



Hospital General  
de Villalba



# CUANDO ELEGIR UN LARC DERRIBANDO MITOS

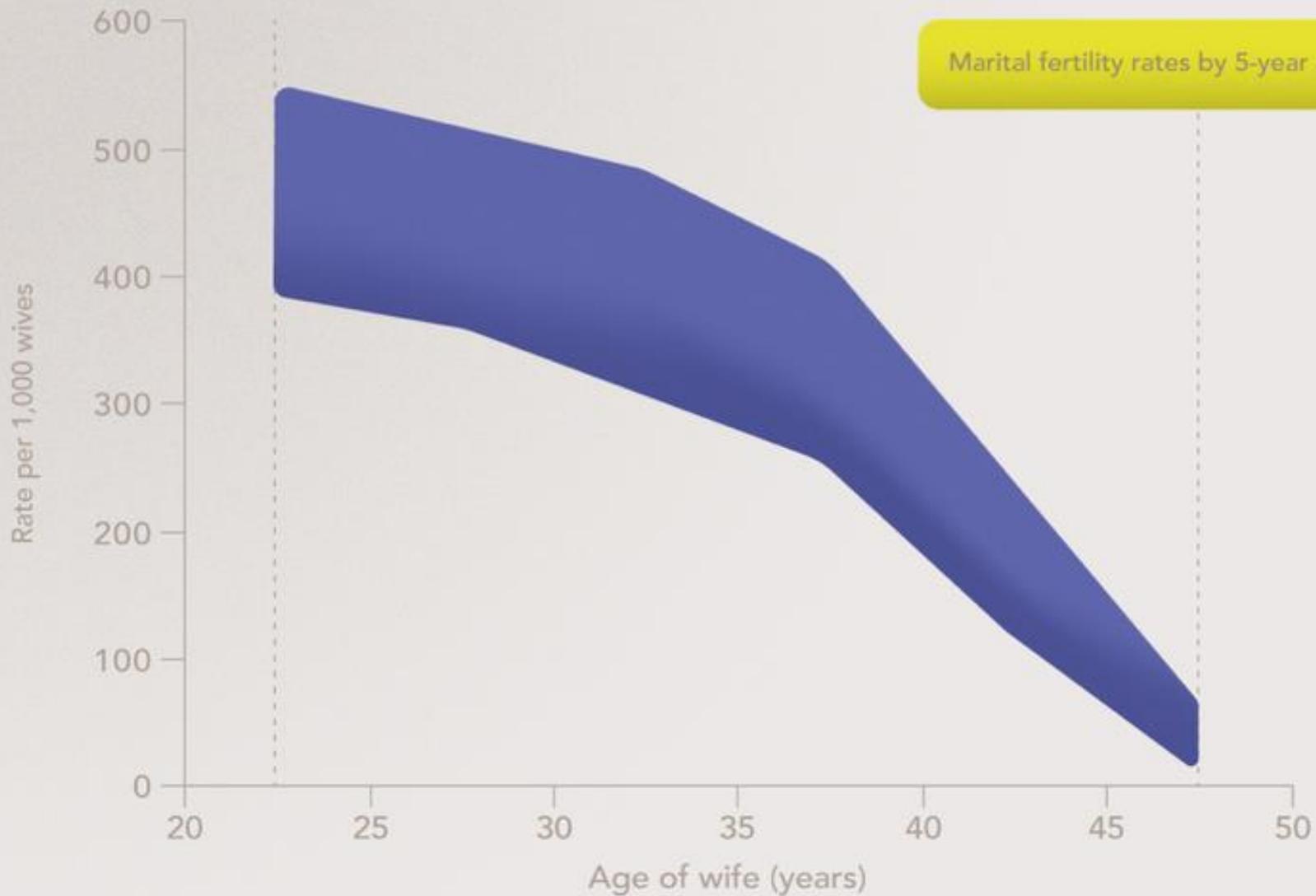
- Dra Mercedes Andeyro



# Tasa de IVES

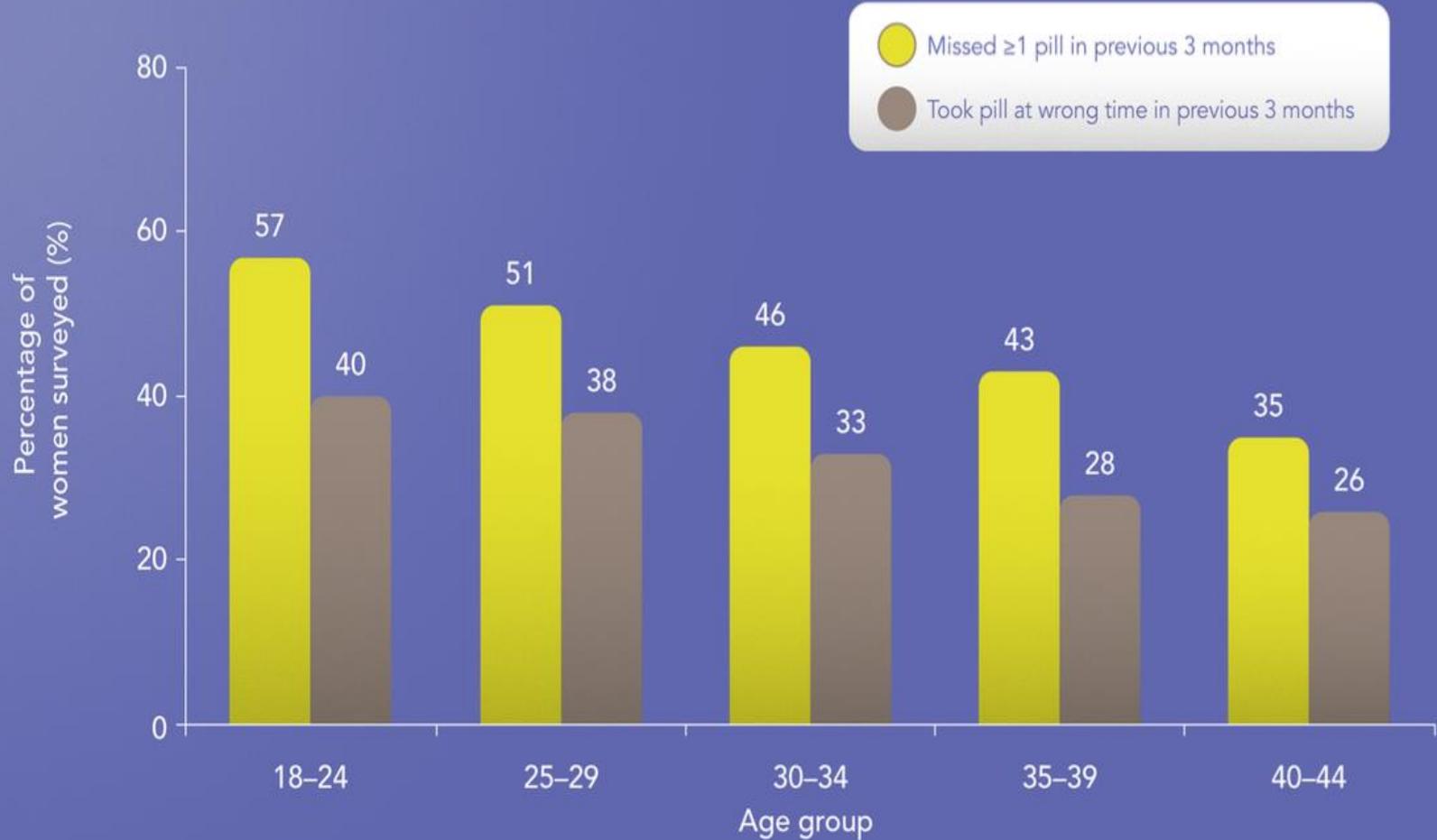
Figura 1. I.V.E. Tasas pos 1.000 mujeres de cada grupo de edad. España 2005-2014





**Reference:**

- Figure from Menken J et al. Science 1986; 233:1389-1394. Reprinted from AAAS and Practice Committee. Committee Opinion No. 589. ACOG Committee on Gynecologic Practice and Practice Committee of ASRM, 2014



