



Revista Peruana de Ginecología y

Obstetricia

ISSN: 2304-5124

s pog@terra.com.pe

Sociedad Peruana de Obstetricia y

Ginecología

Perú

Gutiérrez Ramos, Miguel

Los métodos reversibles de larga duración (LARC), una real opción anticonceptiva en el
Perú"

Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia, vol. 63, núm. 1, 2017, pp. 83-88

Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología

San Isidro, Perú

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo. oa?id=323450542011>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

CONTROVERSIAS SOBRE ANTICONCEPCIÓN CONTROVERSY ON CONTRACEPTION

1. Médico Ginecólogo Obstetra, Ex Presidente de la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología, Director General de Pathfinder International Oficina Perú, Presidente del Instituto de Salud Popular, Coordinador General en Perú de la Fundación Educación para la Salud Reproductiva (ESAR)

Fuente de financiamiento: Propia

Conflictos de interés: Ninguno

Recibido: 16 febrero 2017

Revisado: 4 marzo 2017

Aceptado: 7 marzo 2017

Correspondencia:

Dr. Miguel Gutiérrez

✉ mgutierrez@pathfinder.org

Citar como: Gutiérrez Ramos M. Controversias sobre anticoncepción. Los métodos reversibles de larga duración (LARC), una real opción anticonceptiva en el Perú. Rev Peru Ginecol Obstet. 2017;63(1):83-88.

Los métodos reversibles de larga duración (LARC), una real opción anticonceptiva en el Perú”

Long-acting reversible contraception (LARC), a real contraception option in Peru

Miguel Gutiérrez Ramos¹

RESUMEN

En esta presentación analizamos que no existe mayor diferencia en la eficacia y la efectividad entre los métodos anticonceptivos de larga duración reversibles (implantes, dispositivos intrauterinos-DIU) -conocidos como los métodos LARC- y los métodos anticonceptivos quirúrgicos, de larga duración definitivos (vasectomía, ligadura de trompas). La diferencia entre ambas metodologías anticonceptivas está relacionada con la temporalidad y reversibilidad del método, y con los efectos secundarios que se pueden originar. La baja demanda de los LARC probablemente se debe a los mitos y barreras que existen entre algunos prestadores de salud y la población. También a una falla en la asesoría anticonceptiva, poca disponibilidad o costos para algunas poblaciones vulnerables, como son los adolescentes. Los métodos anticonceptivos reversibles de larga duración (LARC) son una alternativa de primera línea para prevenir un embarazo no planificado, en cualquier grupo etario que tiene relaciones sexuales. Su eficacia y efectividad, comparable a los métodos anticonceptivos quirúrgicos, debe ser difundida entre la población, ya que les da la protección de un método definitivo sin serlo.

Palabras clave. Métodos anticonceptivos reversibles de larga duración (LARC); Métodos quirúrgicos; Eficacia Anticonceptiva; Efectividad Anticonceptiva; Uso Típico.

ABSTRACT

We analyze In this presentation there is no big difference in the efficiency and effectiveness between the long-acting reversible contraceptive methods (implants, IUD) known as the LARC methods (by its abbreviation in English) and the definitive long-acting surgical contraception (vasectomy, tubal ligation). The difference between both contraceptive methodologies is related with the temporality and reversibility of one method and the side effects that might originate from this. The low demand of LARC is probably due to the myths and barriers existing among some health providers and the population. Also to the failure in contraceptive advice, limited availability, or high costs for some vulnerable populations like the adolescents. The long-acting reversible contraceptives are a first line alternative to prevent an unplanned pregnancy in any age group in sexual activity. The efficiency and effectiveness comparable to that of the surgical contraceptive methods should be shared with the people as these methods give protection similar to a definitive method without being one. In Peru, they are included in the contraceptive mix offered by the ministry of health.

Keywords. Long-acting Reversible Contraception-LARC; Surgical Contraception; Efficiency; Effectiveness; Topical Use.



INTRODUCCIÓN

A través de estos últimos años, el incremento de embarazos no deseados que terminan en aborto, sobre todo en los países donde las legislaciones son muy restrictivas y no tienen políticas adecuadas de planificación familiar, plantea introducir nuevas formas de tecnología anticonceptiva que no estén basadas en la toma diaria, semanal o mensual del anticonceptivo y que a la vez tengan una alta eficacia⁽¹⁾.

