

RIESGO SOBRE LA SALUD REPRODUCTIVA EN NULÍPARAS A CONSECUENCIA DE LA INSERCIÓN DE UN DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU)

REPRODUCTIVE HEALTH RISK IN NULLIPAROUS WITH THE USE OF INTRAUTERINE DEVICE (IUD)

ROBERTO LEDE, HAROLDO CAPURRO, MARÍA T. ROSANOVA, MARGARITA GRANDES, VIRGILIO PETRUNGARO
 Área de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Comisión Nacional Salud Investiga. Ministerio de Salud de la Nación.

INTRODUCCIÓN

Durante muchos años, el DIU ha sido utilizado como el principal método anticonceptivo en todo el mundo. Sin embargo, hoy ha sido sustituido por diferentes métodos anticonceptivos orales, debido a la notificación de complicaciones, sobre todo de tipo infeccioso. En Estados Unidos, el 90% de las mujeres en edad reproductiva usa métodos anticonceptivos, pero menos del 1% de ellas utiliza el DIU. En América Latina y Caribe, el 68% de las mujeres en edad reproductiva utilizó algún tipo de anticonceptivo y sólo el 8% usaba DIU. En Argentina, en el año 2006, el 68% de las mujeres en edad reproductiva usaba algún método anticonceptivo. El principal objetivo de esta revisión es contestar si está contraindicado el uso del DIU en las mujeres nulíparas. Dado que la evidencia obtenida es de moderada calidad metodológica, se elaboró una revisión narrativa.

INSERCIÓN DEL DIU

El DIU es un pequeño dispositivo de plástico con un filamento de cobre, mientras que el sistema intrauterino (SIU) contiene progestágeno de liberación lenta y no cuenta con el filamento de cobre. Ambos tipos son efectivos de inmediato y duran entre 3 y 8 años. En Inglaterra, se realizó un estudio piloto¹ y se observaron los problemas y niveles de satisfacción a los 3 meses y al año de insertado. Se incluyeron 117 mujeres nulíparas, a 104 se les insertó DIU y al resto SIU. Después de un año, 65 mujeres tenían el dispositivo original; 15 habían sido removidos y 6 expulsados. El grado de satisfacción fue elevado y el procedimiento recomendable. A veces, sobre todo en nulíparas, se necesita dilatar el cuello para la colocación y ello podría facilitar la expulsión posterior.

ANTIBIÓTICOS PROFILÁCTICOS

Las evidencias provenientes de una revisión sistemática, que tuvo como objetivo estudiar la efectividad de la administración de antibióticos profilácticos antes de la inserción del DIU en relación con complicaciones a los 3 meses de haber sido insertado² no revelan sustanciales beneficios.

EXPULSIÓN Y REMOCIÓN DEL DIU

La expulsión se produce con más frecuencia en el primer año y en mujeres jóvenes y nulíparas.³ No se encontraron diferencias en la tasa de expulsión entre mujeres a las que se les realizó dilatación o no.⁴

Las mujeres nulíparas remueven más frecuentemente el DIU que las multíparas, debido a sangrado y dolor. Algunos estudios con diferentes tipos de DIUs de cobre, sugieren que el tamaño y la forma del mismo juegan un rol importante en estos aspectos.³ En uno de los estudios revisados, se observa que el porcentaje de remoción del DIU en el primer año es de 10% y de 50% a los 5 años, siendo estos porcentajes mayores en nulíparas.⁵ El de Veldhuis, por ejemplo, no muestra más complicaciones en las nulíparas que en las multíparas y la remoción del DIU antes del primer año de la inserción fue similar en ambas.⁶ Paladine señala que las nulíparas pueden incrementar el disconfort con la inserción del DIU, pero el riesgo de enfermedad inflamatoria pélvica (EIP) es similar al de las mujeres que no usan DIU.⁷ La remoción del dispositivo en nulíparas por sangrado y/o dolor es de menos del 4% cuando se usa un DIU pequeño. Sin embargo, cuando el DIU era de tamaño regular, la remoción fue necesaria en el 59% ($p < 0,001$).^{8,9}

ENFERMEDAD INFLAMATORIA PÉLVICA

El riesgo de contraer EIP es menor al 1% y puede estar relacionado con la correcta elección de la candidata para usar el DIU, por lo que su uso puede ser ampliado a determinadas mujeres nulíparas y/o mujeres multíparas con determinadas condiciones médicas favorables. La EIP fue de 3,5 casos al año por cada 1.000 mujeres y las nulíparas no tuvieron más frecuencia de complicaciones que la multíparas.⁶

Por otra parte, no es recomendable la inserción del DIU en regiones con alta prevalencia de ETS, excepto que se adopten estrictas medidas de asepsia y en mujeres sin infección cervical.¹⁰

PERFORACION UTERINA Y EMBARAZO ECTÓPICO

La perforación uterina durante la inserción del DIU puede producirse en menos de una cada 1.000 inserciones, aunque es más frecuente cuando es inmediata al parto y casi inexistente cuando se hace entre 4 y 8 semanas después del nacimiento.¹¹ La tasa de embarazo ectópico es de 1/1.000/año.