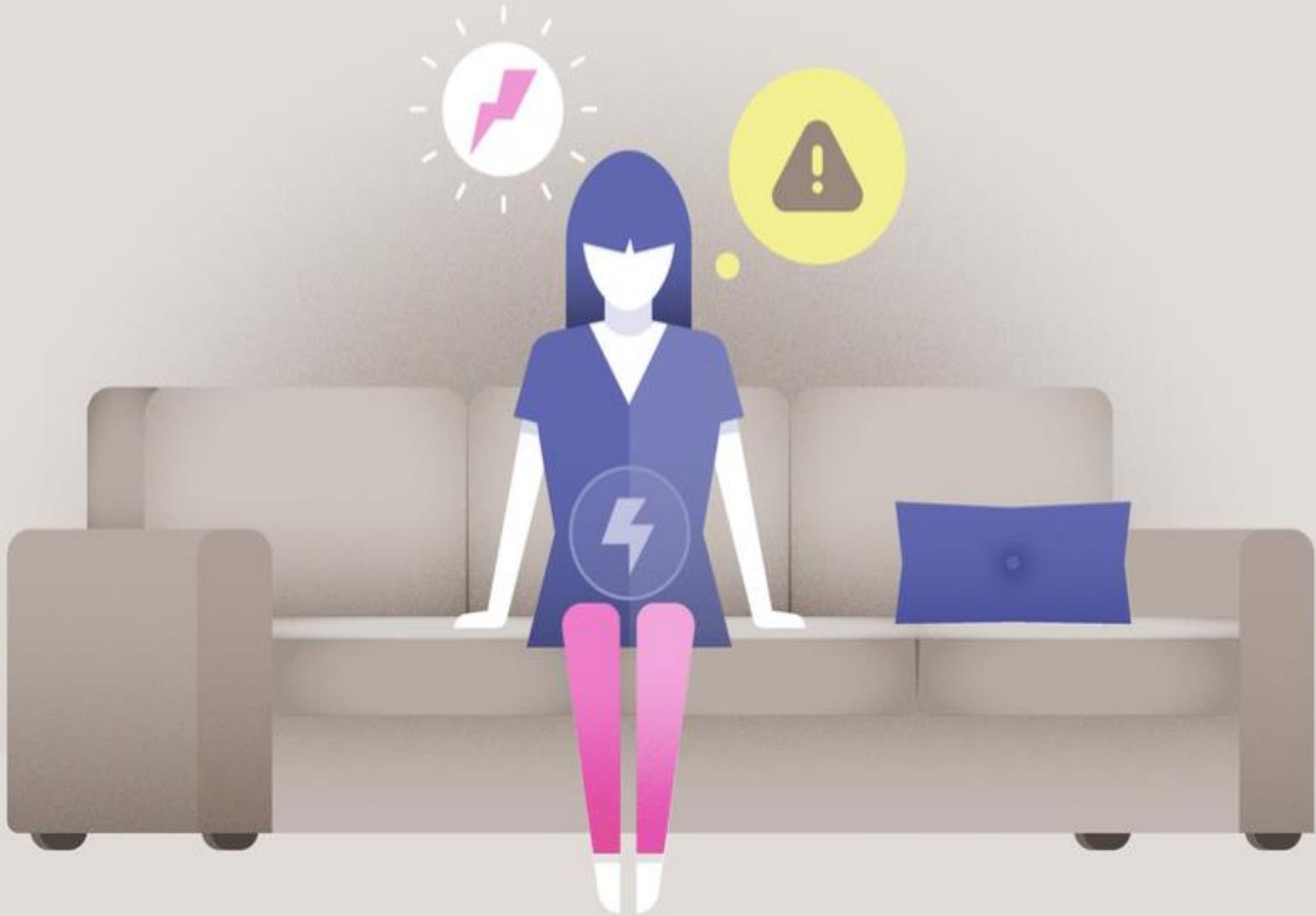
**Reference:**

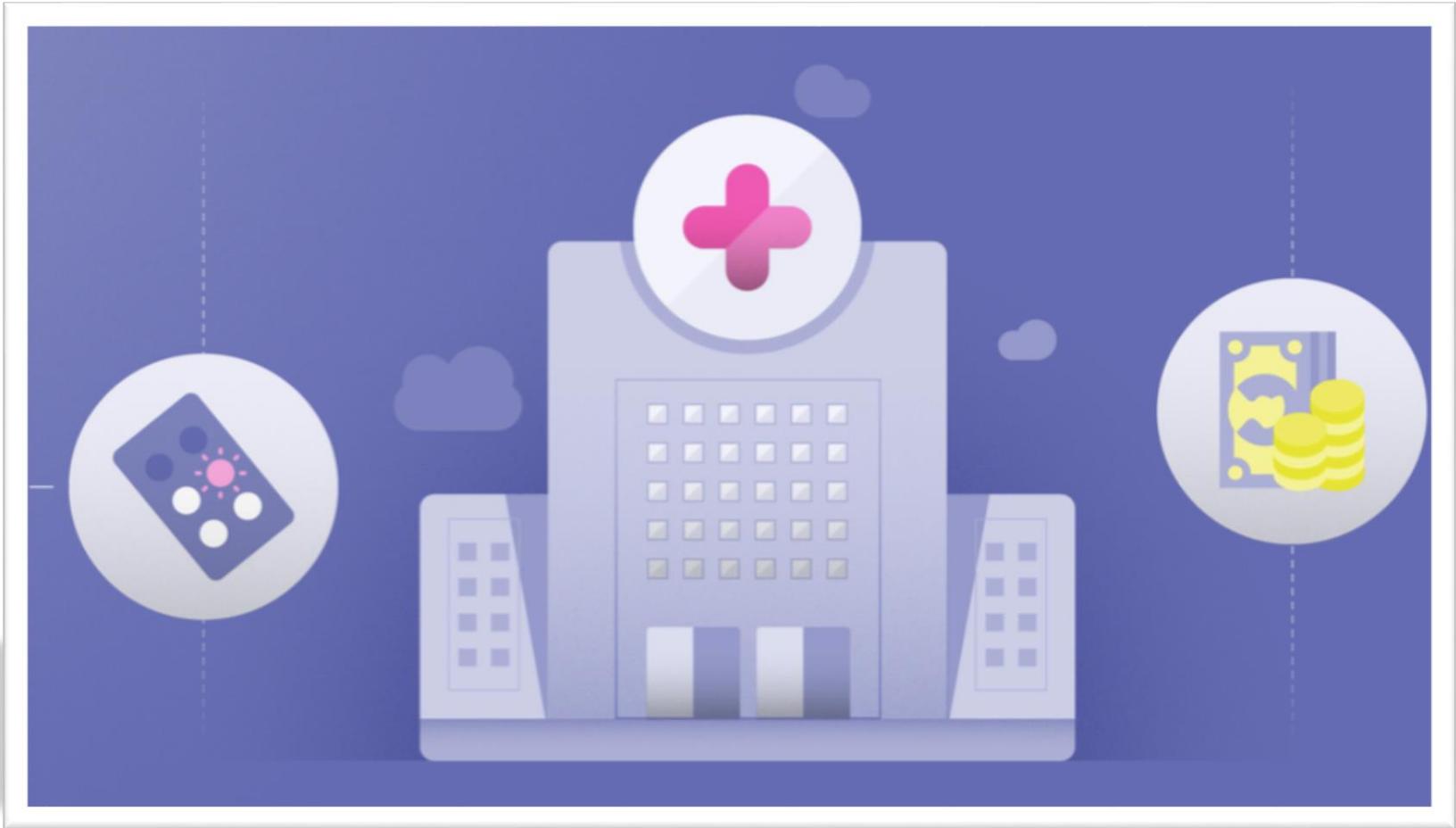
- Hooper DJ. Attitudes, awareness, compliance and preferences among hormonal contraception users: a global, cross-sectional, self-administered, online survey. Clin Drug Investig. 2010

Survey in 5120 women aged 18-44 years old, in US, Brazil, UK, France, Spain, Germany, Italy, Russia and Australia.

