

## NOVEDADES DESDE LA VERSIÓN ANTERIOR

No se incluyen novedades desde la versión anterior.

## ÍNDICE

1. **Introducción**
2. **Anticoncepción intrauterina**
  - a. Clasificación
  - b. Eficacia y mecanismo de acción
  - c. Requisitos previos a la inserción
  - d. Contraindicaciones absolutas de la inserción
  - e. Momento y técnica de inserción
  - f. Extracción
  - g. Seguimiento
  - h. Complicaciones asociadas a la inserción
  - i. Efectos adversos
3. **Implante subdérmico**
  - a. Eficacia y mecanismo de acción
  - b. Requisitos previos
  - c. Contraindicaciones
  - d. Momento y técnica de inserción
  - e. Efectos adversos
  - f. Efectos beneficiosos no anticonceptivos
  - g. Extracción
4. **Anexo: Procedimiento de inserción de implante subdérmico**

## 1. INTRODUCCIÓN

La anticoncepción intrauterina (AI) junto con el implante subdérmico son métodos anticonceptivos reversibles de larga duración (LARC) altamente eficaces y coste-efectivos en todos los grupos de edad. En las guías anticonceptivas más recientes se prefieren estos métodos, con el objetivo de reducir las tasas de embarazo no deseado, que es el principal problema de los de corta duración.

## 2. ANTICONCEPCIÓN INTRAUTERINA

En España, la tasa de uso de DIU es baja, en torno al 5%. Las principales razones que justifican esa baja tasa son la necesidad de requerir intervención médica y las actitudes de los profesionales ante ciertas situaciones, como son: nuliparidad, adolescencia, antecedentes de EPI o embarazo ectópico así como la falta de experiencia en la técnica de colocación y manejo de complicaciones.

### CLASIFICACIÓN

- DIUs liberadores de cobre de alta carga (>300 mm) o de tercera generación.
- DIUs medicados o de cuarta generación (Mirena<sup>®</sup>, Kyleena<sup>®</sup> y Jaydess<sup>®</sup>).

## PROTOSCOLOS ASISTENCIALES

## Planificación familiar de larga duración

Los DIUs medicados a los que hacemos referencia contienen Levonorgestrel en distintas cantidades. El Mirena contiene 52 mg, el Kyleena 19,5 mg y el Jaydess 13,5 mg.

Dos características importantes son el tamaño y la duración anticonceptiva. El Mirena tiene unas dimensiones de 32x32 mm, mientras que los otros dos tienen un tamaño de 28x30x1.5 mm, por lo que resulta especialmente útil su uso en nulíparas. Por otro lado, Kyleena tiene una duración de 5 años, mientras que el Jaydess de tres. El DIU Mirena ha obtenido la indicación hasta 8 años en anticoncepción, a través de un Procedimiento Compartido de Trabajo de la Agencia Europea del Medicamento (EMA).

### EFICACIA Y MECANISMO DE ACCIÓN

El DIU es un método anticonceptivo de alta eficacia, la cual aumenta con la carga de cobre. Así, los estudios actuales concluyen que el DIU Cu 380 es el modelo de mayor eficacia y de más duración (10 años). La tasa de embarazo del DIU Cu oscila entre 0,1-1% y la del SIL-LNG es de 0,1%.

La evidencia sugiere que el DIU como cuerpo extraño realiza una acción gametocida (sobre todo espermicida) con eficacia dosis dependiente. A los DIUs medicados habría que adicionarles sus efectos hormonales en la acción anticonceptiva.

