

Anticoncepción

CONTROVERSIAS SOBRE LOS AVANCES EN ANTICONCEPCIÓN HORMONAL

En agosto de 2004, el Comité Médico de la Sociedad Americana de Medicina Reproductiva publicó en la revista *Fertility and Sterility* el artículo "Anticoncepción Hormonal: Últimos avances y controversias". En él se hace un repaso a los recientes avances en anticoncepción hormonal y ofrece unas conclusiones que, por su novedad y contenido, merecen que realicemos una síntesis.

Dr. Javier Martínez Salmeán
Jefe del Servicio de Obstetricia y Ginecología
del Hospital Severo Ochoa de Madrid

El primer Anticonceptivo Hormonal Oral (ENOVID® 150 mcg de mestranol y 9.85 mg de norethinodol) fue aprobado por la FDA americana en 1960. Desde entonces la Anticoncepción Hormonal Oral (AHO) se ha convertido en el mejor método anticonceptivo reversible. Existe una gran variedad de composiciones y formas de administración de los AHO que incluso pueden proporcionar beneficios no contraceptivos, como los que se relacionan con la prevención del cáncer de ovario y endometrio, así como a los efectos beneficiosos en el control del ciclo o la dismenorrea. La disminución de dosis de estrógenos, los nuevos gestágenos con menor efecto androgénico, y recientemente, las diferentes formas de administración, buscan siempre la tolerancia, el cumplimiento y la conveniencia de las usuarias.

Nuevas formas de administración

■ La nueva forma de administración inyectable -aprobada por la FDA en el año 2000-, con 25 mg de Acetato de Medroxiprogesterona (AMP) y 5 mg de cipionato de estradiol de administración intramuscular mensual, tiene una eficacia contraceptiva similar a la del

Acetato de Medroxiprogesterona Depot, aunque como efecto secundario destaca el mal control del ciclo.

- La vía transdérmica en forma de parche -aprobada por la FDA en 2002-, que libera 20 mcg/día de etinilestradiol y 150 mcg de norelgestromin, tiene una eficacia similar a la píldora y una tolerancia y efectos secundarios similares.
- El anillo vaginal -aprobado por la FDA en 2001- libera 20 mcg de etonogestrel y 15 mcg de etinilestradiol por día, con eficacia y efectos secundarios similares a los AHO.
- El Sistema de Liberación Intrauterino (SLI) Mirena® -aprobado en 2000 por la FDA-, tiene reservorio de 50 mg de Levonorgestrel. Su eficacia anticonceptiva es muy alta y disminuye la menstruación en un 75% (entre el 20 y el 50% de las usuarias tienen amenorrea a los 2 años de uso). La retirada del dispositivo supone una rápida recuperación de la fertilidad.
- En cuanto a los implantes está Jadelle®, con 150 mg de Levonorgestrel, y que tiene como efecto secundario menor el mal control del ciclo.

Nuevas formulaciones

En general, se puede decir que la evolución de los anticonceptivos orales se ha orientado a disminuir la dosis de etinilestradiol hasta los 20 mcg y a los nuevos gestágenos. En este sentido destaca la drospirenona, un nuevo gestágeno, análogo de la spironolactona y que tiene una buena actividad gestagénica y antiandrogénica.

Anticoncepción Hormonal y Riesgo de Cáncer

Cáncer de mama

Existe un incremento leve (Riesgo Relativo = 1.24) en las usuarias de AHO comparadas en el control. Este riesgo disminuye al dejarlo y desaparece a los 10 años. No obstante el riesgo de cáncer de mama es muy bajo en mujeres por debajo de los 35 años.

Cáncer de endometrio

La toma de AHO disminuye el riesgo de cáncer de endometrio en una relación directa con el nº de años de uso: 4 años 56%, 8 años 67% y 12 años 72%. Además el efecto protector se mantiene hasta los 20 años después de haber dejado la AHO.

