto también es menor el de embarazo ectópico. De los embarazos con DIU, el 6% son ectópicos. Según todos los consensos de sociedades científicas y de la OMS, los antecedentes de gestación ectópica no contraindican el uso de nuevo del DIU.

• Mito 3: El DIU provoca enfermedad pélvica inflamatoria (EIP)

Esta idea se basa en antiguos estudios observacionales y está en relación con el uso de un DIU llamado Escudo de Dalkon, utilizado en los años 70 y hoy retirado, que se asoció en su momento con esta enfermedad. Este DIU contenía un hilo-guía multifilamento que favorecía la ascensión de gérmenes a la cavidad uterina y la consiguiente infección.

Los modernos DIU están hechos de manera diferente, particularmente el hilo-guía; hoy se utiliza un modelo que es monofilamento, lo que supone la eliminación de un factor de riesgo de infección.

Por otra parte, numerosos estudios anteriores sobre el DIU y las EIP no han tenido en cuenta la prevalencia de ITS (Infecciones de Transmisión Sexual) entre las afectadas, lo que es un factor de confusión y arroja dudas respecto a los resultados obtenidos. Los estudios actuales muestran que el riesgo de EIP es igual o menor entre las usuarias de DIU que entre las no usuarias; esta consideración es igual para el DIU de Cu y el medicado de levonorgestrel.

La probabilidad de contraer una infección pélvica está en relación con el procedimiento de inserción y la presencia de gérmenes de ITS, especialmente Clamidia. Los primeros 20 días tras la inserción son los de mayor riesgo; posteriormente el riesgo se iguala con el de las mujeres no portadoras de DIU, siendo la incidencia de EIP en usuarias de DIU 1,6 /100/mujeres-año.

En cuanto al VIH, estudios recientes señalan que los DIU no sólo **no** aumentan el riesgo de contraer esta infección, sino que parece que podrían disminuirlo, y esto parece ser así tanto con los DIU de cobre como con los medicados. Aunque no está aclarada su causa, esto pudiera deberse, quizás, a la reacción local de inflamación crónica en cérvix y endometrio que producen los DIU, y que podría suponer un aumento de la respuesta inmune local. Este mismo resultado se ha observado para el VPH y cáncer de cuello uterino: se ha comunicado una menor incidencia de este tumor en mujeres portadoras de DIU, tanto de cobre como medicado. Las mujeres inmunocomprometidas por el VIH tampoco tienen contraindicación para utilizar el DIU, y también necesitan un método seguro de larga duración.

• Mito 4: El DIU produce sangrados excesivos

En algunas mujeres el DIU de cobre puede aumentar la cantidad de sangrado menstrual, pero no en todas las usuarias; este aumento suele ceder a los 4-6 meses después de la inserción, normalizándose los ciclos. Por otra parte, la aparición de los DIU medicados con levonorgestrel ha eliminado este problema, ya que las usuarias tienen menores pérdidas menstruales que las previas a la inserción, como está ampliamente demostrado.





• Mito 5: El DIU no se debe poner a nulíparas y jóvenes

En lo que se refiere a mujeres nulíparas la literatura publicada ha desmantelado los supuestos que se argumentaban en los años 80.

La reticencia hacia el binomio DIU-Nuliparidad y/o adolescencia se basaba en el temor a que la adolescente pudiera contraer una EIP con extensión a las trompas que pudiera comprometer su fertilidad futura. Teniendo en cuenta lo ya señalado, el riesgo de infertilidad secundario a EIP es poco probable, por lo que debe descartarse la idea de que éste sea un riesgo que amenaza a las portadoras jóvenes y/o nulíparas de DIU.

Se ha esgrimido también el temor al dolor en el momento de la inserción del DIU en nulíparas. Pero la administración de un AINE (antiinflamatorio) previa a la inserción, y en ocasiones una prostaglandina local, pueden eliminar este problema.

Respecto a que el DIU pudiera aumentar el dolor menstrual, actualmente sabemos que el DIU medicado con levonorgestrel disminuye notablemente este dolor en las mujeres portadoras. Además, disponemos hoy día de un DIU de levonorgestrel pequeño, una buena elección en caso de dismenorrea e hipermenorrea, ambas comunes en la etapa adolescente: se calcula en un 67% las adolescentes que presentan este problema. Este DIU reduce la cantidad de sangrado y el dolor menstrual, por lo que mejora la calidad de vida de las usuarias.