### REQUISITOS PREVIOS A LA INSERCIÓN

- 1) **Historia clínica detallada**, donde se incluyan aspectos sobre la sexualidad de la paciente y su pareja valorando el riesgo de ITS. En mujeres asintomáticas no es necesario realizar cultivo de microorganismos del TGI. Por el contrario, en mujeres con elevado riesgo de ITS es recomendable descartar infección o, si esto no es posible, tratar profilácticamente a estas mujeres que conviven en poblaciones con alta tasa de ITS, cubriendo siempre a *C. trachomatis* y *N. gonorrhoeae*.
- 2) **Descartar la gestación**, ya que es una contraindicación absoluta.
- 3) Realizar una **exploración física** que descarte signos de infección, ya que también contraindica su colocación.
- 4) **Informar a la paciente** sobre las características del DIU, su seguimiento, duración, efectos no deseables y complicaciones. También se debe advertir que el DIU no protege de la transmisión de ITS, así como de los cambios en el patrón menstrual, los cuales suelen ser transitorios y desaparecen a las 3-6 meses. De esta forma aumenta la adhesión al método.
- 5) Firma del **consentimiento informado**.

Se recomienda ofrecer y elegir el tipo de DIU que tenga una mayor eficacia anticonceptiva en cuanto a duración se refiere. Existen DIUs de cobre de 5 y 10 años. Los DIUs gestagénicos duran 8, 5 ó 3 años.

En cuanto a la medicación previa, se ha demostrado que el uso de AINES previo a la inserción no disminuye el dolor y existe controversia en los resultados del uso de misoprostol en nulíparas.

### CONTRAINDICACIONES ABSOLUTAS DE LA INSERCIÓN

- Embarazo
- Malformación uterina
- Sangrado vaginal de etiología desconocida

## PROTOCOLOS ASISTENCIALES

## Planificación familiar de larga duración

- Cervicitis purulenta o infección actual por Chlamydia o N. gonorrhoeae
- Proceso actual de enfermedad pélvica inflamatoria (EPI)
- Aborto séptico
- Sepsis puerperal
- En el caso del SIL-LNG está contraindicado su uso concomitante a un cáncer de mama

### MOMENTO Y TÉCNICA DE INSERCIÓN

El DIU puede ser colocado **en cualquier momento del ciclo menstrual, si existe seguridad razonable de ausencia de gestación.**

Debido al efecto tóxico del cobre, el **DIU-Cu es efectivo desde el momento de su inserción.** En cambio, el **DIU-LNG tarda 7 días en ser efectivo**, aunque si el DIU es colocado en los primeros 7 días del ciclo menstrual no es necesario añadir otro método anticonceptivo, ya que es efectivo.

No existe evidencia de que la realización de asepsia sobre el cérvix previo a la inserción del DIU disminuya la tasa de infección pélvica tras la misma. Además, ningún antiséptico protege frente a C. trachomatis ni N. gonorrhoeae.

En cuanto a la esterilidad, la mejor técnica de inserción es la de **“sin contacto”** (evitar que el DIU toque alguna superficie no esterilizada). Siguiendo esto, no es necesario el uso de guantes estériles.

Se recomienda el uso de las pinzas de Pozzi o Alis para estabilizar el cuello uterino y disminuir el riesgo de perforación.

### EXTRACCIÓN

Se puede retirar **en cualquier momento del ciclo**, advirtiendo a la paciente que debe usar desde ese momento otro método anticonceptivo si no desea embarazo.

- Si insertamos un DIU-Cu en una paciente > 40 años, no es preciso retirarlo hasta un año después de la menopausia.
- Si la menopausia ocurre en pacientes > 50 años, se mantiene el DIU hasta un año después.
- Si la menopausia ocurre < 50 años, se recomienda retirar el DIU dos años después.

### SEGUIMIENTO

La OMS recomienda una única visita de control tras la primera menstruación o a las 3-6 semanas post-inserción. En esta visita, se comprobará que el DIU está normoinserto, se descartará la presencia de signos de EPI, y se aclararán dudas o molestias surgidas con el DIU. En el caso del DIU-LNG también es importante controlar el patrón de sangrado.

No son necesarias más visitas. No obstante, es deseable la posibilidad de poder acceder a la consulta si en algún momento surge alguna duda o problema.