FERTILIDAD

Doll¹² analizó el efecto del uso del DIU sobre la fertilidad en nulíparas. Los resultados mostraron que el 54% de las mujeres que suspendieron los métodos de barrera concibieron después de un año *versus* 39% al suspender el DIU y 32% al dejar de usar los anticonceptivos orales. El grupo de mujeres que lo utilizó menos de 42 meses mostró patrones de fertilidad más favorables que el de las que discontinuaron los anticonceptivos orales, pero el incremento de la duración del uso del DIU fue acompañado de descenso de la fertilidad ($p=0,005$); por más de 78 meses tuvieron 28% de nacimientos dentro del año de la suspensión *versus* 46% cuando se usó por corto período de tiempo. A los 3 años, los nacimientos fueron 79% y 91%, largo *versus* corto tiempo. Por otro lado, el DIU usado menos de 3,5 años no se asocia con un descenso de la fertilidad.⁷ Un estudio caso-control¹³, realizado en tres hospitales públicos de México, incluyó mujeres nulíparas mayores de 18 años. De ellas, 358 tenían infertilidad primaria por oclusión tubaria (27%) y 953 infertilidad sin oclusión tubaria. El grupo control fue conformado por 584 mujeres primigrávidas. El objetivo del estudio fue estimar la asociación entre el uso del DIU de cobre y la oclusión tubaria. El grupo que usó DIU no se asoció con incremento de oclusión tubaria (OR= 1,0; IC 95% 0,6-1,6) en relación con el grupo de infértiles sin oclusión tubaria. Tampoco hubo diferencias con los embarazos que sirvieron como control (OR= 0,7; IC 95% 0,4-1,2). La presencia de anticuerpos anticlamidias en mujeres que no usaban DIU se

asoció con oclusión tubaria (OR= 2,4; IC95% 1,7-3,2). En mujeres que usaban DIU no hubo diferencias significativas entre anticuerpos anti clamidias y oclusión tubaria. Existe una importante relación entre la presencia de clamidia e infertilidad por oclusión tubaria. Las nulíparas sin riesgo de enfermedades de transmisión sexual son apropiadas para la inserción del DIU de cobre. Es efectivo, seguro, barato y con posibilidad de reversibilidad.^{12,13} En suma, no hay evidencia concluyente de que el uso de DIU incremente el riesgo de infertilidad.

CONCLUSIONES

En Argentina, el 68% de las mujeres en edad reproductiva utiliza algún medio de anticoncepción, pero sólo el 8% usa DIU. La inserción del DIU en el fondo uterino es un procedimiento menor, pero requiere experiencia, sobre todo en nulíparas. Es efectivo de inmediato y la duración depende del tipo de dispositivo. La administración de antibióticos antes y durante la inserción es controversial. La necesidad de remoción del DIU es más frecuente en nulíparas por razones de molestias, sangrado o dolor. No es conveniente la remoción electiva frecuente, ya que cada inserción abre una nueva posibilidad de infección. La expulsión del DIU es más frecuente que se produzca dentro del primer año de insertado, sobre todo en nulíparas. La perforación uterina y el embarazo ectópico son complicaciones poco frecuentes. No debe usarse en mujeres con infecciones genitales ni ETS, dado que en estas condiciones la EIP es más frecuente. La condición debe ser diagnosticada y tratada adecuadamente, ya que es una causa potencial de futura infertilidad. Con las limitaciones de los estudios encontrados, no existen contraindicaciones formales para la inserción del DIU en nulíparas, siempre que se realice una adecuada selección de las candidatas en base a su condición clínica: descartar embarazo, ETS, cáncer cervical, sangrado vaginal no explicado y anomalías de la cavidad uterina.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Brockmeyer A, Kishen M, Webb A. Experience of IUD/IUS insertions and clinical performance in nulliparous women—a pilot study. *Eur J Contracept Reprod Health Care*, 2008; 13:248-254.
- Crimes DA, Schulz KF. *Antibiotic prophylaxis for intrauterine contraceptive device insertion* (Cochrane Review). Cochrane Library, Issue 4, 2008.
- Hubacher D. Cooper intrauterine device use by nulliparous women: review of side effects. *Contraception* 2007; 75 (6 suppl.): S8-11. Epub 2007, Feb 20.
- Chi IC, Champion CB, Wilkens LR. Cervical dilatation in interval insertion of an IUD. Who requires it and does it lead to a high expulsion rate? *Contraception*, Oct. 1987; 36:403-415
- European Society of Human Reproduction and Embryology. TheESHRE Capri Workshop Group. *Intrauterine devices and intrauterine systems*. Updated 2008, pp 1-12.
- Veldhuis HM, Vos AG, Lagro-Janssen AI. Complications of the intrauterine device in nulliparous and parous women. *Eur J Gen Pract*. 2004; 10:82-87.
- Paladine HL, Blenning CE, Judkins Dz, Mittal S. Clinical inquires. What are contraindications to IUDs? *J Fam Pract*, 2006; 55: 726-729.
- Toma A, Jamieson MA. Revisiting the intrauterine contraceptive device in adolescents. *J Pediatr Adolesc Gynecol*, 2006; 19:291-296.
- Otero-Flores JB, Guerrero-Carreño FJ, Vázquez-Estrada LA. A comparative randomized study of three different IUDs in nulliparous Mexican women. *Contraception*, 2003; 67:273-276.
- Steen R, Shapiro K. Intrauterine contraceptive devices and risk of pelvic inflammatory disease: standard of care in high sexually transmitted infections prevalence setting. *Reprod Health Matters*, 2004; 12:136-143.
- O'Brian PA, Marfleet C. Frameless versus classical intrauterine device for contraception (Cochrane Review). The Cochrane Library. Vol. 4, Chichester, UK: John Wiley and Sons Ltd., 2003. 2005 Jan 25; (1): CD003282. Update *Cochrane Database Syst Rev*. 2001;(4):CD003282.
- Doll H, Vessey M, Painter R. Return of fertility in nulliparous women after discontinuation of the intrauterine device: comparison with women discontinuing other methods of contraception. *BJOG*, 2001;108:304-314.
- Hubacher D, Lara-Recalde R, Taylor Douglas J, Guerra-Infante F, Guzmán Rodríguez R. Use of cooper intrauterine devices and the risk of tubal infertility among nulligravid women. *New Engl J Med*, 2001; 8:561-567.