

PUNTOS CLAVE

- Los métodos anticonceptivos reversibles de larga duración (LARC), tienen elevada eficacia a largo plazo para la prevención de embarazos, similar a la esterilización. No dependen del cumplimiento o del uso correcto por parte de la usuaria; son reversibles, con un retorno rápido a la fertilidad tras su retirada; y, presentan un buen perfil de seguridad.
- Ningún método anticonceptivo LARC puede prevenir las infecciones de transmisión sexual por lo que, en caso de practicar relaciones sexuales de riesgo, se recomienda utilizar preservativo.
- La selección de un LARC en determinadas condiciones o situaciones clínicas debe realizarse según los criterios médicos de elegibilidad de anticonceptivos de la OMS.
- El asesoramiento e información, antes de la colocación y durante el uso del método, son la mejor estrategia para que las usuarias conozcan y acepten las alteraciones de sangrado y no abandonen el método.
- Las alteraciones del patrón de sangrado, especialmente el sangrado frecuente y/o abundante que ocurren durante los primeros 3-6 meses tras la inserción, constituyen la causa principal de retirada prematura de los LARC.
- En las usuarias de implantes con etonogestrel (IS-E) y dispositivos intrauterinos con levonogestrel (DIU-L), pasados los primeros meses, es normal que se produzca amenorrea y no requiere tratamiento.
- Con el dispositivo intrauterino de cobre (DIU-cu) el sangrado intenso y la dismenorrea que ocurren durante la menstruación tienden a disminuir con el tiempo (3 ó 6 meses) pero no el sangrado y el dolor intermenstrual.



INTRODUCCIÓN

Los métodos anticonceptivos reversibles de larga duración, conocidos como LARC por sus siglas en inglés “*Long-Acting Reversible Contraceptive*”, se definen como anticonceptivos que requieren ser administrados menos de una vez por ciclo, manteniendo el efecto anticonceptivo durante más de dos ciclos ovulatorios (1,2).

Según esta definición se pueden incluir entre ellos los dispositivos intrauterinos (DIU), los implantes subdérmicos (IS) y el inyectable de acetato medroxiprogesterona depot (1-3). Sin embargo, en este artículo no consideraremos como LARC la inyección de medroxiprogesterona, ya que gran parte de la bibliografía no lo considera como tal debido a que presenta menor efectividad que los DIU y los IS y necesita una administración más frecuente (una dosis cada 12 semanas) y por tanto requiere el cumplimiento por parte de la usuaria (4-8).

Actualmente los LARC se consideran opciones anticonceptivas seguras y eficaces para la mayoría de las mujeres de cualquier edad (4,5,9), recomendados en adolescentes y mujeres jóvenes (4,10-12) y también en mujeres perimenopáusicas (12-14).

Sin embargo, en España la tasa de utilización de LARC es baja debido a que su uso se encuentra limitado por falta de información y reticencias o temores a sus efectos adversos o a su alto coste inicial (5,15).

El **objetivo** de este artículo es revisar las características, criterios para la selección y datos de seguridad de los LARC: **implante subdérmico con etonogestrel (IS-E), dispositivo intrauterino de levonogestrel (DIU-L) y dispositivo intrauterino de cobre (DIU-cu)**; así como abordar aspectos prácticos para el tratamiento de las alteraciones de sangrado asociadas a su utilización.

SUMARIO

- Introducción.
- Características.
- Selección.
- Contraindicaciones.
- Complicaciones.
- Efectos adversos
 - Hormonales.
 - Alteraciones del patrón de sangrado y tratamiento.
- Bibliografía.

CARACTERÍSTICAS

La principal característica de los métodos LARC es su **elevada eficacia a largo plazo** para la prevención de embarazos, similar a la esterilización (ver tabla 1), que no depende del cumplimiento o del uso correcto o ideal por parte de la usuaria; y, con la ventaja de la reversibilidad, con retorno rápido a la fertilidad tras su retirada y con un buen perfil de seguridad (4-6,12).

La eficacia de los métodos anticonceptivos se expresa mediante el **índice de Pearl**, que se define como el porcentaje de mujeres que tienen un embarazo no deseado durante el primer año de uso del método anticonceptivo (2,16).

La eficacia anticonceptiva de un determinado método depende no solo de la protección ofrecida por el método, también influye el modo en que se utiliza, distinguiéndose entre el uso de modo correcto o ideal (**eficacia**) y el uso habitual o real (**efectividad**). En el caso de los LARC la eficacia y la efectividad son prácticamente iguales (ver tabla 1), ya que no exigen ninguna colaboración por parte de la mujer una vez que están colocados (4,12).

