

INSTITUTO SUPERIOR DE CIENCIAS MÉDICAS
"DR. SERAFÍN RUIZ DE ZÁRATE RUIZ"
SANTA CLARA, VILLA CLARA

UTILIZACIÓN DE CONTRACEPTIVOS HORMONALES EN UNA CONSULTA
DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR.

Por:

Dra. Regla Lisbel López Guerra¹, Dra. Vivian Cairo González², Dra. Migdalia Rodríguez Rivas³, Dra. Celia Vivian de Armas del Pino⁴ y Dra. Norma I. Hurtado Insúa²

1. Especialista de I Grado en Farmacología. Instructora. ISCM-VC.
2. Especialista de I Grado en Ginecología y Obstetricia.
3. Especialista de II Grado en Farmacología. Asistente. ISCM-VC.
4. Especialista de I Grado en Ginecología y Obstetricia. Instructora. ISCM-VC.

Resumen

Se realizó un estudio descriptivo para valorar el uso de contraceptivos hormonales y la presentación de efectos adversos en la consulta de Planificación Familiar del Policlínico "Juan Bruno Zayas" de Cifuentes. La muestra estuvo formada por 117 pacientes que asistían a dicha consulta, y para la recolección de los datos se elaboró un formulario donde se tuvieron en cuenta las siguientes variables: edad, contraceptivo hormonal empleado, tiempo de uso, enfermedades asociadas, otros medicamentos, reacciones adversas, entre otros. Para evaluar la relación de causalidad entre las sospechas individuales de reacciones adversas, se utilizó la tabla de decisión de Karch y Lasagna. Predominaron los pacientes entre 25 y 29 años de edad, así como las que utilizaron Triquilar y Microgynon. Las reacciones adversas más frecuentes fueron los trastornos menstruales (amenorrea y metrorragia), fundamentalmente producidas por el acetato de medroxiprogesterona (Depo-Provera). Se sugiere evaluar cuidadosamente a las pacientes que utilizan estos medicamentos para garantizar un uso más racional y evitar reacciones adversas.

Descriptores DeCS:

ANTICONCEPTIVOS HORMONALES
ORALES/efectos adversos
PLANIFICACION FAMILIAR

Subject headings:

CONTRACEPTIVES, ORAL,
HORMONAL/adverse effects
FAMILY PLANNING

Introducción

Los contraceptivos hormonales son un grupo de medicamentos de gran utilización en el mundo, lo que ha sido demostrado en diversos estudios donde se informa que aproximadamente 60 millones de mujeres en el mundo emplean estos agentes en la actualidad¹⁻³.

El tipo más común de estos anticonceptivos es el preparado combinado que contiene un estrógeno y un progestágeno; pueden ser monofásicos o secuenciales, y actualmente se recomiendan las formulaciones de preparados monofásicos de muy bajo contenido hormonal, que resultan eficaces y más seguros¹.

También existen preparados con una sola sustancia; un estrógeno solo es la “píldora poscoito”, mientras que los progestágenos solos, como “la minipíldora” fueron introducidos con el propósito de eliminar el estrógeno de los preparados anticonceptivos, ya que se le atribuía la mayoría de los efectos secundarios¹.

Se han utilizado, además, anticonceptivos inyectables (acetato de medroxiprogesterona y enantato de noristerona) y sistemas de liberación lenta, como: implantes subcutáneos de levonorgestrel, anillos vaginales y dispositivos intrauterinos premedicados, que son efectivos, pero con frecuencia producen trastornos menstruales⁴.

Los contraceptivos hormonales tienen efectos beneficiosos que incluyen la prevención del embarazo y la reducción de la incidencia de dismenorrea, cáncer de ovario y endometrio⁵, pero se asocian con importantes efectos adversos que deben tenerse en cuenta en el momento de la prescripción para garantizar su uso racional.

Los estudios sobre la calidad de los servicios, seguridad y eficacia de los métodos de regulación de la fertilidad son cruciales en la actualidad en la planificación familiar⁶ y las investigaciones sobre la seguridad y eficacia de los mismos –particularmente en la seguridad de los métodos hormonales de larga duración– son altamente relevantes. Por esta razón, decidimos valorar el uso de contraceptivos hormonales y la presentación de efectos adversos en una consulta de planificación familiar.