### COMPLICACIONES ASOCIADAS A LA INSERCIÓN

- **Dolor y reacción vasovagal.** Por ello es útil disponer de AINES y atropina en la consulta.

## PROTOCOLOS ASISTENCIALES

## Planificación familiar de larga duración

- **Perforación uterina.** La tasa de perforación es muy baja, en torno a 1-2 por 1.000, pero las pacientes deben ser informadas de esta frecuencia, así como de los síntomas que aparecen tras producirse.  
Si se sospecha la perforación durante la inserción, se debe paralizar el procedimiento, estabilizar a la paciente y retirar el DIU. Si no es posible, se debe realizar ecografía o Rx de abdomen.  
Si se sospecha una perforación a posteriori, se realizará, siempre que no veamos los hilos, una ecografía o una Rx de abdomen con el fin de localizarlo. Una vez localizado, la evidencia actual recomienda su retirada, a ser posible por abordaje endoscópico y transcurrido un plazo de tiempo de 6 semanas, es posible una nueva inserción.  
La perforación no contraindica el parto vaginal.
- **Expulsión parcial o total.** Ocurre en 1 de cada 20 mujeres en un plazo de 5 años, siendo más frecuente en los primeros 3 meses y con la menstruación. En cuanto al manejo clínico de la expulsión parcial debemos conocer que las mediciones ecográficas que relacionan la posición del DIU con respecto al fondo uterino no sirven para definir el concepto de expulsión parcial. El DIU debe ser retirado y, si la paciente lo desea, se puede colocar otro.

### EFFECTOS ADVERSOS

A continuación, se exponen los principales efectos secundarios de la anticoncepción intrauterina, que son comunes al DIU Cu y SIL-LNG. La anticoncepción solo con gestágenos presenta además otros efectos adversos más específicos, los cuales se mostrarán en el apartado de Implanon.

- **Sangrado/anemia y dolor**

Esta circunstancia es mucho más común en el DIU de cobre, siendo el principal efecto adverso de éste. Tal es así, que el sangrado menstrual abundante y la dismenorrea condicionan la primera causa de abandono de este tipo de DIU, que ocurre en el 50% de las pacientes al cabo de 5 años, sin encontrarse diferencias en esta tasa de abandono entre los distintos tipos de DIU de Cu. El abundante sangrado menstrual y la dismenorrea tienden a disminuir con el paso del tiempo (3-6 meses), sin embargo, el sangrado y dolor intermenstrual no, debiéndoles informar de todo ello a las pacientes.

En el caso del que el sangrado sea leve y ocurra entre los primeros 3-6 meses se podría tratar con AINES durante esos días de sangrado. Si el sangrado es de mayor cantidad en los primeros 6 meses, se puede tratar con AINES + Ácido Tranexámico + aporte férrico los días de sangrado. En ambos casos, si el sangrado dura más de 6 meses, se debe descartar patología ginecológica subyacente. Una vez hecho, si la paciente no acepta el sangrado o tiene anemia, se debe retirar el DIU.

- **Gestación intrauterina**

La gestación es más frecuente que se de en el primer año tras la inserción, asociándose principalmente a una mayor incidencia de desplazamiento o expulsión del DIU.

Si se da esta circunstancia, la FDA y la OMS recomiendan retirar el DIU antes de la semana 12 de gestación, independientemente de que la paciente desee o no continuar con el embarazo, y siempre que el método que se utilice para la extracción no sea invasivo (histeroscopia). Esto es así porque se ha demostrado que la presencia de un DIU durante el embarazo condiciona un aumento de la tasa de aborto (incluido el séptico), siendo la complicación más frecuente (dándose en un 50-60% de los

casos), así como otras complicaciones obstétricas y neonatales (coriamnionitis, parto pretérmino, DPPNI...) en comparación con las gestaciones sin DIU.