A continuación se presenta una breve descripción de otras características destacables de los métodos LARC (1,4,8,10,18):

- Pueden iniciarse en cualquier momento del ciclo menstrual, descartando previamente el embarazo.
- No son necesarias las visitas frecuentes para su seguimiento.
- A pesar del elevado coste inicial son altamente coste-efectivos, ya que al cabo de 3 años de utilización su coste medio es comparable o menor que el de otros métodos.
- Ningún método anticonceptivo incluido en el grupo de los LARC puede prevenir las infecciones de transmisión sexual, y en caso de practicar relaciones sexuales de riesgo, se recomienda utilizar adicionalmente preservativo.
- La inserción y extracción de IS y DIU deben ser realizadas por personal sanitario entrenado en estos procedimientos.

Tabla 1. Eficacia de distintos anticonceptivos

Método	Índice de Pearl (Incidencia de embarazos no deseados durante el primer año de uso/100 mujeres)	
	Eficacia usado de modo correcto	Eficacia usado de modo habitual
Implante subdérmico (IS)	0,05	0,05
Esterilización masculina	0,10	0,15
DIU de levonorgestrel (DIU-L)	0,2	0,2
Esterilización femenina	0,5	0,5
DIU de cobre (DIU-cu)	0,6	0,8
Progestágeno inyectable	0,2	6
Anticoncepción oral combinada	0,3	9
Parche cutáneo	0,3	9
Anillo vaginal	0,3	9

Modificada de (4,12,16).

Implante subdérmico con etonogestrel (IS-E)

Su eficacia es inmediata si se inserta dentro de los primeros 5 días a partir del inicio de la menstruación. Si el implante se inserta más tarde se aconseja descartar posible embarazo y anticoncepción adicional o abstinencia de las relaciones sexuales durante los 7 días siguientes a su inserción (7,19).

Implanon NXT® es la única presentación disponible y contiene 68 mg de etonogestrel. La tasa de liberación de etonogestrel es aproximadamente 60-70 mcg/24h en las semanas 5 a 6 y disminuye progresivamente, con una media de 35-45 mcg/24 h durante el primer año, llegando a 25-30 mcg/24h al final del tercer año (20).

DIU de levonorgestrel (DIU-L)

Son dispositivos en forma de T con un elastómero central que libera levonorgestrel en la cavidad endometrial. A su eficacia por el efecto de cuerpo extraño (acción antiimplantatoria) se le añade la acción del levonorgestrel, que tiene acción antiproliferativa sobre el endometrio, produce espesamiento del moco cervical, lo que inhibe el paso del espermia; y, en algunas mujeres suprime la ovulación (2,3,13,20).

Están disponibles DIU-L con tres concentraciones de levonorgestrel (20):

- Mirena® (52 mg). Autorizado como anticonceptivo con duración máxima de 8 años; y, para el tratamiento de la menorragia idiopática, con duración de 5 años. Libera inicialmente 20 mcg/24h, cantidad que disminuye progresivamente con el tiempo, la media de liberación a lo largo del 5º año es de 15 mcg/24h y a los 8 años 13 mcg/24h.
- Levosert® (52 mg). Autorizado como anticonceptivo y para el tratamiento de la menorragia. Libera inicialmente 17 mcg/24h, disminuyendo progresivamente hasta llegar a 8,6 mcg/24h a los 6 años (duración autorizada). Levosert One® además del DIU-L incluye un insertor.
- Kyleena® (19,5 mg), inicialmente libera 12 mcg/24h con reducción a 9 mcg/24h a los 5 años.
- Jaydess® (13,5 mg) que inicialmente libera 14 mg/24 h de levonorgestrel, 8 mcg/24h durante el primer año, y se reduce a 6 mcg/24h a los 3 años de su inserción.

DIU de cobre (DIU-cu)

Los DIU-cu constan de una estructura plástica inerte recubierta por un filamento de cobre. Su mecanismo de acción contraceptivo se debe a la presencia de un cuerpo extraño en la cavidad uterina, que produce una reacción local reforzada por el contenido en cobre (21,22). Una vez insertado en la cavidad uterina su eficacia es inmediata y su duración varía de 3 a 10 años dependiendo del modelo utilizado (7,17).

En España hay comercializados muchos tipos distintos de DIU-Cu según su forma, tamaño y composición (ver tabla 2) (21,22):

- Según su forma: “Y”, “T” y ancla.
- Según su tamaño: en función de las dimensiones de la cavidad uterina y la particularidad de la mujer.
- Según su composición: si la superficie de cobre <300 mm² se consideran de baja carga, mientras que si la superficie de cobre es >300 mm² son de alta carga y presentan mayor eficacia y más duración. Existen DIU-cu que además presentan núcleos de otros metales, como plata u oro, que le confieren mayor resistencia a la fragmentación del hilo de cobre.