Este enfoque en métodos anticonceptivos, que no se tengan que renovar en cortos períodos de tiempo, que tengan larga duración y que a la vez sean reversibles, es conocido en el mundo como los LARC, por sus siglas en inglés (*long-acting reversible contraception*). Estos métodos anticonceptivos básicamente son los dispositivos intrauterinos (DIU) y los implantes, que son los métodos reversibles con más alta efectividad⁽²⁾.

En el Perú, el DIU, que es uno de los métodos anticonceptivos de larga duración, se ofrece en la mezcla anticonceptiva del Ministerio de Salud, en forma gratuita hace muchos años. Sin embargo, no ha sido requerido por las usuarias frecuentemente y es así que en los últimos años su porcentaje de utilización disminuyó desde 9% en el año 2000 a 2% en la actualidad⁽³⁾. En relación al implante, en la década de los 90 conocimos el *Normplant* que consistía en 6 varillas de levonorgestrel que eran colocadas en el brazo de la usuaria y que fue considerado en la Norma Técnica de Planificación Familiar del MINSA, pero nunca formó parte de la mezcla anticonceptiva del MINSA por compra directa⁽⁴⁾.

En el sector privado, a comienzos en el año 2002 se presenta el implante de una sola varilla, *Implanon* (etonogestrel), y es recién el año 2012 que este implante empieza a formar parte de la mezcla anticonceptiva que ofrece gratuitamente el MINSA, a través de un piloto llevado a cabo por el Ministerio de Salud, con el apoyo técnico de Pathfinder International y financiero del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) en 4 DIRESAS del país (11 hospitales y 20 establecimientos de salud) y el Instituto Nacional Materno Perinatal⁽⁵⁾.

Es decir, en estos momentos, en el Perú se cuenta con los LARC (el DIU y el implante de etonogestrel) que se ofrecen en los establecimientos de salud del MINSA en forma gratuita.

Los LARC presentan características que les da muchas ventajas para ser considerados como una metodología moderna de primera línea, y además la seguridad de que pueden ser utilizados en cualquier grupo etario que ya tienen relaciones sexuales⁽⁶⁾.

Son opciones altamente efectivas para la preventión de embarazos no planificados, que requieren de parte de la usuaria una acción que corresponde al momento de la inserción y cuya eficacia no depende de la adherencia o del uso perfecto por parte de la usuaria; son bien tolerados y sin riesgos o efectos adversos relacionados con los estrógenos, ya que no tienen hormonas (DIU Cu) o progestágenos⁽⁶⁾. Generalmente son métodos más costo-efectivos que los anticonceptivos orales combinados. La consejería/orientación permite a las mujeres hacer elecciones informadas. Las irregularidades en el patrón de sangrado menstrual pueden manejarse tanto por una adecuada información que se debe dar a todas las usuarias (consejería-orientación), como con algunos medicamentos específicos⁽⁷⁻¹⁰⁾.

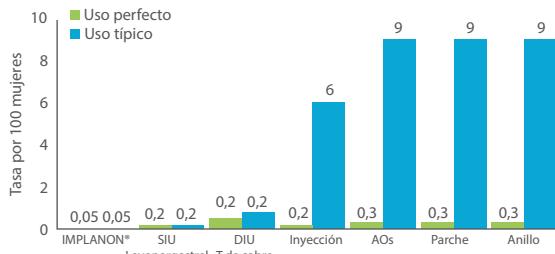
EFICACIA Y EFECTIVIDAD DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Los métodos de larga duración reversibles permiten que, con una visita al establecimiento de salud la usuaria pueda conseguir un método anticonceptivo muy seguro y muy efectivo para protegerse de un embarazo no planificado, por mucho tiempo. Evita que tenga que recordar cada día que debe tomar una píldora o de aplicarse mensualmente o trimestralmente una inyección anticonceptiva o de hacer algo para prevenir un embarazo cada vez que se tenga una relación sexual. Por otro lado, cuando revisamos su eficacia y efectividad -es decir, no solamente en su uso perfecto sino en su uso típico-, nos sorprendemos positivamente al compararlos con los métodos de corta duración (píldoras, inyectables, condón y otros) e incluso al compararlos con los de larga duración, quirúrgicos, que son permanentes, como son la vasectomía y la ligadura de trompas (figura 1).

Como podemos observar en esta figura, la eficacia (uso perfecto) y la efectividad (uso típico) difieren cuando observamos los métodos de corta duración. En el caso de los métodos de larga duración se puede observar que casi no existe diferencia entre el uso perfecto y su uso típico, y eso



FIGURA 1. EMBARAZOS NO PLANEADOS POR FALLA DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS ESPECÍFICOS (ESTADOS UNIDOS)¹. TASA DE EMBARAZOS EN EL PRIMER AÑO.