57%

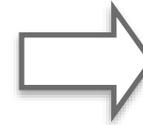






# ADHERENCIA TERAPEÚTICA

Adherencia



Efectividad



## Cumplimiento

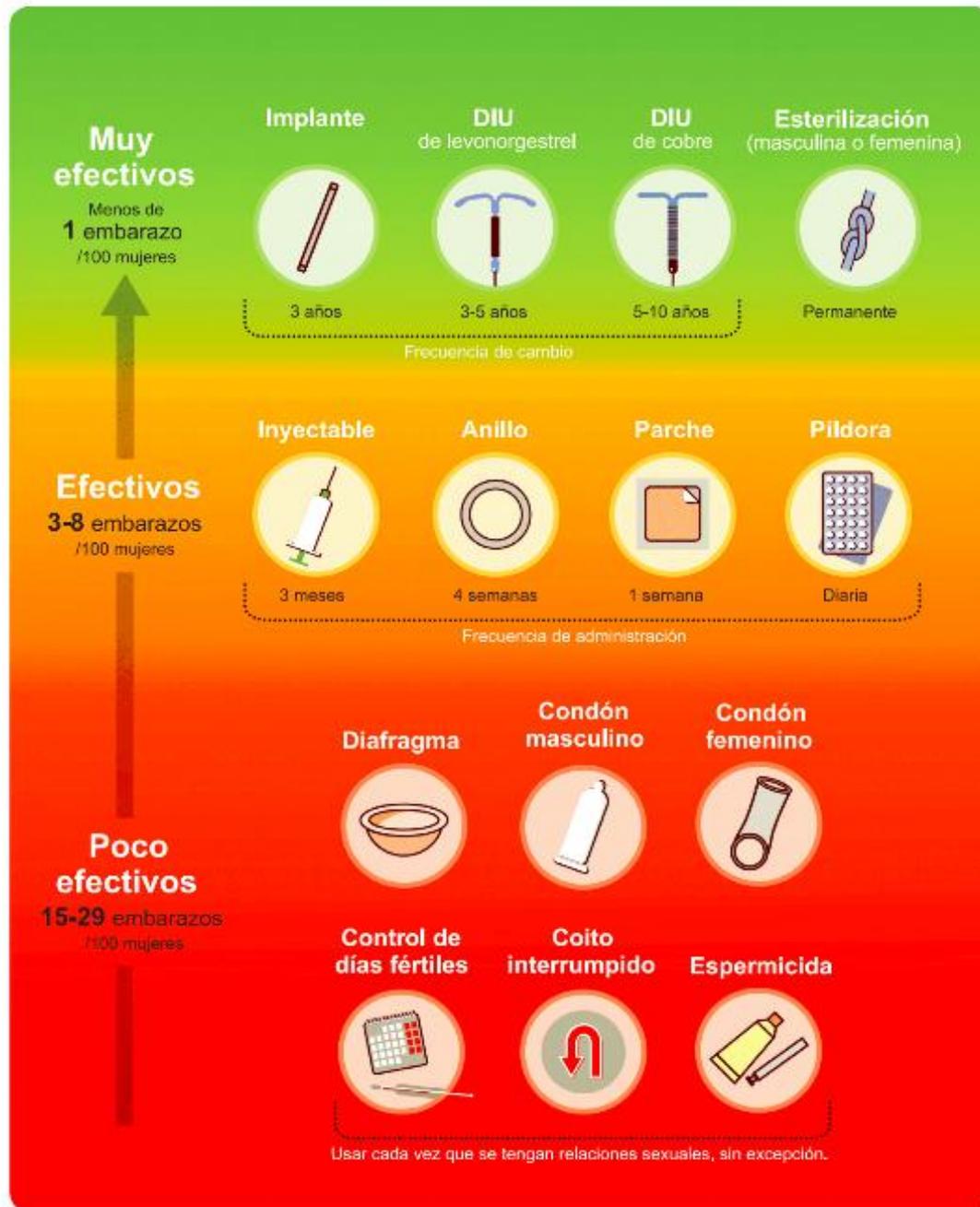
Consistencia y precisión con la que se sigue el régimen prescrito

## Persistencia

Tiempo de permanencia en el tratamiento



# Efectividad de los métodos anticonceptivos



Se indica el número de embarazos por año.

Método (1)	% de mujeres con embarazo no planificado dentro del primer año de uso		% de mujeres que continúan con el método después de un año <sup>3</sup>
	Uso típico <sup>1</sup> (2)	Uso perfecto <sup>2</sup> (3)	(4)
Ningún método <sup>4</sup>	85	85	
Espermicidas <sup>5</sup>	29	18	42
Coito interrumpido	27	4	43
Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad	25		51
Método de los días fijos <sup>6</sup>		5	
Método de los dos días <sup>6</sup>		4	
Método de la ovulación <sup>6</sup>		3	
Esponja anticonceptiva			
Mujeres que han tenido 1 o más partos	32	20	46
Nulíparas	16	9	57
Diafragma <sup>7</sup>	16	6	57
Condón <sup>8</sup>			
Femenino (Reality)	21	5	49
Masculino	15	2	53
Anticonceptivos orales combinados y de progestina sola	8	0.3	68
Parche (Evra)	8	0.3	68
Anillo (NuvaRing)	8	0.3	68
AMPD (Depo-Provera)	3	0.3	56
Anticonceptivo inyectable combinado (Lunelle) <sup>9</sup>	3	0.05	56
DIU			
T con cobre (ParaGard)	0.8	0.6	78
DIU-LNG (Mirena)	0.2	0.2	80
Implante de ETG (Implanon)	0.05	0.05	84
Esterilización femenina	0.5	0.5	100
Esterilización masculina	0.15	0.10	100



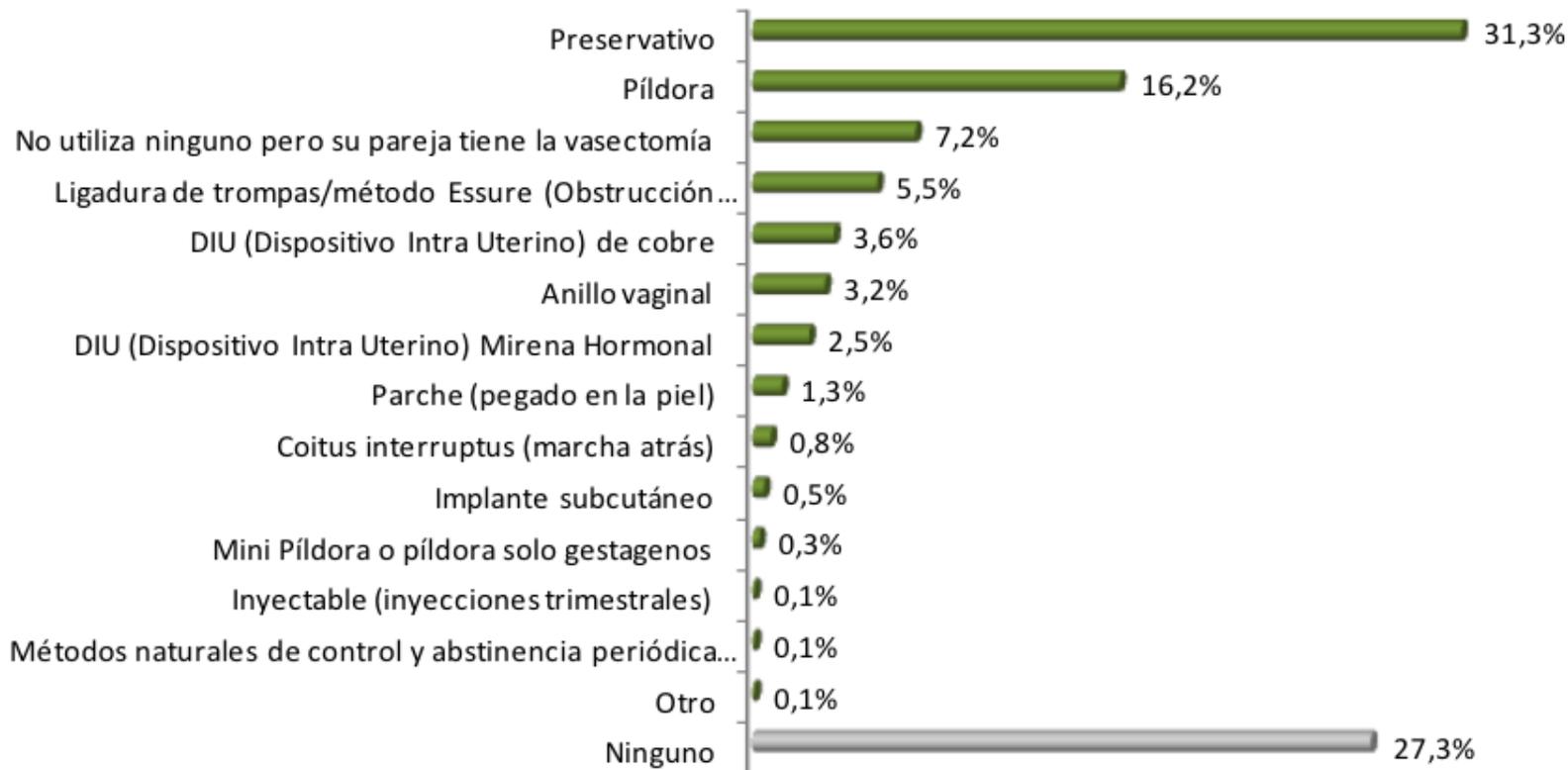


Observatorio DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LA SEC®



## Anticonceptivo que utilizan actualmente

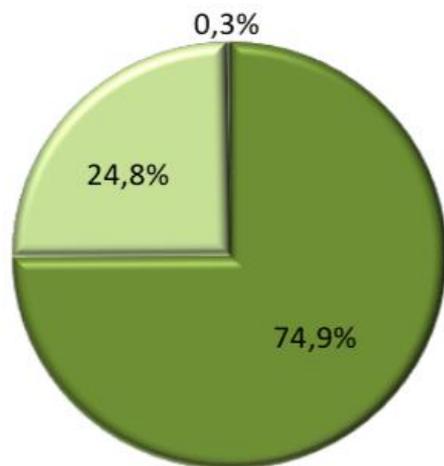
Base: total mujeres de 15 a 49 años





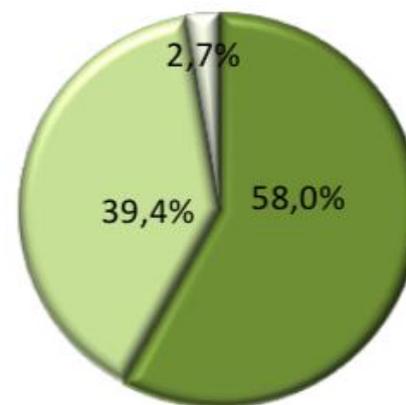
# Hábitos Sexuales

## Uso del Preservativo



■ Lo utiliza siempre    ■ A veces no lo utiliza    ■ Ns/Nc

## Uso del Preservativo



■ Si, lo utiliza desde el principio  
■ No, lo utiliza después de que la relación ya se ha iniciado  
■ Ns/Nc