En cuanto al manejo clínico de la situación, lo primero que debemos hacer es descartar un embarazo ectópico. A continuación, explicarle a la mujer la situación, los riesgos ya mencionados y la actitud a tomar en cuanto a la retirada del DIU, la cual de por sí supone un riesgo abortivo. Si la mujer no desea continuar con el embarazo, se debe retirar el DIU y asesorar sobre la IVE.

Si vemos los hilos del DIU, realizaremos una tracción suave y recomendaremos acudir de nuevo si presenta sangrado abundante, dolor que no cede a analgesia, secreción vaginal anormal o fiebre. En cambio, si la paciente desea conservar el DIU debemos advertirle que tendrá que consultar nuevamente ante la presencia de los síntomas de alarma ya descritos.

Por el contrario, si no vemos los hilos de DIU, está indicado realizar una ecografía e incluso realizar la extracción de forma ecodirigida, ya que la tasa de aborto es similar a cuando se ven los hilos, en torno al 22%.

- **Gestación ectópica**

El DIU no aumenta el riesgo de embarazo ectópico, sin embargo, el riesgo de que se produzca éste es mayor que con el uso de otros métodos anticonceptivos, pero menor que si no se usara ninguno. La tasa de embarazo ectópico en portadoras de DIU está en torno a 0-5 por 10.000 mujeres-año.

- **Enfermedad Pélvica Inflamatoria (EPI)**

El riesgo de desarrollar EPI está relacionado fundamentalmente con el proceso de inserción y con la presencia de ITS en el cérvix. El riesgo es 6 veces superior en los 20 primeros días tras la inserción, aunque debemos advertir a las pacientes que el riesgo total es bajo. Transcurridos estos 20 días, el riesgo es similar a las mujeres no portadoras de DIU.

Una vez sospechada o diagnosticada, se debe tratar a la paciente con los antibióticos adecuados para la EPI, no siendo necesario retirar el DIU si la mujer quiere continuar con él, aunque si transcurridas 72 h de tratamiento, la evolución no es buena, está indicada la extracción. En cambio, si la mujer desea retirárselo, procederemos a ello una vez iniciado el tratamiento antibioterápico.

Las pacientes deben saber que las que conservan el DIU tienen resultados similares o mejores que aquellas a las que se les retira.

- **Actinomicas y Cándida Albicans**

Los Actinomicas han sido identificados como parte normal de la flora de la mujer, luego su papel en las infecciones de mujeres portadoras de DIU no está del todo claro. La mayoría de las asociaciones recomiendan, ante la presencia de Actinomicas en una citología cervical, la conducta expectante, y valorar la retirada si comienza con síntomas.

C. Albicans se adhiere a varias partes del DIU, generando un biofilm que puede ser la causa que explique el aumento de la frecuencia de vulvovaginitis candidiásicas y su alta tasa de recurrencia.

### 3. IMPLANTE SUBDÉRMICO

#### **EFICACIA Y MECANISMO DE ACCIÓN**

La tasa de embarazo con el implante es de 0,05%, luego es un método anticonceptivo muy seguro.

El implante subdérmico también es conocido con el nombre de **Implanon**, una varilla de etonogestrel de 68 mg que tiene una duración de 3 años.

La varilla del Implanon es una especie de cilindro con un núcleo de vinilo de 40x2 mm que contiene, como ya se ha comentado, 68 mg de etonogestrel. Durante los primeros tres meses, el dispositivo va liberando 60 mcg al día, mientras que a partir del tercer mes, la liberación es de 30 mcg/día.

El principal mecanismo de acción anticonceptivo del Implanon es la anovulación (solo el 2% de las portadoras tienen ciclos ovulatorios al tercer año).

#### **REQUISITOS PREVIOS**

Son similares a los de la anticoncepción intrauterina. Es necesario remarcar que hay que realizar una buena historia clínica, proporcionar información sobre el método y, sobre todo, informar sobre los posibles efectos adversos haciendo especial hincapié en la alteración del patrón de sangrado.