SIU=sistema intrauterino; DIU=dispositivo intrauterino; AO=anticonceptivo oral (píldoras de progestina sola y combinadas).

1. Trussell J. *Contraception* 2011;83:397-404

es debido que, en este caso, su uso no depende del usuario, porque en el caso de los métodos quirúrgicos permanentes, el método no se puede modificar y en el caso de los LARC el método anticonceptivo ya fue colocado o insertado y solo dependerá de hacer su renovación cuando sea necesario.

EFFECTIVIDAD Y TASA DE CONTINUACIÓN DE LOS MÉTODOS DE LARGA DURACIÓN

En la siguiente tabla 1 se presenta la efectividad de los métodos anticonceptivos en su uso típico, es decir en aquellas circunstancias donde se muestra la protección anticonceptiva en circunstancias reales, incluso cuando se utiliza en forma inconsistente o en forma incorrecta.

Podemos apreciar que si bien los métodos reversibles de barrera, como el condón, nos señalan que su eficacia es mayor cuando se usa perfectamente, en la realidad su falla es mayor en la práctica, ocurriendo un riesgo de embarazo de 18 por cada 100 mujeres en el año de uso. Esto es bastante elevado.

La tabla 1 igualmente nos muestra que en general en aquellos métodos anticonceptivos que dependen de que la usuaria tenga que tomarlos diariamente o cada cierto periodo de tiempo (píldoras, inyectables), la eficacia es menor que en los casos en los que el método es permanente, como es en los métodos quirúrgicos (ligadura o vasectomía) o en los casos de métodos temporales en los que la decisión de uso o su renovación es por periodos prolongados, como es el caso de los métodos anticonceptivos de larga duración (implante, DIU).

UN DENOMINADOR DIFERENTE POR LA EFECTIVIDAD DEL MÉTODO

Si hacemos la comparación por el número de mujeres que pueden estar expuestas a la falla anticonceptiva, podemos hacer una clasificación de su efectividad en tres grupos: 1) aquellos en que la falla anticonceptiva la presentamos por cada 100 mujeres; 2) el grupo en que la falla es por cada mil mujeres; y, 3) en los que la falla la podemos considerar por cada 10 000 mujeres. Es decir, el denominador será mayor cuando menor es la falla anticonceptiva en las mujeres.

En el primer grupo estarían los métodos anticonceptivos de corta duración, como son los condones, las píldoras y las inyectables. Es decir, su falla es mayor, ya que depende del uso correcto que le pueda dar la usuaria. En este caso, hablamos de que en la práctica existiría una falla en 6 a 188 mujeres por cada 100. Realmente es un número elevado.

En el segundo grupo, la falla es mucho menor, y es por esa razón que el número de mujeres en que les puede fallar el método en el uso típico lo hacemos por cada mil mujeres, y nos muestra que la falla va desde 2 a 8 por mil. Lo interesante de este grupo es que prácticamente no hay mayor diferencia cuando comparamos los métodos reversibles de este grupo (DIU de Cu, DIU LNG) con los métodos quirúrgicos definitivos (ligadura, vasectomía).

TABLA 1. EFECTIVIDAD DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS Y TASA DE CONTINUACIÓN.

Método anticonceptivo	Riesgo de embarazo en 1 año en cada 100 mujeres	Tasa de continuidad en 1 año (%)
Condón	18	43
Píldora	9	67
Inyectables	6	56
DIU de cobre	0,8 (8 en 1 000)	78
Ligadura de trompas	0,5 (5 en 1 000)	100
Vasectomía	0,15 (1,5 en 1 000)	100
DIU - LNG	0,2 (2 en 1 000)	80
Implante Etonogestrel	0,05 (0,5 en 10 000)	84

Fuente: Trussell J. *Contraception*. 2011 May;83(5):397-404.



En el último grupo está situado el implante de etonogestrel, cuya falla es aún menor y por eso utilizamos el denominador como 10 000 mujeres; es decir, una falla del método en 5 mujeres por cada 10 000. O sea que el cuadro nos revela que este último método incluso su falla es mucho menor si lo comparamos con los métodos quirúrgicos definitivos, como son la ligadura y la vasectomía.