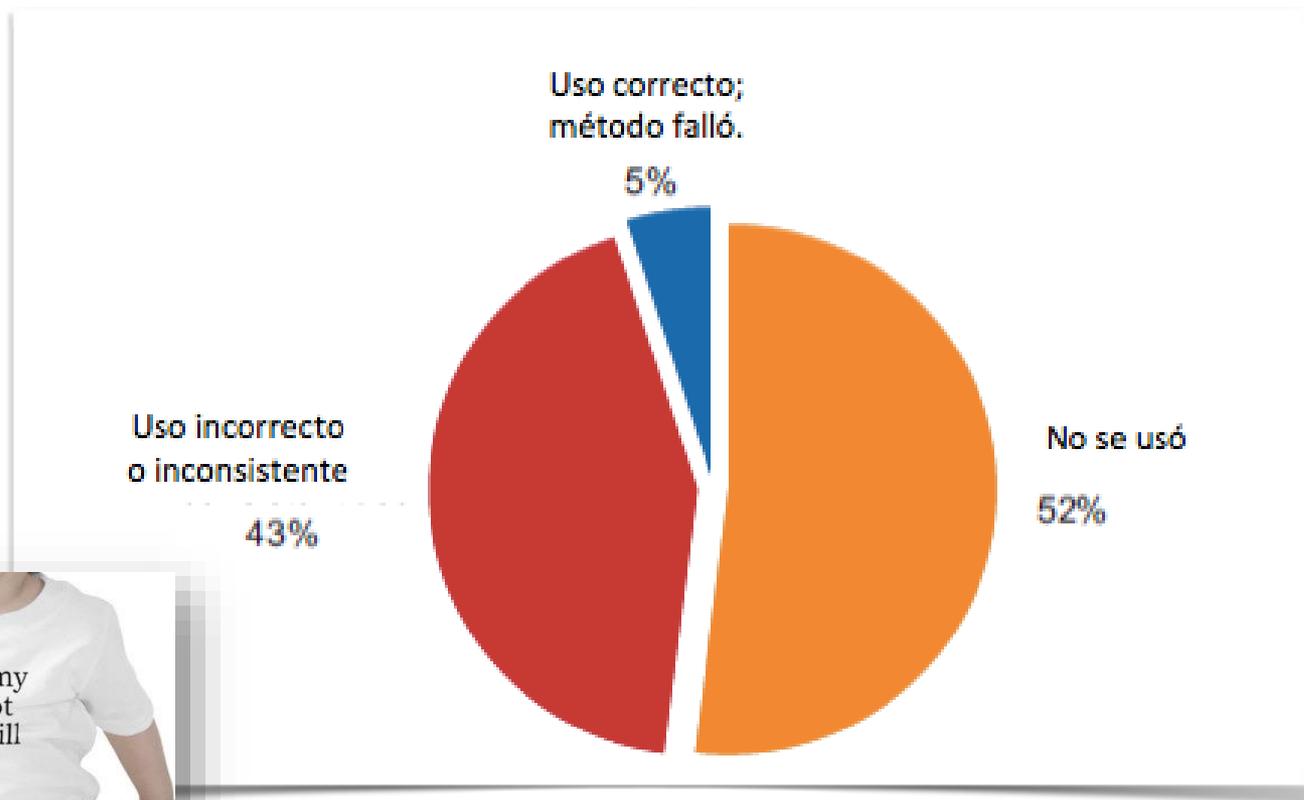


Observatorio DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LA SEC®



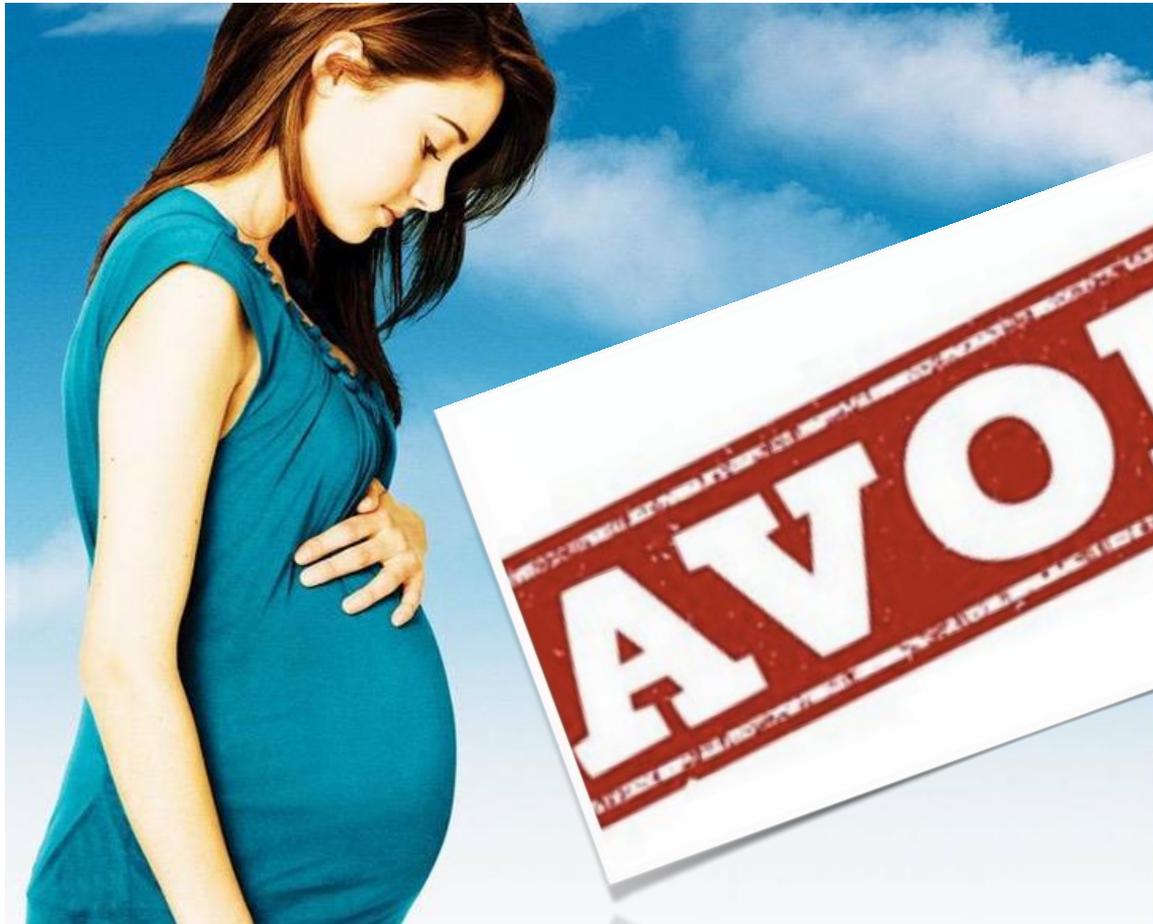


# Causas de Embarazos No deseados por uso del Método en el mes de la concepción





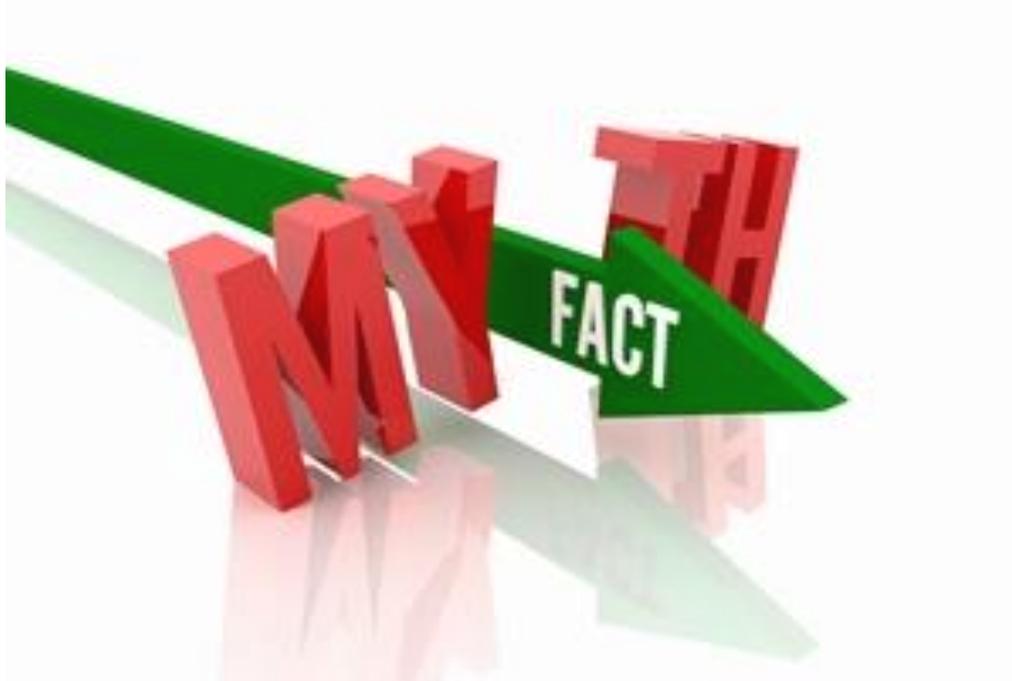
# Embarazos No Deseados





# 1ª Línea: LARC





**Mayor uso de LARC**



**Mayor difusión por parte del profesional sanitario.**

**Mayor conocimiento y aceptación entre las usuarias**



**Nº1**



 **socratic**  
by Mastery**Connect**

 **Hospital General  
de Villalba**  
SaludMadrid



# LARC: *Long-Acting Reversible Contraception*

- Métodos anticonceptivos reversibles de larga duración
- Métodos que mantienen el efecto anticonceptivo más de dos ciclos femeninos, y que permiten recuperar la fertilidad rápidamente tras el cese de su utilización.”