La paciente adolescente tiene unas importantes barreras de acceso al consejo y prescripción de

anticonceptivos, por su edad y condición. La ausencia casi generalizada de centros específicos para jóvenes y la burocracia institucional de la medicina pública hacen que las adolescentes tengan grandes dificultades para conseguir un método anticonceptivo, y no digamos un DIU.

Por otra parte, diversos estudios muestran que las adolescentes no tienen la constancia requerida en la utilización de métodos de barrera o en la toma de anticonceptivos orales, por lo que aumenta su riesgo de embarazo no intencionado o no planificado. Las tasas de continuidad en el uso del DIU entre adolescentes, en relación con los anticonceptivos hormonales o métodos de barrera, son significativamente mayores. Un estudio reciente llevado a cabo en EE.UU. sobre 9000 mujeres de 14 a 45 años muestra que la tasa de satisfacción y continuación de uso del DIU frente a los métodos de corta duración (píldora, parche, métodos de barrera) es más del doble.

Por todas estas razones, el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos y la Academia Americana de Pediatría recomiendan los métodos anticonceptivos reversibles de larga duración, DIU e implante, como los de primera línea de elección para la población adolescente.

No existen razones de edad, sino razones clínicas, para no implantar un DIU, de cobre o de levonorgestrel, a una paciente adolescente; además la existencia de DIU medicado y de Cu de pequeño tamaño ofrece un recurso más a tener en cuenta.

Los DIU son un método altamente eficaz, reversible, fácil de usar, de larga duración y con escasos efectos secundarios, menores que en los implantes de gestágenos.

La candidata a usuaria de DIU, adolescente o no, precisa siempre el apropiado asesoramiento e información sobre el método elegido. Debe por tanto informarse adecuadamente de todas las opciones, sus ventajas y desventajas. También los profesionales sanitarios debemos seleccionar adecuadamente a la mujer a la que insertaremos un DIU.

Debemos desaconsejarlo a las chicas que tengan alto riesgo de contraer una ITS o aquellas a las que la píldora aportaría otros beneficios adicionales (acné, hirsutismo, etc.); también tener en cuenta las contraindicaciones establecidas proverbialmente (distorsión de la cavidad uterina, EIP activa, sospecha de embarazo, etc.)

Ningún método anticonceptivo es perfecto; cada mujer debe decidir entre las ventajas y desventajas para ella de cada método, y tener por lo tanto la información y el asesoramiento necesario para que a su elección podamos llamarla realmente libre.■

Referencias:

- Encuesta DAPHNE 2011. www.grupodaphne.com/encuestas
- Heinemann K, Reed S, Moehner S, Minh TD. Comparative contraceptive effectiveness of levonorgestrel-releasing and copper intrauterine devices: the European Active Surveillance Study for Intrauterine Devices. *Contraception* 2015; 91:280.
- Mechanism of action, safety and efficacy of intrauterine devices. Report of a WHO Scientific Group. *World Health Organ Tech Rep Ser* 1987; 753:1.
- Sivin I. Dose- and age-dependent ectopic pregnancy risks with intrauterine contraception. *Obstet Gynecol* 1991; 78:291.
- Furlong LA. Ectopic pregnancy risk when contraception fails. A review. *J Reprod Med* 2002; 47:881.
- Protocolo de Anticoncepción Intrauterina. Protocolos de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. www.sego.es
- Weström L. Incidence, prevalence, and trends of acute pelvic inflammatory disease and its consequence in industrialized countries. *Am J Obstet Gynecol* 1980; 138:880.
- Grimes DA. Intrauterine device and upper-genital-tract infection. *Lancet* 2000; 356:1013.
- Lys R, Lohr P, Prager S, Board of the Society of Family Planning. Use of the Mirena LNG-IUS and Paragard CuT380A intrauterine devices in nulliparous women. *Contraception* 2010; 81:367.
- Committee on Adolescence. Contraception for adolescents. *Pediatrics* 2014; 134:e1244.
- Committee on Adolescent Health Care Long-Acting Reversible Contraception Working Group, The American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee opinion no. 539: adolescents and long-acting reversible contraception: implants and intrauterine devices. *Obstet Gynecol* 2012; 120:983.
- Nelson AI, Neinstein LS. Contraception. In: *Handbook of Adolescent Health Care*, Neinstein LS, Gordon CM, Katzman DK, et al. (Eds), Lippincott Williams & Wilkins, 2009. p.389.
- Diedrich JT, Madden T, Zhao Q, Peipert JF. Long-term utilization and continuation of intrauterine devices. *Am J Obstet Gynecol* 2015; 213:822.e1