En la tabla 2 se resumen las principales características y disponibilidad en España del IS-E y los DIU.

SELECCIÓN

En 2015 la OMS publicó la 5ª edición del documento ‘*Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use*’, que contiene recomendaciones basadas en la evidencia sobre selección de anticonceptivos en una gran diversidad de **condiciones médicas**, adjudicando una categoría del 1 al 4 (10,16).

Este conjunto de normas constituye la herramienta de selección de cualquier anticonceptivo (23), también para los LARC (ver tabla 3), con el objetivo de comprobar en que situaciones clínicas su utilización podría estar **no recomendada** (categoría 3) o **contraindicada** (categoría 4) (10).

Tabla 2. Características de anticonceptivos LARC y disponibilidad en España

	Implante subdérmico con etonogestrel	DIU de levonorgestrel	DIU de cobre
Mecanismo de acción	Aumenta la densidad del moco cervical. Atrofia del endometrio.	Aumenta la densidad del moco cervical. Atrofia del endometrio.	Efecto cuerpo extraño (antiimplantación) y respuesta inflamatoria reforzada por el cobre. Efecto tóxico para gametos (espermicida).
Duración	3 años.	3-8 años.	5 a 10 años.
Índice de Pearl (Incidencia de embarazos no deseados durante el primer año de uso/100 mujeres)	0,05	0,02	0,08
Efecto sobre el patrón de sangrado	Poco predecible y cambiante. Sangrado poco frecuente. Oligomenorrea. Amenorrea (20-40%).	Reduce significativamente el sangrado menstrual pudiendo llegar a amenorrea en 5 dependiente de dosis de levonorgestrel .	Puede aumentar el sangrado y producir dismenorrea.
Efectos adversos hormonales	Pueden ocurrir.	Pueden ocurrir.	No.
Reversibilidad	3 a 6 semanas tras la extracción del implante.	Inmediata tras la extracción.	Inmediata tras la extracción.
Comentarios	Por la atrofia endometrial que produce podría mejorar el dolor asociado a endometriosis y disminuir de sangrado menstrual.	Mirena® y Levosert® puede emplearse en el tratamiento de: . menorragia. . dismenorrea.	Anticonceptivo de emergencia de gran efectividad. Existen evidencias de que reduce las tasas de cáncer cervical y endometrial.
Disponibilidad	Implanon NXT® (68 mg)	Mirena® (52 mg) Levosert® y Levosert One® (52 mg) Kyleena® (19,5 mg) Jaydess® (13,5 mg)	Nova T 380 DIU Gold T (Cu 375+Au) normal, maxi, mini. DIU Ancora 375 Cu (Cu 375) normal DIU Ancora 250 Cu (Cu 250) mini DIU Ancora 375 Ag (Cu 375+Ag) normal DIU Novaplast T 380 Cu (Cu380) normal, mini DIU Novaplast T 380 Ag (Cu 380+Ag) normal, maxi, mini DIU Effi-T 380 standard, corto DIU Effi-load 375 Mona Lisa® Cu 375/375 SL Mona Lisa® NT Cu 380 normal, mini Mona Lisa® CuT 380A QL IUB (TM) Ballerine midi Inara Cu 375 Silverline Cu 380 Ag DIU Flexi-T 300 DIU Flexi-T +300 DIU Flexi-T+380 TCu 380 Plus normal, maxi, mini TCu 375 Estándar

Modificada de (4,6,13,14,17,20,22).

Tabla 3. Criterios médicos de selección de la OMS para iniciar o continuar el uso de anticonceptivos de larga duración (LARC)