## Long-acting reversible contraception (update)

Issued: September 2014

NICE clinical guideline 30

### **Todos los Métodos LARC son adecuados para:**

- Mujeres fértiles en todos los grupos de edad
- Nulíparas o multíparas
- Postparto incluso en periodo de lactancia
- Postaborto
- Mujeres con IBM >30
- Mujeres con HIV
- Mujeres con Diabetes
- Mujeres con migraña o Epilepsia
- Mujeres con contraindicación para los Estrógenos



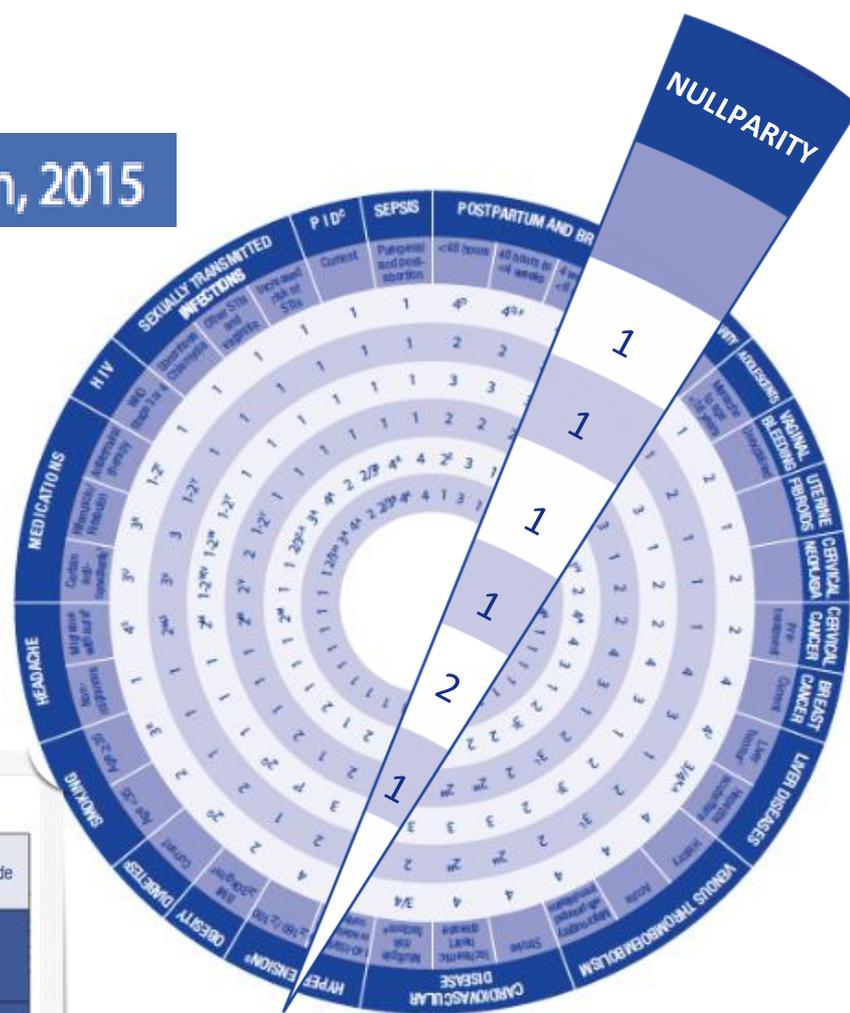
# PROTOSCOLOS SEGO/SEC

## ANTICONCEPCIÓN INTRAUTERINA

La Anticoncepción intrauterina ( AI ) junto con el implante son métodos reversibles de larga duración, altamente eficaces y costoefectivos, en todos los grupos de edad, incluidas adolescentes.<sup>1,2,3</sup>

# Criteria médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos

Fifth edition, 2015



## DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS (DIU)

Los DIU no protegen contra ITS/VIH. Si existe riesgo de ITS/VIH (incluso durante el embarazo o posparto) se recomienda el uso correcto y consistente de condones, ya sea solos o en combinación con otro método anticonceptivo. Se ha comprobado que los condones masculinos de látex protegen contra ITS/VIH.

CONDICIÓN * Consulte también los comentarios adicionales al final de la tabla	CATEGORÍA I = inicio, C = continuación		ACLARACIONES/EVIDENCIA
	DIU-Cu	DIU-LNG	
<b>DIU-Cu = DIU con cobre      DIU-LNG = DIU liberador de levonorgestrel (20 µg/24 horas)</b>			
<b>CARACTERÍSTICAS PERSONALES E HISTORIA REPRODUCTIVA</b>			
<b>EMBARAZO</b>	4	4	<b>Aclaración:</b> El DIU no se indica durante el embarazo y no debe ser usado debido al riesgo de infección pélvica grave y aborto séptico espontáneo.
<b>EDAD*</b>			
a) Menarquia a < 20 años	2	2	
b) ≥ 20 años	1	1	
<b>PARIDAD</b>			<b>Evidencia:</b> Existen datos contradictorios en cuanto a si el uso del DIU está asociado con infertilidad en las mujeres nulíparas, aunque estudios recientes y bien realizados sugieren que no hay aumento en el riesgo.(1-9)
a) Nulípara	2	2	
b) Mujeres que han tenido 1 o más partos	1	1	

## Long-acting reversible contraception (update)

Issued: September 2014

NICE clinical guideline 30  
[guidance.nice.org.uk/cg30](http://guidance.nice.org.uk/cg30)

Expert clinical opinion is that LARC methods may have a wider role in contraception and their increased uptake could help to reduce unintended pregnancy. The current limited use of LARC suggests that healthcare professionals need better guidance and training so that they can help women make an informed choice. Health providers and commissioners also need a clear understanding of the relative cost effectiveness of LARC compared with other methods of fertility control. Enabling women to make an informed choice about LARC and addressing women's preferences is an important objective of this guideline.

### Effective and appropriate use of long-acting reversible contraception

LARC is more cost effective than the combined oral contraceptive pill, even at 1 year of use

**Intrauterine devices (IUDs) with at least 300 mm<sup>2</sup> copper and banded copper on the arms should be considered first-line**

- Failure: < 20 in 1000 women over 5 years (if fails, exclude ectopic)
- Ectopic pregnancy: < 1 in 1000 pregnancies (< 1 in 20 of failures)
- Expulsion: < 1 in 20 women over 5 years
- Discontinuation: up to 50% at 5 years
- Nonhormonal method
- Licensed: 5 to 10 years (varies between devices)
- Women aged over 40 years may retain the IUD until they no longer require contraception
- Heavy/longer menstrual periods can be treated with non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) or tranexamic acid
- If heavy bleeding is unacceptable, advise switching to IUS
- No delay in return to fertility on discontinuation

**Intrauterine systems (IUS) Mirena<sup>®</sup>**

- Failure: < 10 in 1000 women over 5 years (if fails, exclude ectopic)
- Ectopic pregnancy: < 1 in 1000 pregnancies (< 1 in 20 of failures)
- Expulsion: < 1 in 20 women over 5 years
- Discontinuation: up to 60% at 5 years
- Hormonal method
- Licensed: 5 years
- Women aged over 45 years may retain the IUS until they no longer require contraception
- Spotting common in first 6 months
- Oligo/amenorrhoea likely by 1 year
- May be associated with acne
- No delay in return to fertility on discontinuation

**Progestogen-only injectable contraceptive (POIC)**

**Depo-Provera<sup>®</sup> (DMPA)**

- Failure: < 4 in 1000 women over 2 years
- Discontinuation: up to 50% at 1 year
- Hormonal method
- Licensed: 12-week dose interval
- Oligo/amenorrhoea likely
- Small reversible reduction in bone mineral density may occur during use
- Weight gain may occur
- Delay in return to fertility of up to 1 year on discontinuation

**Progestogen-only subdermal implants (PDS/POP)**

- Failure: < 1 in 1000 women over 3 years
- Discontinuation: up to 43% at 3 years
- Hormonal method
- Licensed: 3 years
- Irregular bleeding patterns can occur throughout use
- Can be treated with mefenamic acid or ethinyloestradiol
- No delay in return to fertility on discontinuation

Women of reproductive age requesting contraception, including long-acting reversible contraception (LARC)

Principles of care  
 Women should be given evidence-based information and advice of all methods of contraception, tailored to their needs, and their preferences.