#### **CONTRAINDICACIONES**

Las contraindicaciones absolutas que tiene el Implanon son la presencia actual de un cáncer de mama y una hemorragia vaginal de etiología desconocida.

#### **MOMENTO Y TÉCNICA DE INSERCIÓN**

El Implanon puede colocarse en cualquier momento del ciclo menstrual, siempre que haya seguridad razonable de que no hay embarazo, siendo necesaria la protección con otro método anticonceptivo 7 días adicionales. Otra opción es colocarlo del día 1 al 5 del ciclo, sin tener la necesidad de tener que adoptar otras medidas anticonceptivas.

*\* En el Anexo se detalla el procedimiento de inserción.*

#### **EFFECTOS ADVERSOS**

El efecto adverso más frecuente y motivo por el cual muchas de las pacientes abandonan la anticoncepción con gestágenos (ya sea mediante DIU-LNG o Implanon) es la alteración del patrón de sangrado. Otros efectos secundarios son la cefalea, acné y otros síntomas hiperandrogénicos, cambios en el humor, náuseas, mastodinia, quistes funcionales anovulatorios y dolor abdominal. El cambio en el peso corporal es poco frecuente en el Implanon y raro en el DIU-LNG.

- **Alteraciones en el patrón de sangrado**

Como hemos comentado, es el principal motivo de abandono y de consulta de las mujeres que usan anticoncepción solo con gestágenos. Es por ello que la paciente debe conocer esta situación al detalle. El patrón de sangrado que presente en los 3 primeros meses será predictivo.

## PROTOSCOLOS ASISTENCIALES

## Planificación familiar de larga duración

La OMS estableció para los sangrados menstruales un periodo de referencia de 90 días con las siguientes definiciones:

- SANGRADO REGULAR: Tres episodios de sangrado o de manchado de unos 5 días de duración cada uno.
- AMENORREA: No sangrado.
- SANGRADO INFRECIENTE: Menos de dos episodios de sangrado o manchado SANGRADO FRECUENTE Más de 4 episodios de sangrado o manchado.
- SANGRADO IRREGULAR: La diferencia entre el intervalo libre de sangrado más corto y más largo es mayor de 17 días.
- SANGRADO PROLONGADO Al menos un episodio de sangrado o manchado de 10 días o más de duración.
- EPISODIO DE SANGRADO: Cuando se requiere el uso de compresas u otro tipo de protección.
- EPISODIO DE MANCHADO: Cuando no se precisa el uso de protección.

### Patrón de sangrado con Implanon:

- 20% no tiene sangrado
- 50% tendrá sangrado poco frecuente, frecuente o prolongado
- Es probable que permanezca alterado el patrón de sangrado

### Patrón de sangrado SIL-LNG:

-El sangrado irregular y el manchado es común en los primeros 6 meses, pero transcurrido un año de su uso, la amenorrea o sangrado escaso es normal

### EFFECTOS BENEFICIOSOS NO ANTICONCEPTIVOS

	<b>DIU-LNG</b>	<b>Implanon</b>
Manejo del dolor pélvico y dismenorrea en endometriosis	Calidad moderada	Calidad baja
Reducción del sangrado menstrual abundante/menorragia a largo plazo	Calidad alta	Calidad moderada
Reducción de hiperplasia endometrial	Calidad moderada	
Efecto protector endometrial en THS	Calidad baja	
Efecto protector del crecimiento endometrial en mujeres tratadas con tamoxifeno	Calidad baja	
Disminución del número y tamaño de los miomas	Calidad moderada	