Anticoncepción



El estudio analiza los nuevos sistemas de administración y revisa los efectos de la AHO en relación con el riesgo de cáncer y la enfermedad cardiovascular //

Cáncer de ovario

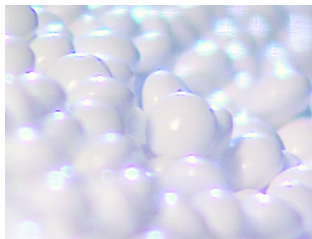
En la misma línea del cáncer de endometrio, la incidencia del cáncer de ovario disminuye el 41%, 54% y 61% con el uso de 4, 8 y 12 años respectivamente. El efecto protector comienza a los 6 meses de uso y persiste 20 años. Esta protección se está utilizando con buenos resultados en al cáncer de ovario hereditario, con una disminución del riesgo de entre un 50 y un 70%.

Cáncer de cérvix

Un reciente estudio arroja datos que desprenden una falta de incremento de riesgo de cáncer de cérvix en mujeres que han usado AHO durante menos de 5 años. Sin embargo en las que lo han hecho por un periodo de entre 5 y 9 años, y especialmente por encima de los 10, el cáncer de cérvix se incrementa.

Cáncer Colorectal

Existe una protección para las usuarias de AHO de entre el 18% y el 54%.



Riesgos médicos y Anticoncepción Hormonal Oral

Infarto de Miocardio y ACVA (Accidente Cerebro-Vascular Arterial)

Son eventos raros en la edad reproductiva de la mujer. Los AHO los aumentan ligeramente, pero cuando se asocian factores que predisponen o la edad de la mujer es superior a los 35 años, el riesgo de infarto de miocardio aumenta claramente. Asimismo las personas con migrañas o fumadoras, tienen mayor riesgo de ACVA. Por ello en usuarias con cambios visuales y alteraciones neurológicas asociadas a migrañas, y a las fumadoras por encima de los 35 años se deben contraindicar los AHO.

Tromboembolismo Venoso (TEV)

Existe un ligero aumento en el riesgo de padecerlo, pero aún así su incidencia es baja. Aunque se ve incrementada por ciertos gestágenos (gestodeno y desogestrel). Sin embargo la FDA propone que no se cambie la prescripción. El riesgo de TEV está asociado a factores individuales que se ven incrementados por los AHO. El más común es el factor V de Leiden, que tiene una prevalencia del 5% de la raza caucasiana, pero es muy raro en Asia y Africa.

Conclusiones

- ▶ La Anticoncepción Hormonal Oral, es la mejor y más eficaz anticoncepción reversible.
- ▶ Los nuevos métodos transdérmicos, inyectables e implantes tienen una eficacia comparable a los AHO.
- ▶ Los actuales AHO, con menos dosis de estrógenos o con nuevos gestágenos, mantienen la eficacia anticonceptiva y reducen los efectos secundarios.
- ▶ En la anticoncepción de emergencia, la pauta de gestágeno solo es más eficaz y tiene menos efectos secundarios.
- ▶ El riesgo de cáncer de endometrio o de ovario se reduce en las usuarias de AHO.
- ▶ Existe un incremento del riesgo del cáncer de cérvix en usuarias de larga duración de AHO.
- ▶ No existe un incremento del riesgo de cáncer de mama asociado a la AHO, aunque existe una prevalencia ligeramente mayor en los primeros años de uso.
- ▶ El riesgo de ACVA e infarto de miocardio en la edad reproductiva es bajo, aunque los AHO lo incrementan cuando se asocia a fumadoras mayores de 35 años.
- ▶ El riesgo de TEV es más alto en usuarias de AHO con alteraciones de la coagulación. De cualquier modo siempre hay que tener en cuenta los factores hereditarios antes de iniciar la toma de AHO, y no es recomendable en mujeres con una historia personal o familiar de trombosis.