Métodos

Se realizó un estudio descriptivo sobre el empleo de contraceptivos hormonales en la consulta de Planificación Familiar del Policlínico Comunitario “Juan B. Zayas” de Cifuentes, Villa Clara . La muestra estuvo formada por 117 pacientes que asistían a dicha consulta durante el año 2000. Para la recolección de los datos se elaboró un formulario donde se tuvieron en cuenta variables, como: edad, contraceptivo hormonal empleado, tiempo de uso, enfermedades asociadas, otros medicamentos, reacciones adversas, etc.

Para evaluar la relación de causalidad entre las sospechas individuales de reacciones adversas (RA) y los medicamentos referidos, se utilizó la tabla de decisión de Karch y Lasagna, que permitió clasificarlas en: definitiva, probable, posible, condicional o no relacionada.

Los datos obtenidos fueron introducidos en un sistema de gestión de base de datos DBASE III, y se realizaron distribuciones de frecuencias.

Descripción de la composición de los contraceptivos hormonales empleados:

Tabletas:

Microgynon: Levonorgestrel 0,15 mg
Etinilestradiol 0,03 mg

Genora: Noretindrone 1,000 mg
Etinilestradiol 0,035 mg

Etinor: Levonorgestrel 150 mcg
Etinilestradiol 30 mcg

Medrone: Noretisterona 1,0 mg
Mestranol 0,05 mg

Microval: Levonorgestrel 0,03 mg

Triquilar: Etinilestradiol 0,03 mg + 0,05 mg de levonorgestrel (6 tab)
Etinilestradiol 0,4 mg + 0,075 mg de levonorgestrel (5 tab)
Etinilestradiol 0,03 mg + 0,125 mg de levonorgestrel (10 tab)

Norgestrel: Etinilestradiol 0,03 mg + 0,15 mg de norgestrel

Inyectables: Depo-Provera: Acetato de medroxiprogesterona 150 mg/ml
Noristerat: Enantato de noretisterona 200 mg/ml

Resultados

En la tabla 1 se observó que del total de pacientes consumidoras de contraceptivos hormonales, el 52,99 % informó la presentación de reacciones adversas, y todas las que emplearon Depo-Provera presentaron algún tipo de efecto no deseado.

Tabla 1 Contraceptivo hormonal y reacciones adversas informadas.

Contraceptivo hormonal	Pacientes que lo consumen		Pacientes que informan RA.	
	No.	%	No.	%
Etinor	3	2,57	1	0,85
Triquilar	37	31,62	14	11,97
Microgynon	32	27,35	12	10,26
Genora	12	10,25	7	5,98
Depo-Provera	16	13,67	16	13,68
Noristerat	11	9,40	9	7,69
Microval	1	0,85	0	0,00
Norgestrel	3	2,57	2	1,71
Medrone	2	1,71	1	0,85
TOTAL	117	100,00	62	52,99

RA: Reacción adversa.

En la evaluación de causalidad de las sospechas de reacciones adversas (tabla 2) predominaron las clasificadas como probables (73,43 %) y sólo una reacción fue identificada como definitiva (1,56 %).

Tabla 2 Evaluación de causalidad de la sospecha de reacciones adversas.

Evaluación	No.	%
Definitiva	1	1,56
Probable	47	73,43
Posible	10	15,63
Condicional	3	4,69
No relacionada	3	4,69
TOTAL	64	100,00

Entre las reacciones adversas más frecuentes relacionadas con la administración de contraceptivos hormonales (Figura) se refirieron los trastornos menstruales, seguidos de otros, como el aumento de peso y la cefalea.

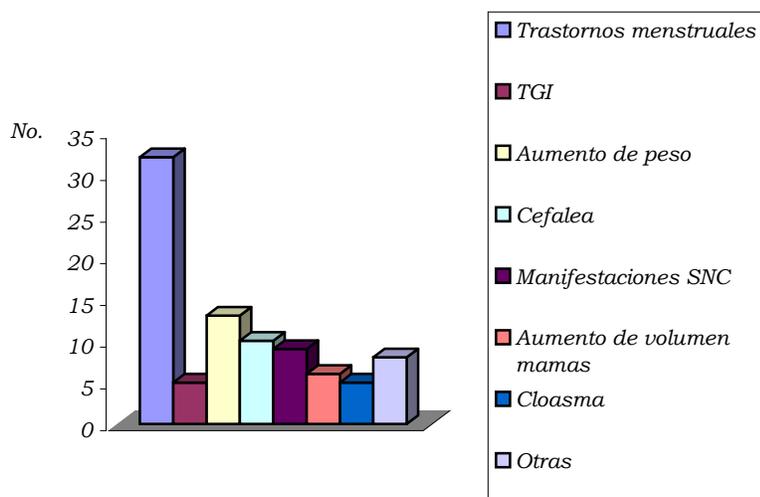


Figura Reacciones adversas más frecuentes.
TGI: Trastornos gastrointestinales.