ADHERENCIA AL USO DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

La tabla 1 también nos permite analizar la adherencia al uso del método anticonceptivo, es decir, cuanto tiempo la usuaria permanece con determinado método anticonceptivo. Observamos en el cuadro que las usuarias tienen menor adherencia a los métodos temporales de corta duración. En cambio, cuando observamos la adherencia que tienen los métodos temporales de larga duración hay una notoria diferencia, llegando en promedio a un 80% de adherencia al año de uso. Los métodos definitivos o quirúrgicos, por obvias razones, son los de mayor adherencia porque son métodos permanentes.

Esta tabla nos muestra las semejanzas entre los métodos anticonceptivos temporales de larga duración y los métodos permanentes definitivos (quirúrgicos). Por eso, en la actualidad, las mujeres tienen la posibilidad de optar por métodos temporales de tan alta efectividad como los métodos definitivos o permanentes.

Las diferencias entre estos dos últimos grupos no estarían en su eficacia, que como hemos visto es muy similar, sino que estarían referidas a su administración (quirúrgicos o no), a su reversibilidad y a los efectos secundarios ocasionados por el uso de los LARC y los métodos definitivos.

EFECTOS SECUNDARIOS

Los que ocurren en los métodos LARC hormonales -como son los implantes y los DIU LNG- fundamentalmente están relacionados a los cambios del patrón de sangrado mensual. Nos estamos refiriendo a la posibilidad de que se presente amenorrea, manchados irregulares menstruales e incluso un sangrado muy frecuente. También pueden presentarse algunas otras molestias, como acné, tensión mamaria. Todas estas situaciones tienen un manejo mé-

dico, que va desde una buena orientación-consejería antes de ser aplicado el método hasta el uso de medicamentos coagulantes o antiinflamatorios e incluso hormonales (píldoras), en el caso de las alteraciones del patrón de sangrado menstrual^(10,11).

En el caso de los dispositivos intrauterinos de cobre, las molestias van a estar referidas al mayor sangrado durante las menstruaciones o dolor menstrual. Si se utiliza una técnica correcta en su aplicación no habrá cuadros de enfermedad inflamatoria pélvica, ya que los cuadros de infección están referidos fundamentalmente a la inserción y durante los primeros 20 días después de su aplicación. No están relacionados a su uso. Igualmente, también estas molestias tienen manejo médico, con antiinflamatorios o medicamentos coagulantes que se utilizan durante el periodo menstrual⁽¹¹⁾.

En cambio, con los métodos quirúrgicos (vasectomía y ligadura de trompas), más allá de las complicaciones que se podrían presentar al momento del acto quirúrgico, si se ejecuta adecuadamente no se espera que se presente algún efecto secundario posterior⁽¹²⁾.

BAJA DEMANDA DE LOS LARC

Un tema interesante que ha sido estudiado en relación al poco uso que tienen los LARC, a pesar de su alta eficacia y efectividad, están relacionados a muchos mitos que se tienen de parte de la población y de algunos prestadores de salud, como por ejemplo que los implantes pueden tener relación con el cáncer de mama, o que el DIU puede producir cáncer de cuello uterino o que es abortivo, o que no se puede utilizar en adolescentes o en nulíparas, por el riesgo de infección que tiene y que puede producir obstrucción de las trompas uterinas, entre otras afirmaciones falsas, que no tienen evidencia científica alguna^(13,14).

Otro de los problemas que puede influir en el poco uso que tienen los LARC es el costo inicial que representa para su inserción. En ese sentido existen trabajos llevados a cabo en poblaciones de adolescentes y jóvenes que nos demuestran que cuando se ofrecen los LARC en forma gratuita o a muy bajo costo, se incrementa el uso de los métodos anticonceptivos de larga duración⁽⁹⁾.



Otro de los problemas es la falla en la asesoría anticonceptiva, o sea no se pone interés en brindar una información adecuada de la metodología anticonceptiva, incluyendo los LARC. La consejería estructurada utilizada en el proyecto de anticoncepción *Choice*, llevado a cabo en San Luis, Missouri, demostró que si se prepara a personal no necesariamente de salud, pero en forma estructurada, el resultado no muestra diferencias con el personal de salud. Es más, constituye un elemento fundamental en la selección de los LARC de parte de la población, y asegura una mejor adherencia al método anticonceptivo⁽¹⁵⁾.

CONCLUSIÓN

No existe mayor diferencia en la eficacia y la efectividad de los métodos anticonceptivos de larga duración reversibles (implantes, DIU) y de los métodos anticonceptivos definitivos (vasectomía, ligadura de trompas). Incluso, en el caso del implante de etonogestrel, su eficacia y efectividad es mucho mayor.