Information (verbal and written)

- Failure rate
- Mode/duration of action
- Side effects/risks
- Benefits
- Use of method
- When to seek specific advice
- Safer sex

Assessment

- Contraindications to use
- Suitability of method
- Suitability of provider
- Suitability of setting
- Suitability of time
- Suitability of cost
- Suitability of follow-up
- Suitability of support
- Suitability of consent
- Suitability of interpreter

Management

- Choice of method
- Choice of provider
- Choice of setting
- Choice of time
- Choice of cost
- Choice of follow-up
- Choice of support
- Choice of consent
- Choice of interpreter

Additional follow-up

- Women should be encouraged to return if problems occur, or for reassurance
- Women should be encouraged to return if problems occur, or for reassurance
- Women should be encouraged to return if problems occur, or for reassurance

LARC is more cost effective than the combined oral contraceptive pill, even at 1 year of use

This algorithm should be used when necessary, but when necessary, be interpreted with reference to the full guideline

## Long-acting reversible contraception

the effective and appropriate use of long-acting reversible contraception

National Collaborating Centre for Women's and Children's Health

Commissioned by the National Institute for Health and Clinical Excellence

October 2005



RCOG Press

“Con eficacia de primer nivel, altas tasas de satisfacción y continuidad, y sin necesidad de adherencia diaria, los métodos LARC deberían ser recomendaciones de primera línea para adolescentes.”

“Las preocupaciones de los profesionales sanitarios sobre el uso de LARC por parte de las adolescentes son una barrera para el acceso.”



“Dada la eficacia, la seguridad y la facilidad de uso, los métodos LARC se deben considerar como métodos anticonceptivos de primera línea para adolescentes.”

“Los pediatras deberían ser capaces de educar a las pacientes sobre los métodos LARC...”

# PROTOSCOLOS SEGO/SEC

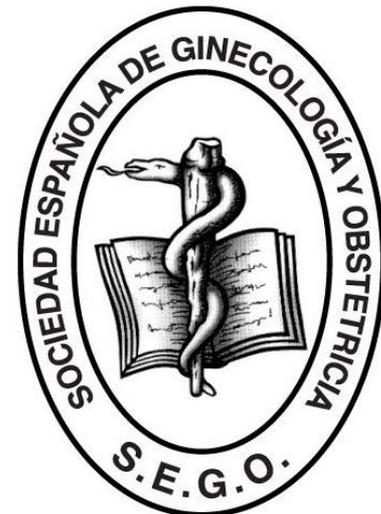


## ANTICONCEPCIÓN INTRAUTERINA

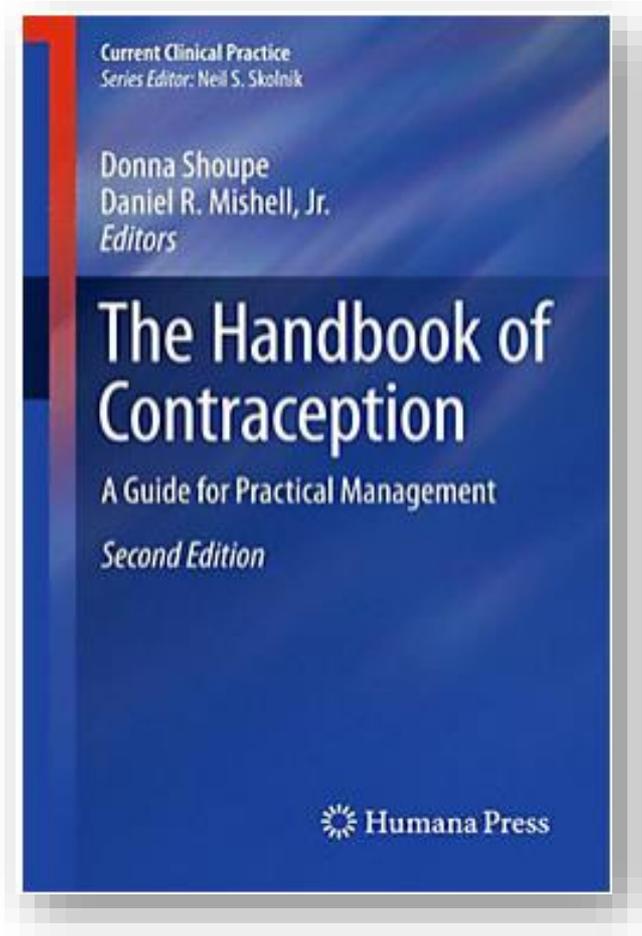
La Anticoncepción intrauterina ( AI ) junto con el implante son métodos reversibles de larga duración, altamente eficaces y costoefectivos, en todos los grupos de edad, incluidas adolescentes.<sup>1,2,3</sup>

### Documento de consenso SEGO 2016 Anticoncepción a largo plazo

Los LARC merecen un asesoramiento anticonceptivo capaz de hacerlos **elegibles por mujeres de cualquier edad reproductiva, incluidas las adolescentes y jóvenes**, siempre que no padezcan ninguna condición de salud que los haga desaconsejables. De esta forma, estas mujeres se beneficiarán de los métodos reversibles más efectivos, justo cuando se encuentran en la edad más fértil de toda su etapa reproductiva, y se contribuirá a reducir la incidencia de embarazos no deseados.

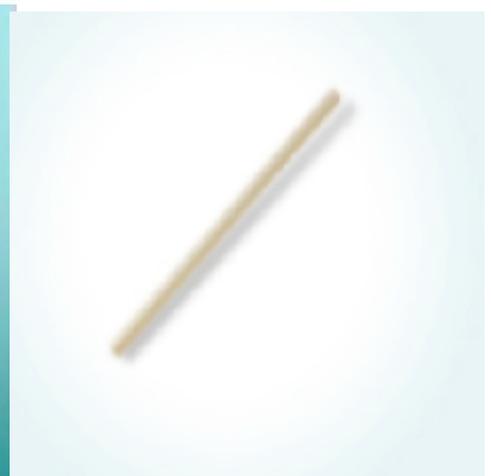


“Para mujeres de todas las edades, los métodos LARC son las opciones de **primera línea.**”



# LARC

	DIU-Cu	DIU-LNG	IMPLANTE
MECANISMO DE ACCIÓN	Método no hormonal. Inhibe viabilidad y migración del espermia	Método hormonal. Espesamiento moco cervical + inhibición proliferación endometrial	Método hormonal. Inhibición ovulación + espesamiento moco cervical
EFFECTIVIDAD (IP USO TÍPICO EN 1 AÑO)	0,8	0,2	0,05
DURACIÓN	Hasta 10 años	3 o 5 años	3 años
TASA CONTINUACIÓN A LOS 3 AÑOS (ESTUDIO CHOICE)	69,7 %	69,8 %	56,2 %
LOCALIZACIÓN	Intrauterino. Efecto local	Intrauterino. Efecto local	Subdérmico. Efecto sistémico
RETORNO DE LA FERTILIDAD	Inmediato	Inmediato	Inmediato





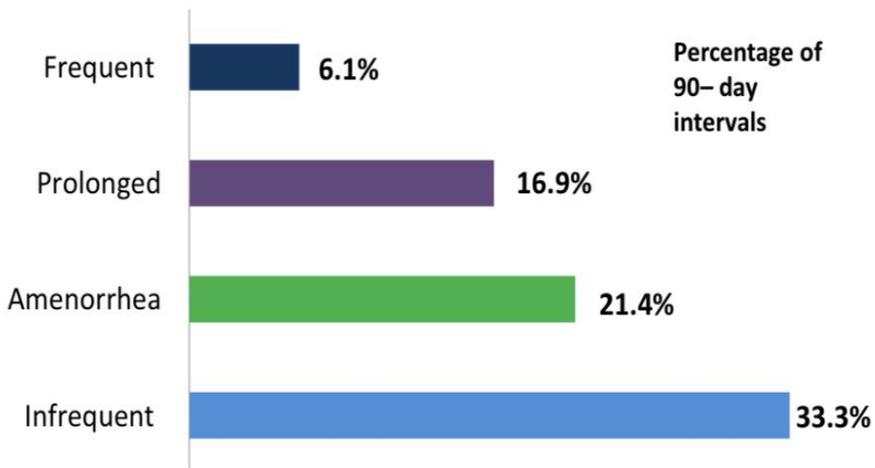
# IMPLANTE SUBDERMICO

- Etonogestrel 68mg, monovarilla (IMPLANON)
- Alta efectividad
- Cilindro con un núcleo de vinilo(EVA) de 40x2mm que contiene 68 mg de etonogestrel. Periodo de eficacia 3 años.
- Fácil inserción y fácil retirada ( 3-5min). ( Complicaciones <1% y leves)
- El principal mecanismo de acción lo constituye la anovulación. Además presenta cambios en el moco cervical y en el endometrio.
- Discreto
- Fertilidad rápidamente reversible