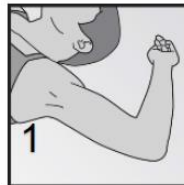
PROTOCOLOS ASISTENCIALES

Planificación familiar de larga duración

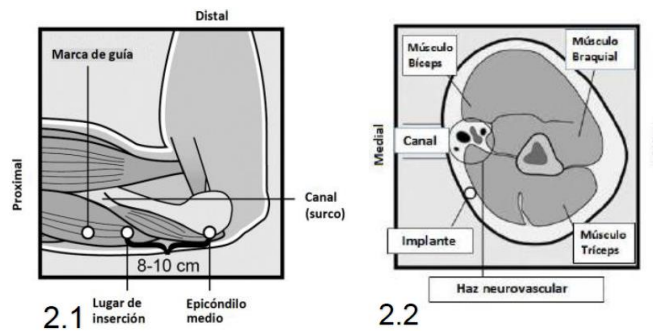
4. ANEXO: PROCEDIMIENTO DE INSERCIÓN DE IMPLANTE SUBDÉRMICO

El implante debe quedar situado en el tejido celular subcutáneo y tanto la mujer como el sanitario deben palparlo en dicha zona una vez colocado. Para insertarlo, debemos seguir minuciosamente los siguientes pasos:

1- La mujer debe quedar colocada en esta posición.

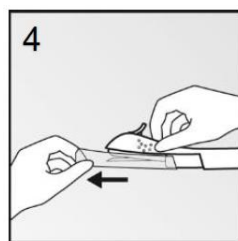


2- Identificar el lugar de inserción, que se encuentra a unos 8-10 cm del epicóndilo medial del húmero, donde se encuentra el paquete neuromuscular.

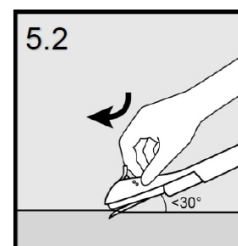
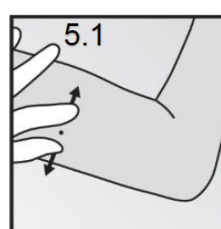


3- Limpiar con un antiséptico y anestesiar la zona.

4- Extraer del blíster el aplicador estéril. Quitar el tapón transparente de protección de la aguja. No tocar la lengüeta deslizante hasta que no se haya insertado plenamente la aguja, de lo contrario se liberará el implante prematuramente.



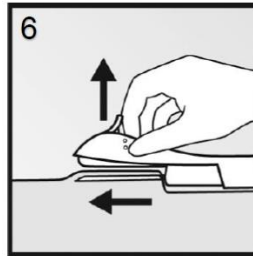
5- Con la mano libre, estirar la piel alrededor del lugar de inserción con el pulgar y el índice. A continuación, pinchar la piel ligeramente con la punta de la aguja en un ángulo menor de 30°.



PROTOSCOLOS ASISTENCIALES

Planificación familiar de larga duración

6- Bajar el aplicador a una posición horizontal. Deslizarla aguja debajo de la piel en toda su longitud. Si la aguja no se inserta en toda su longitud, el implante no estará correctamente insertado.



7- Empujar ligeramente hacia abajo la lengüeta y deslizarla hacia detrás hasta que se detenga.



8- Comprobar, el sanitario y la paciente, que el implante se encuentra normoinserido palpando ambos extremos en tejido celular subcutáneo.

9- Aplicar un pequeño vendaje adhesivo solo el lugar de la inserción, que podrá ser retirado a los 3-5 días. Colocar una gasa estéril con un vendaje compresivo que puede quitarse en 24 horas.

10- Complimentar la tarjeta de la usuaria y entregársela a la mujer. Además, se deben rellenar las tarjetas adhesivas y pegarlas a la historia clínica de la mujer.

**Extracción de Implanon**

Si se desea retirar el implante y no se encuentra en el tejido celular subcutáneo, está indicado realizar una ecografía. Si esta no es resolutiva, se deberá hacer una RMN. Y, por último, si no se encuentra o su localización es profunda, se necesitará la extracción mediante un cirujano experimentado en la anatomía del brazo.

Autores	<b>Dra. Serón / Dr. Estudillo / Dra. Ceballos</b>		
Fecha elaboración	<b>Diciembre 2022</b>	Vigencia	<b>Diciembre 2026</b>