Condición médica		IS-E	DIU-L	DIU-cu		
Lactancia Materna (LM)	< 6 semanas postparto	2	2	NM		
	≥6 semanas postparto	1	1	NM		
Postparto sin LM		1	1	1		
Postparto, incluso después de una cesárea	<48 horas incluida inserción tras alumbramiento placenta sin LM	NM	1	1		
	<48 horas incluida inserción tras alumbramiento placenta con LM	NM	2	1		
	≥48 horas a <4 semanas	NM	3	3		
	≥4 semanas	1	1	1		
	Sepsis puerperal	NM	4	4		
Tabaquismo		1	1	1		
Obesidad		1	1	1		
Múltiples factores de riesgo para enfermedad cardiovascular		2	2	1		
Hipertensión arterial (HTA)	Historia de HTA, HTA del embarazo, PA no puede evaluarse	2	2	1		
	HTA bien controlada, cuando la PA puede evaluarse	1	1	1		
	PA elevada: sistólica 140-159 o diastólica 90-99 mmHg	1	1	1		
Presión arterial (PA)	PA elevada: sistólica ≥160 o diastólica ≥100 mm Hg	2	2	1		
	Enfermedad vascular	2	2	1		
	Historia de HTA en el embarazo, cuando PA actual es normal	1	1	1		
Trombosis venosa profunda (TVP) / Embolismo pulmonar (EP)	Historia de TVP/EP	2	2	1		
	TVP/EP aguda	3	3	1		
	TVP/EP y recibe terapia anticoagulante	2	2	1		
	Historia familiar de TVP/EP (familiares de primer grado)	1	1	1		
	Cirugía mayor con inmovilización prolongada	2	2	1		
Cirugía mayor sin inmovilización prolongada, Cirugía menor		1	1	1		
Trombosis Venosa Superficial		Venas varicosas, Trombosis venosa superficial	1	1	1	
Valvulopatía cardíaca	Sin complicaciones	1	1	1		
	Con complicaciones	1	2	2		
Cardiopatía isquémica actual o antecedentes		I 2	C 3	I 2	C 3	1
Accidente cerebrovascular o antecedentes		I 2	C 3	2		1
Dislipemias conocidas sin otros factores de riesgo cardiovasculares conocidos		2	2	1		
Cefaleas	No migrañosa	I 1	C 1	I 1	C 1	1
	Migraña sin aura	I 2	C 2	I 2	C 2	1
	Migraña con aura	I 2	C 3	I 2	C 3	1
Epilepsia		1	1	1		
Epilepsia, tratamiento	Fenitoína, topiramato, ox/carbamazepina, primidona, barbitúricos	2	1	1		
	Lamotrigina	1	1	1		
Depresión		1	1	1		
Diabetes	Historia de enfermedad gestacional	1	1	1		
	Enfermedad no vascular: insulino-dependiente o no	2	2	1		
	Nefropatía, retinopatía, neuropatía	2	2	1		
	Otra enfermedad vascular o diabetes de >20 años de duración	2	2	1		
Enfermedades tiroideas (bocio simple, hipertiroidismo, hipotiroidismo)		1	1	1		
Enfermedades de la mama	Nódulo sin diagnóstico	2	2	1		
	Enfermedad benigna de la mama, Historia familiar de cáncer	1	1	1		
	Cáncer de mama actual	4	4	1		
	Cáncer de mama pasado sin evidencia de enf. activa en 5 años	3	3	1		
Patrones de sangrado vaginal	Patrón irregular sin sangrado abundante	2	I 1	C 1	1	
	Sangrado abundante o prolongado (patrón regular e irregular)	2	I 1	C 2	2	
	Sangrado de etiología desconocida (antes de la evaluación)	3	I 4	C 2	I 4	C 2
Endometriosis, Dismenorrea grave		1	1	2		
Cáncer ginecológico	Cervical (esperando tratamiento)	2	I 4	C 2	I 4	C 2
	Endometrial	1	I 4	C 2	I 4	C 2
	Ovárico	1	I 3	C 2	I 3	C 2
Lupus eritematoso sistémico	Anticuerpos antifosfolípidos positivos (o valor desconocido)	3	3	I 1	C 1	
	Trombocitopenia grave	2	2	I 3	C 2	
	Terapia inmunosupresora	2	2	I 2	C 1	
	Ninguna de las condiciones anteriores	2	2	I 1	C 1	
Infecciones de transmisión sexual (ITS)	Cervicitis purulenta o infección actual por clamidia o gonorrea	1	I 4	C 2	I 4	C 2
	Otras ITS (menos VIH y hepatitis), Vaginitis	1	I 2	C 2	I 2	C 2
	Riesgo aumentado de contraer ITS	1	I 2/3	C 2	I 2/3	C 2
VIH/SIDA	Alto riesgo de VIH, VIH asintomática o leve (Estadio OMS 1 o 2)	1	I 2	C 2	I 2	C 2
	VIH grave o avanzada (Estadio OMS 3 o 4)	1	I 3	C 2	I 3	C 2
Hepatitis Viral		Portador, Aguda o con exacerbación, Crónica	1	1	1	
Cirrosis	Leve (compensada)	1	1	1		
	Grave (descompensada)	3	3	1		
Historia de colestasis	Relacionada con el embarazo	1	1	1		
	Relacionada con uso previo de AHC orales	2	2	1		

I/C (Iniciación/Continuación): Una mujer puede pertenecer a una categoría u otra, dependiendo de si inicia o continúa el uso de un método; NM: Afección o circunstancia no mencionada.