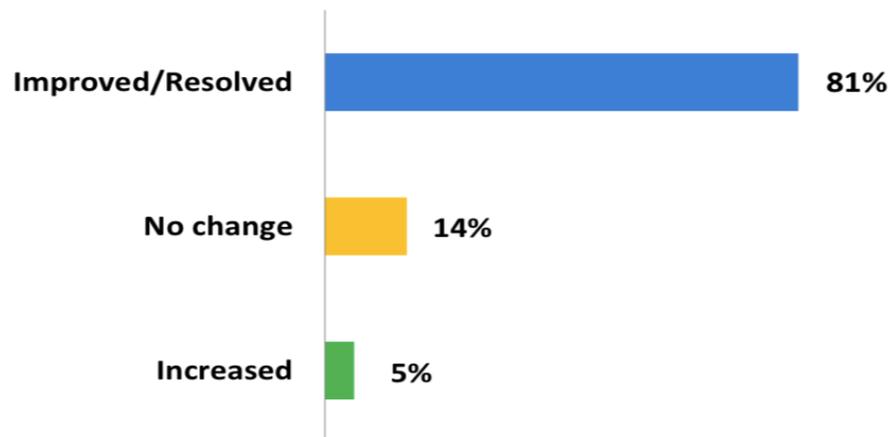


# IMPLANTE: BENEFICIO NO-CONTRACEPTIVO

## Patrón de sangrado



## Efecto sobre la dismenorrea



## Otros efectos adversos:

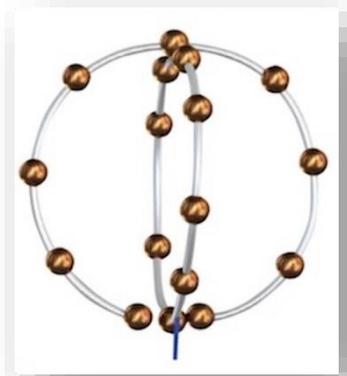
- Dolor de cabeza (15'3%)
- Aumento de peso (11'8%)
- Cambios en el acné (11'8%)
- Mastodinia (10'2%)
- Susceptibilidad emocional ( 5'7%)

## Tasas de discontinuación:

- 11'3% por anomalías del sangrado
- 13'9% por otros efectos adversos



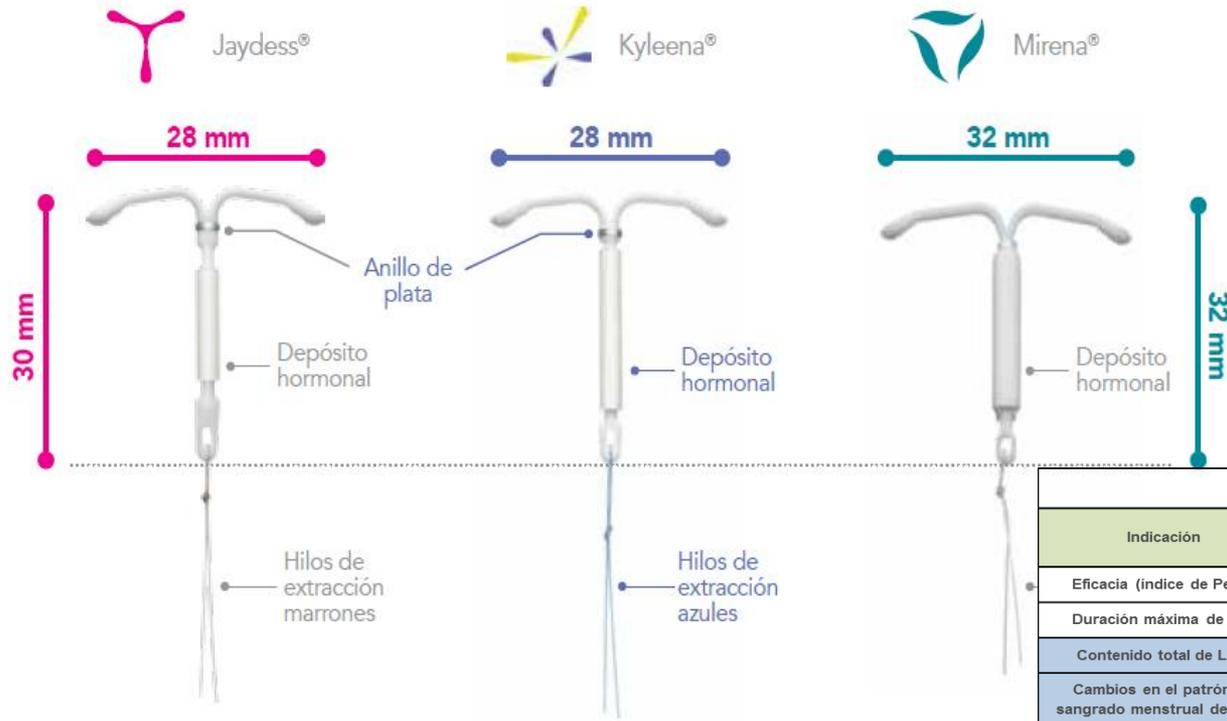
# DIU COBRE



- Anillo de Cu
- Aprobado su uso para 5-10 años
- Método No Hormonal
- Puede tener spotting o mayor sangrado y dismenorrea o calambres
- No tiene beneficios añadidos
- Es el método de elección en la Anticoncepción de urgencia
- Es el más costo-efectivo



# DIU-LNG



	Mirena® <sup>2</sup>	Kyleena® <sup>3</sup>	Jaydess® <sup>1</sup>
<b>Indicación</b>	Anticoncepción hasta 5 años + SMA*	Anticoncepción hasta 5 años	Anticoncepción hasta 3 años
<b>Eficacia (índice de Pearl)</b>	0,11 a 5 años <sup>4</sup>	0,29 a 5 años	0,33 a 3 años
<b>Duración máxima de uso</b>	5 años	5 años	3 años
<b>Contenido total de LNG</b>	52 mg	19,5 mg	13,5 mg
<b>Cambios en el patrón de sangrado menstrual después de la inserción al final del año 1</b>	Amenorrea: 16 % <sup>7</sup> Sangrado infrecuente: 57 % <sup>7</sup>	Amenorrea: 12 % Sangrado infrecuente: 26 %	Amenorrea: 6 % Sangrado infrecuente: 20 %
<b>Tasa diaria media de liberación de LNG <i>in vivo</i> durante el primer año</b>	20 µg/24 horas <sup>5</sup>	12 µg/24 horas <sup>6</sup>	8 µg/24 horas <sup>5</sup>
<b>Tasa diaria media de liberación de LNG <i>in vivo</i></b>	14 µg/día a lo largo de 5 años	9 µg/día a lo largo de 5 años	6 µg/día a lo largo de 3 años
<b>Dimensiones de la estructura en T (mm)*</b>	32 x 32 x 2,8	28 x 30 x 1,55	28 x 30 x 1,55
<b>Diámetro del tubo de inserción</b>	4,40 mm	3,80 mm	3,80 mm
<b>Diferenciador en técnicas de imagen: anillo de plata</b>	-	Mejora de visibilidad en ecografías	Mejora de visibilidad en ecografías
<b>Color de los hilos monofilamento</b>	Marrón	Azul	Marrón



# DIU-LNG BENEFICIOS AÑADIDOS

Periodos menos frecuentes, más cortos y de menor intensidad a lo largo del tiempo



## CAMBIOS EN EL PATRÓN DE SANGRADO Y LA DISMENORREA



# INSERCIÓN FÁCIL EN EL 90% DE LAS MUJERES





# BUEN PERFIL DE SEGURIDAD

Densidad mineral ósea



No cambios en el peso corporal relevantes

0'6% EIP  
0'2% E.Ectópico



3'7% expulsión completa /parcial



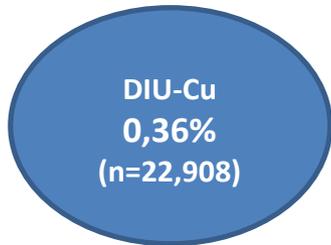
0'2% perforación uterina



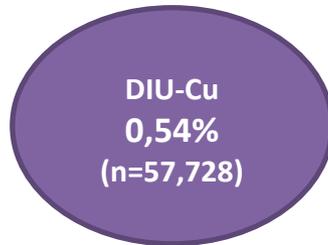
# El riesgo de EIP en mujeres con DIU es < 1%

La incidencia de EIP entre las mujeres se ha estimado en un 5% (datos US)<sup>5</sup>