La diferencia entre ambas metodologías anticonceptivas está relacionada con la temporalidad y reversibilidad del método y con los efectos secundarios que se pueden originar.

Los LARC ofrecen a la población de cualquier grupo etario que ya tienen relaciones sexuales, una protección anticonceptiva por un tiempo 3, 5 o 12 años, dependiendo del método elegido; son totalmente reversibles y sus efectos secundarios, que deben ser informados con una adecuada orientación/consejería, pueden ser manejados médicaamente.

Los métodos quirúrgicos definitivos, más allá de las complicaciones que pudieran existir por ser un acto quirúrgico menor, no tienen efectos secundarios.

Los métodos anticonceptivos reversibles de larga duración (LARC), por lo tanto, son una alternativa de primera línea para prevenir un embarazo no planificado. Su eficacia y efectividad, comparable a los métodos anticonceptivos permanentes, debe ser difundida entre la población, ya que se brinda una protección anticonceptiva de un método permanente, definitivo, sin serlo. Aquellas mujeres que buscan un método quirúrgico definitivo, y que por diferentes razones no pueden acceder a esa metodología, tienen en los LARC una buena opción.

Recordemos que actualmente el MINSA en nuestro país tiene incorporados el DIU y el implante de etonogestrel en la mezcla anticonceptiva, en forma gratuita, en todos los establecimientos del sector público.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. The American College of Obstetricians and Gynecologists. Increasing access to contraceptive implants and intrauterine devices to reduce unintended pregnancy. Committee Opinion N° 642, July 2015:1-4.
2. The American College of Obstetricians and Gynecologists. Long-acting reversible contraception: implants and intrauterine devices. Practice Bulletin Number 121, July 2011: 1 – 13. DOI:10.1097/AOG.0b013e318227f05e.
3. INEI. Perú. Mujeres actualmente unidas que usan métodos modernos, según área de residencia 2009-2014. Instituto Nacional de Estadística e Informática: Encuesta Demográfica y de Salud familiar, 2015.
4. MINSA. Norma Técnica de Planificación Familiar. Ministerio de Salud del Perú. Dirección General de Salud de las Personas; 1999:44-5.
5. UNFPA. Los servicios de salud sociales de determinadas regiones mejoran su capacidad para prestar servicios de salud reproductiva en particular el acceso a métodos de planificación familiar y el embarazo adolescente a las poblaciones vulnerables, inclusive en situaciones humanitarias. Programa País PER8U301; Dic 2012.
6. WHO. Medical eligibility criteria for contraceptive use. Fifth Ed. World Health Organization Geneva, 2015.
7. Blumenthal PD, Voedisch A, Gemzell-Danielsson K. Strategies to prevent unintended pregnancy: increasing use of long-acting reversible contraception. Hum Reprod Update. 2011;17(1):121-37. doi: 10.1093/humupd/dmq026.
8. Trussell J. Contraceptive failure in the United States. Contraception. 2011;83:397-404. doi: 10.1016/j.contraception.2011.01.021.
9. Trussell J, Lalla AM, Doan QV, Reyes E, Pinto L, Gricar J. Cost effectiveness of contraceptives in the United States. Contraception. 2009 Jan;79(1):5-14. doi: 10.1016/j.contraception.2008.08.003.
10. Mansour D, Bahamondes L, Critchley H, Darney P, Fraser IS. The management of unacceptable bleeding patterns in etonogestrel-releasing contraceptive implant users. Contraception. 2011 Mar;83(3):202-10. doi: 10.1016/j.contraception.2010.08.001.
11. WHO. Family Planning a Global Handbook for Providers. Department of Reproductive Health and Research. 2011 Up Date;9:109-64.
12. WHO. Family Planning a Global Handbook for Providers. Department of Reproductive Health and Research. 2011 Up Date;9:165-98.
13. Zegarra T, Chávez S, Guerrero R, Távara L. Mitos y métodos anticonceptivos. Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) Lima. Marzo 2011:15-7.



14. White K, Hopkins K, Potter J, Grossman D. Knowledge and attitudes about long-acting reversible contraception among Latina women who desire sterilization. *National Institutes of Health. Womens Health Issues*. 2013;23(4):257-63. doi: 10.1016/j.whi.2013.05.001.
15. Madden T, Mullersman JL, Omvig KJ, Secura GM, Peipert JF. Structured contraceptive counseling provided by the Contraceptive CHOICE Project. *Contraception* 2013 Aug;88(2):243-9. doi: 10.1016/j.contraception.2012.07.015.