Categorías de selección de anticonceptivos de la OMS:

Categoría 1	Use el método en cualquier circunstancia. No hay restricciones para su uso.
Categoría 2	En general, use el método. Las ventajas de su uso generalmente superan los riesgos teóricos o probados.
Categoría 3	El uso del método generalmente no se recomienda a menos que otros métodos más adecuados no estén disponibles o no sean aceptados. Los riesgos teóricos o probados generalmente superan las ventajas de su uso.
Categoría 4	No se debe usar el método. Si se utiliza en esa condición, representa un riesgo de salud inadmisibles.

Modificada de (10).

CONTRAINDICACIONES

Según se deduce de las categorías de la OMS (ver tabla 3) los DIU están contraindicados en sangrado vaginal anormal no diagnosticado, distorsión significativa de la cavidad uterina, infecciones pélvicas actuales o recientes, sepsis puerperal, patología cervical o endometrial y cáncer ovárico (8,10,17,18); y además, el DIU-L está contraindicado en cáncer de mama (18); en cuanto al DIU-cu, aunque no hay evidencia directa de un posible daño asociado a su utilización en una mujer con enfermedad de Wilson (enfermedad hepatocelular caracterizada por alteración en el metabolismo del cobre), parece razonable evitar su utilización en este grupo de mujeres (24).

Por su contenido en progestágenos, el IS-E y los DIU-L están contraindicados en: trombosis venosa profunda, cardiopatías, algunos tipos de migrañas, cáncer de mama, cáncer cervical, endometrial u ovárico, anticuerpos antifosfolípidos y cirrosis grave descompensada (18).

En las fichas técnicas de [Mirena®](#), [Jaydess®](#), [Kyleena®](#), [Levosert®](#) e [Implanon NXT®](#), figuran también entre las contraindicaciones: hipersensibilidad al principio activo o a alguno de los excipientes, antecedentes o enfermedad hepática o tumor hepático y neoplasias sensibles a hormonas sexuales (20).

COMPLICACIONES

Implante subdérmico (IS)

- Las complicaciones relacionadas con implantes son poco frecuentes e incluyen dolor y hematoma en el sitio de inserción. Si la inserción es excesivamente profunda aumenta el riesgo de lesión neurovascular y podría dificultar su extracción (14).

Dispositivos intrauterinos (DIU)

- Durante la inserción del DIU puede producirse dolor y reacción vasovagal, más frecuentes en nulíparas (7,8).
- Muy raramente (1-2 por 1.000) puede producirse perforación uterina. El riesgo es algo mayor si se inserta en el postparto o durante la lactancia (hasta el 5,6 por 1000) (4,8,20).
- Existe un pequeño riesgo de expulsión, más probable durante el primer año, siendo mayor en mujeres con antecedentes de sangrado menstrual abundante y mujeres con un índice de masa corporal alto (IMC >25 Kg/m²) (20). La bibliografía discrepa en cuanto a que esté riesgo sea mayor en nulíparas (7,8).

- Durante el primer mes tras la inserción, aumenta ligeramente el riesgo de enfermedad inflamatoria pélvica, pero el riesgo absoluto es bajo. Los casos que se presentan después del primer mes suelen deberse a la exposición a enfermedades de transmisión sexual (ETS) y no por el DIU (4).
- Las portadoras de un DIU que utilizan copa menstrual deben tener precaución en la manipulación de la copa, para evitar un desplazamiento del DIU que disminuya su efectividad (8,22).

EFFECTOS ADVERSOS

Hormonales

Las portadoras de un IS-E o un DIU-L pueden presentar síntomas relacionados con el progestágeno (etonorgestrel o levonorgestrel) como: trastornos gastrointestinales (náuseas), tensión mamaria, vaginitis, cambios de humor, cefalea, aumento de peso y empeoramiento de acné. También se ha observado formación de quistes en los ovarios que pueden cursar con dolor abdominal y suelen ser motivo de consulta, pero no deben interpretarse como patológicos y desaparecen espontáneamente sin necesidad de ningún tratamiento (3,7,9,11,20).

Alteraciones del patrón de sangrado y tratamiento

Los efectos adversos más frecuentemente asociados a los LARC son las alteraciones del sangrado menstrual y los sangrados y manchados intermenstruales, que ocurren durante los primeros meses tras su inserción y tienden a desaparecer con su uso continuado. Constituyen la causa principal de retirada prematura y abandono del método (17,25-27).