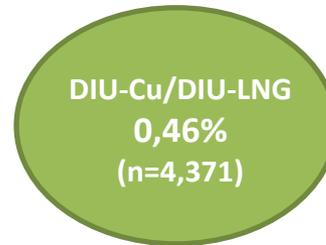
## Incidencia global de EIP en usuarias de DIUs (%)



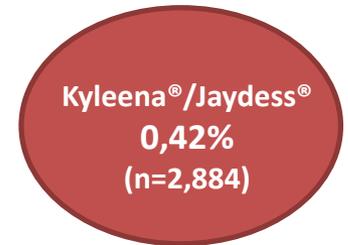
Farley et al, 1992



Sufrin et al, 2012



Birgisson et al, 2015



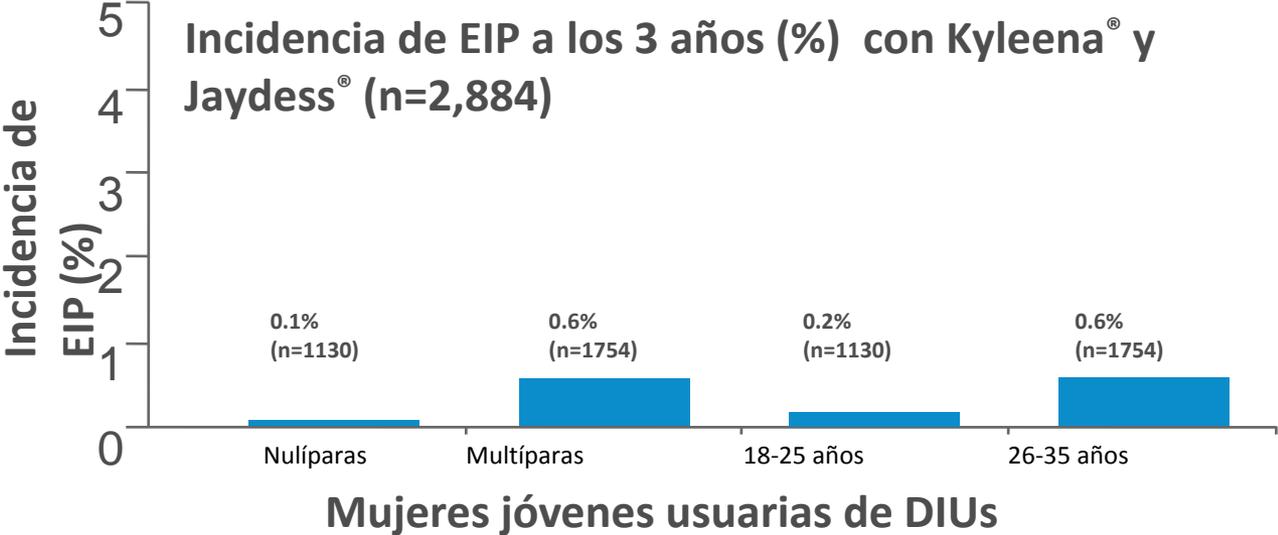
Directamente relacionada con la inserción y la presencia de gérmenes en cérvix. El riesgo es 6 veces superior en los 20 primeros días post-inserción. Posteriormente el riesgo es similar al de las no usuarias



# Las mujeres jóvenes no tienen un mayor riesgo de EIP que las mujeres mayores

La incidencia global de EIP en la cohorte fue del **0,42%**.

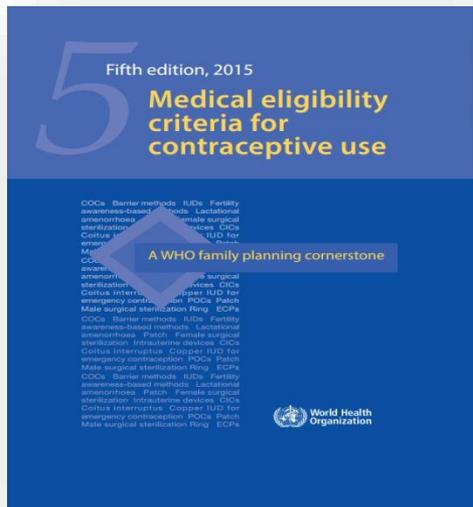
El análisis también mostró que las **mujeres nulíparas NO** estaban en mayor riesgo que las mujeres **múltiparas**.





# BAJO RIEGO DE EMBARAZO ECTÓPICO

La tasa de fracaso del DIU es extremadamente baja, por lo que el riesgo absoluto de embarazo ectópico es también extremadamente bajo\*<sup>1-3</sup>



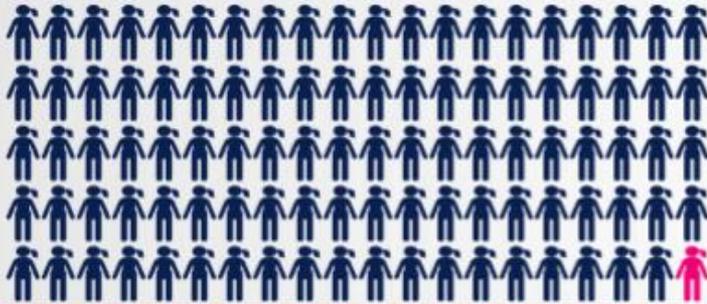
Tampoco hay restricciones para usar la IUC en mujeres que han tenido un embarazo ectópico anteriormente; categoría 1 de los criterios de elegibilidad de la OMS<sup>1</sup>

\*De cada 10.000 mujeres que usan un DIU, aprox. 33 mujeres quedarán embarazadas; de ellas, 16 embarazos serán ectópicos<sup>4</sup>



# El mito del embarazo ectópico y el uso de DIU

## Si miramos el nº de embarazos ectópicos en la población general

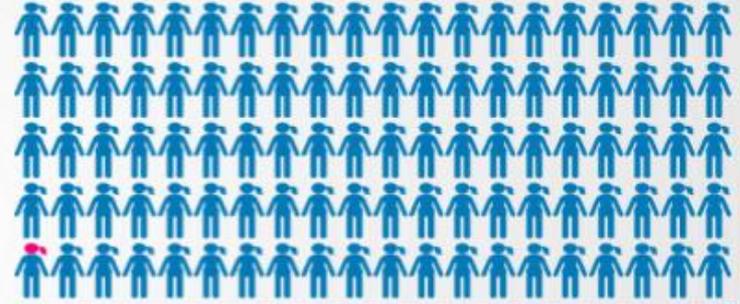


En la población general, de cada 10.000 mujeres que no usan AC, aproximadamente **8.500** quedarán embarazadas

De éstas, **100** embarazos serán ectópicos

**100 por 10.000 mujeres, aprox. 1%**

## Comparándolo con el nº de embarazos ectópicos entre las mujeres con DIU

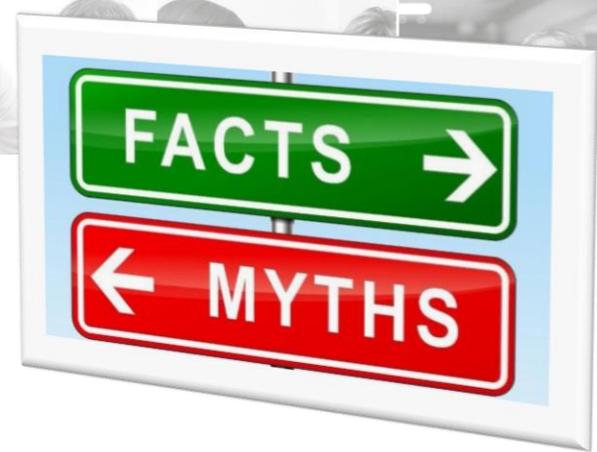


De cada 10.000 mujeres que utilizan DIU, aprox. **33** mujeres podrán estar embarazadas

De éstas, **16** embarazos podrían ser ectópicos

**16 por 10,000 mujeres, aprox. 0.2%**





## La verdad sobre los mitos de los DIU

**Fácil**

① “La inserción es ~~difícil~~ en mujeres nulíparas”

**mejoran**

② “Los DIU-LNG ~~provocan~~ dismenorrea”

**reducción**

③ “El DIU ~~incrementa~~ el riesgo de embarazo ectópico”

**mejoría**

④ “Provoca ~~molestos cambios~~ en el patrón de sangrado”

⑤ “Los DIU ~~no~~ son adecuados para mujeres jóvenes o nulíparas”

⑥ “Tras la retirada del DIU ~~no~~ se recupera la fertilidad normal”

**NO**

⑦ “~~Hay~~ una mayor probabilidad de EIP”

**rentable**

⑧ “El DIU es ~~muy caro~~ para la mujer”







**SEC**

## PROCOLOS SEGO/SEC

### ANTICONCEPCIÓN INTRAUTERINA

La Anticoncepción intrauterina ( AI ) junto con el implante son métodos reversibles de larga duración, altamente eficaces y costoefectivos, en todos los grupos de edad, incluidas adolescentes.<sup>1,2,3</sup>





**Muchas Gracias**