El **asesoramiento anticipado**, antes de la inserción de cualquier LARC, es la mejor estrategia para que las usuarias comprendan, sean más tolerantes y capaces de hacer frente a las alteraciones de sangrado y evitar las retiradas prematuras. Debe informarse a la usuaria de manera exhaustiva y realista sobre las previsible alteraciones, abordándose los siguientes aspectos (3,4,7,9,11,12,16,18,25):

- No se puede predecir el patrón que experimentará cada mujer en particular.
- El sangrado irregular y el manchado pueden ser habituales durante los 3 a 6 primeros meses, pero tienden a desaparecer con su uso continuado.
- En las usuarias del IS-E o DIU-L la amenorrea es normal y no requiere tratamiento.
- El sangrado no está asociado con una reducción de la eficacia anticonceptiva.

- **No suponen riesgo.**
- Existe posibilidad de tratamiento de estas alteraciones.
- El IS o el DIU se pueden quitar en cualquier momento.

En cuanto al **tratamiento farmacológico** para reducir el sangrado frecuente y/o prolongado asociado al uso de LARC, las evidencias disponibles presentan en general deficiencias metodológicas (bajo número de participantes, diseño cruzado, regímenes de tratamiento variables), resultando insuficientes para apoyar recomendaciones universalmente aceptadas. Por esta razón, se utilizan documentos de consenso u opiniones de expertos entre los que existe un alto grado de variabilidad, por lo que algunos autores consideran que el tratamiento farmacológico de las alteraciones del sangrado secundarias a la utilización de los anticonceptivos LARC es un “arte” (11).

Implante subdérmico con etonorgestrel (IS-E)

En las usuarias del IS-E el perfil de sangrado es poco predecible y puede cambiar en cualquier momento. Se observa que una de cada 5 mujeres experimenta amenorrea, mientras que otra de cada 5 presenta sangrado frecuente y/o prolongado (3,14,20,25,28).

Para el tratamiento farmacológico, la recomendación más general es utilizar **anticonceptivos hormonales combinados (AHC)**, con 10-20 mcg de etinilestradiol, de forma continua o cíclica durante 1 a 3 meses (11,13,29), o **estrógenos solos** en dosis bajas durante 10 ó 20 días, siempre que no haya contraindicación (11).

El tratamiento con **AINE** puede considerarse como alternativa a AHC en caso de contraindicación a los estrógenos (4,12,14,29,30).

Otras guías no consideran los AINE como alternativa, sino como una opción de tratamiento de primera línea para los sangrados irregulares asociados al uso de IS-E (4,12,14).

Se han ensayado **otros tratamientos**: acetato de ulipristal, tamoxifeno o mifepristona combinada con etinilestradiol y doxiciclina, ya que el uso de mifepristona sola podría interferir con los efectos anovulatorios del implante (14,25,29,31).

No hay garantía de que ninguno de los tratamientos mejore el sangrado irregular durante los primeros meses tras la inserción del IS-E, observándose en un estudio que mejoran el 15-25 % de las mujeres tratadas. La duración del tratamiento no está estandarizada, y frecuentemente, se cambia de un tratamiento a otro si el primero no es eficaz (11).

DIU de levonorgestrel (DIU-L)

La mayoría de las nuevas usuarias de DIU-L pueden presentar sangrado irregular o manchado intermenstrual en los 3-6 primeros meses. La patogenia del sangrado irregular asociado a los DIU, tanto DIU-cu como DIU-L, es multifactorial; siendo las causas más aceptadas el aumento de la actividad fibrinolítica y de la concentración de prostaglandinas en la cavidad endometrial (11,13,25). Además, la mala posición del DIU-L, no colocado en el fondo uterino, puede asociarse con mayor incidencia de sangrados irregulares (6,11,25).

Si la usuaria no tolera estas alteraciones, un curso corto de **AINE** es la opción terapéutica recomendada por la Guía de Práctica Clínica de Anticoncepción Hormonal e Intrauterina del SNS y otros autores (12,16,18,30).

Otras guías recomiendan “probar” con **AHC** (conteniendo de 10 a 20 mcg de etinilestradiol) durante 1 a 3 meses, de manera cíclica o continua, siempre que no haya contraindicaciones para el estrógeno; y si existiera contraindicación, tratar con AINE (11,13).

Se han ensayado **otros tratamientos** como: progestágeno solo, medroxiprogesterona depot, tamoxifeno, pretratamiento con mifepristona, vitamina E y acetato de ulipristal; pero las evidencias han sido insuficientes o han demostrado una utilidad limitada o inconsistente (11,25).

Pasados los primeros 3- 6 meses, la potente acción del levonorgestrel provoca atrofia y disminución del grosor del endometrio, ocasionando una reducción de la duración y el volumen de la hemorragia menstrual, que evoluciona frecuentemente a oligomenorrea o amenorrea, que no necesita tratamiento (12,20). Al año de la inserción del DIU-L de 52 mg, el 20% de las usuarias presentaban amenorrea. Con DIU-L de dosis menores de levonorgestrel (13,5 y 19,5 mg), las tasas de amenorrea son significativamente menores (3,11,12,20).

DIU de cobre (DIU-cu)

El 50% de las portadoras de un DIU-cu presentan sangrado abundante o prolongado y dismenorrea (dolor menstrual). La tasa de abandono debida al dolor o el sangrado es similar para los diferentes tipos DIU-cu. El sangrado y la dismenorrea que aparecen durante la menstruación tienden a disminuir con el tiempo (3 a 6 meses) (4,17), pero no se ha demostrado esta reducción en el sangrado y el dolor intermenstrual (17).

La limitada evidencia disponible (33), apoya el uso de un curso corto de **AINE** (5-7 días) como primera línea de tratamiento de la dismenorrea y el sangrado asociados a los DIU; y a dosis bajas parecen ser tan eficaces como a dosis habituales (4,13,16-18,25,30-32).

Otras guías recomiendan “probar” con **AHC** (conteniendo de 10 a 20 mcg de etinilestradiol) durante 1 a 3 meses, de manera cíclica o continua, siempre que no haya contraindicaciones para el estrógeno; y si existiera contraindicación, tratar con AINE (11,13).

Se han ensayado **otros tratamientos** como: progestágeno solo, medroxiprogesterona depot, tamoxifeno, pretratamiento con mifepristona, vitamina E y acetato de ulipristal; pero las evidencias han sido insuficientes o han demostrado una utilidad limitada o inconsistente (11,25).

En caso de sangrados intensos, persistentes y/o prolongados asociados tanto a los DIU como al IS-E podría considerarse el **ácido tranexámico** (1.000 mg dos-tres veces al día) (20,25,33).

En mujeres con un sangrado persistente (más allá de los seis primeros meses), se deben descartar problemas ginecológicos. Si no se observan problemas ginecológicos y la mujer no acepta el sangrado, se debe retirar el dispositivo y elegir otro método (12).

BIBLIOGRAFÍA

1. Long-acting reversible contraception. [NICE CG30. 2005. \(Updated 2019\).](#)
2. Quílez J. Métodos anticonceptivos y VPH y lesiones premalignas del cuello uterino. [Asociación Española de Patología Cervical y Colposcopia \(AEPCC\). 2018.](#)
3. Quesada Moreno M. Anticoncepción sólo con gestágenos. [Protocolos Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia.](#)
4. Committee on Practice Bulletins-Gynecology, Long-Acting Reversible Contraception Work Group. Practice Bulletin No. 186: Long-Acting Reversible Contraception: Implants and Intrauterine Devices. [Obstet Gynecol. 2017;130\(5\):e251-e269.](#)
5. Frutos Balibrea I et al. Métodos anticonceptivos de larga duración en mujeres menores de 26 años. [Medicina de Familia SEMER-GEN 2021;47\(7\):457-464.](#)
6. Averbach S et al. Long-Acting reversible contraception with contraceptive implants and intrauterine devices. [JAMA. 2022;327\(20\):2013-2014.](#)
7. Choosing non-oral, long-acting reversible contraception. [Aust Presc 2016; 39\(5\):153-8.](#)
8. Contraception. L'essentiel sur les soins de premier choix. [Rev Prescr 2021;41\(458\):1/8.](#)
9. Lete Lasa I. Eficacia, seguridad y tolerabilidad del implante anticonceptivo de varilla única con etonogestrel. [Prog Obstet Ginecol 2020;63\(2\):81-93.](#)
10. Medical eligibility criteria for contraceptive use. A WHO family planning cornerstone. [WHO. 5th ed. 2015.](#)
11. Edwards AJ et al. Long-acting reversible contraception side effect management. [Curr Opin Pediatr. 2020;32\(4\):461-470.](#)
12. Guía de Práctica Clínica de Anticoncepción Hormonal e Intrauterina. [Guías de Práctica Clínica en el SNS. 2019.](#)
13. Clinical Guideline: Intrauterine contraception. [FSRH. 2015 \(Update 2019\).](#)
14. Clinical Guideline: Progestogen-only Implant. [FSRH. 2021.](#)
15. Encuesta de Anticoncepción en España. Hábitos de la población femenina en relación al uso de los métodos anticonceptivos. Observatorio de salud sexual y reproductiva. [Sociedad Española de Contracepción \(SEC\) 2020.](#)
16. Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos. [OMS. 3th ed. 2018.](#)
17. Martínez Benavides M. Anticoncepción intrauterina. [Protocolos Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia.](#)
18. Curtis KM et al. CDC. U.S. Selected practice recommendations for contraceptive use 2016. [MMWR Recomm Rep. 2016; 65\(4\):1-72.](#)
19. Planificación familiar: Un manual mundial para proveedores. [PAHO. 3ª ed. 2019.](#)
20. Fichas Técnicas. [CIMA. 2022.](#)
21. Monterrubio García C. Actualidad en dispositivos intrauterinos. [Panorama Actual Med. 2020; 44\(437\): 1.168-1.172.](#)
22. Informe de la campaña de control del mercado de productos de control o apoyo a la concepción: Dispositivos intrauterinos con contenido en cobre (DIU). [Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. 17 de enero de 2022.](#)
23. Anticonceptivos hormonales: Selección adecuada. [Bol Ter Andal 2016;31\(1\).](#)
24. Preevid. ¿Estaría contraindicado la inserción de un dispositivo intrauterino de cobre en mujeres con enfermedad de Wilson? [MurciaSalud, 02/01/2019.](#)
25. Castillo K et al. Long-acting reversible contraceptives effects in abnormal uterine bleeding, a review of the physiology and management. [Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2022;270:231-238.](#)
26. Zigler RE et al. Unscheduled vaginal bleeding with progestin-only contraceptive use. [Am J Obstet Gynecol. 2017;216\(5\):443-450.](#)
27. Bitler J et al. Manejo farmacológico del sangrado irregular no menstrual asociado al uso de implantes anticonceptivos subdérmicos. [Evid Actual Pract Ambul. 2022;25\(2\):e006994.](#)
28. Rocca ML et al. Safety and benefits of contraceptives implants: a systematic review. [Pharmaceuticals \(Basel\). 2021;14\(6\):548.](#)
29. Guidance for management of troublesome vaginal bleeding with progestogen-only long-acting reversible contraception (LARC). [Family Planning Alliance Australia.](#)
30. Henkel A et al. Management of bothersome bleeding associated with progestin-based long-acting reversible contraception: a review. [Curr Opin Obstet Gynecol. 2020;32\(6\):408-415.](#)
31. Friedlander E, Kaneshiro B. Therapeutic options for unscheduled bleeding associated with long-acting reversible contraception. [Obstet Gynecol Clin North Am. 2015;42\(4\):593-603.](#)
32. Hillard PJA. Practical tips for intrauterine device counseling, insertion, and pain relief in adolescents: An update. [J Pediatr Adolesc Gynecol. 2019;32\(5S\):S14-S22.](#)
33. Grimes DA et al. Non-steroidal anti-inflammatory drugs for heavy bleeding or pain associated with intrauterine-device use. [Cochrane Database Syst Rev 2011; \(4\). CD006034.](#)

Centro Andaluz de Información de Medicamentos.
CADIME
Programa de la Consejería de Salud dirigido por la
Escuela Andaluza de Salud Pública

ISSN: 0212-9450
INFORMACIÓN Y SUSCRIPCIONES:
Escuela Andaluza de Salud Pública.
Cuesta del Observatorio nº 4
18080 Granada
Tfno: 958027400
E-MAIL: cadime.easp@juntadeandalucia.es
WEB: www.cadime.es

SECRETARIO DE REDACCIÓN: María Teresa Nieto Rodríguez.
REDACCIÓN CADIME: Victoria Jiménez Espinola, Estrella
Martínez Sáez, Antonio Olry de Labry Lima.
DOCUMENTACIÓN: María Victoria Mingorance Ballesteros
COMITÉ EDITORIAL: Sonia Anaya Ordoñez, Idoia Arrillaga
Ocampo, Regina Sandra Benavente Cantalejo, Jose Luis Castro
Campos, Beatriz García Robredo, Pedro Martín Muñoz, María
Jesús Ordoñez Ruiz, Isabel Rodríguez Bravo, María Dolores
Sánchez Mariscal, Ismael Tinoco Racero.



El Boletín Terapéutico Andaluz (BTA) es una publicación destinada a los profesionales sanitarios de Andalucía con el fin de informar y contribuir a promover el uso adecuado de los medicamentos. Este boletín es miembro de la Sociedad Internacional de Boletines Independientes de Medicamentos (I.S.D.B)