Al analizar las reacciones adversas más frecuentes, según el contraceptivo hormonal empleado (tabla 3), se comprobó que la amenorrea fue la más frecuente en cinco de los medicamentos; es notable la presentación de este efecto colateral con el uso de los progestágenos inyectables Depo- Provera y Noristerat; en ambos casos fue referida por más del 50 % de los pacientes que los consumieron.

Tabla 3 Reacciones adversas más frecuentes según contraceptivo hormonal empleado.

Contraceptivo hormonal	Reacción adversa	No.	%
Triquilar	Metrorragia	3	8,10
Genora	Amenorrea	2	16,70
Microgynon	Aumento de peso	5	15,62
Depo-Provera	Amenorrea	10	62,50
Noristerat	Amenorrea	6	54,50
Norgestrel	Aumento de volumen de las mamas*	1	33,33
Medrone	Metrorragia	1	50,00
Etinor	Amenorrea	1	33,33

(* Definitiva)

Se observó el uso incorrecto de anticonceptivos en situaciones clínicas en las que no es recomendado su empleo: mujeres mayores de 35 años, hipertensas y diabéticas (tabla 4).

Tabla 4 Empleo de contraceptivos hormonales en situaciones clínicas no recomendadas.

Situación clínica	No.	%
Mayores de 35 años	21	17,95
Hipertensión arterial	5	4,27
Diabetes mellitus	1	0,85
TOTAL	27	23,08

Discusión

Los contraceptivos hormonales constituyen una opción muy eficaz dentro de los métodos utilizados para controlar la fertilidad; sin embargo, es necesario tener en cuenta que son medicamentos no exentos de efectos adversos, con frecuencia poco relevantes y que desaparecen con el uso continuado, pero en ocasiones pueden resultar alarmantes y graves. Es necesario que éstos sean del dominio de los profesionales a cargo de su prescripción, y se consideren los estudios realizados que revelan que los asistentes a una consulta de Planificación Familiar desean recibir información explícita acerca de los efectos colaterales de los métodos anticonceptivos⁷.

La utilización de los algoritmos, como el de Karch y Lasagna, permite evaluar la razón de causalidad en las sospechas de reacciones adversas; pero aunque constituyen un instrumento muy útil para este fin, presenta algunas limitaciones en el momento de su empleo. Por ejemplo, sólo es posible clasificar una sospecha como definitiva, si existe la reexposición al medicamento; por esta razón predominaron las evaluadas como probables, que cumplen con el resto de los requisitos⁸.

Los efectos adversos de los contraceptivos hormonales son dosis dependiente, y su incidencia es mínima cuando se utilizan preparados monofásicos orales de bajo contenido hormonal.

El aumento de peso se ha descrito en aquellas pacientes que emplean inyectables de acción prolongada, y éste puede ser de 1-2 kg por año de uso⁴.

Los trastornos del sangrado menstrual son algunos de los efectos secundarios más comunes de los anticonceptivos que contienen solo progestágenos^{9,10} y constituyen una de las principales razones que conducen a las pacientes a dejar de usarlas. Sin embargo, se plantea que no hay razones médicas que justifiquen el abandono del tratamiento por esta causa¹⁰.

Por otra parte, los estudios de vigilancia poscomercialización de estos contraceptivos han demostrado que el inyectable medroxiprogesterona de liberación retardada protege contra el cáncer endometrial y no acelera el riesgo general de padecer cáncer de mama⁶.

El empleo de la contracepción hormonal también disminuye la incidencia de períodos irregulares, sangramiento intermenstrual, salpingitis y embarazo ectópico¹¹, pero es necesario que su uso esté contraindicado en varias condiciones clínicas en las que los riesgos superan los beneficios; tal es el caso del embarazo, trastornos tromboembólicos, neoplasias dependientes de estrógenos, fumadores, mujeres mayores de 35 años, entre otras situaciones reconocidas por varios autores como contraindicaciones absolutas¹²⁻¹⁵. Otras enfermedades, como la hipertensión arterial, diabetes mellitus, migraña y afecciones de la vesícula biliar, constituyen contraindicaciones relativas para su uso⁴.

El consumo de estos medicamentos predominó en las pacientes entre 25 y 29 años de edad; fueron Triquilar y Microgynon los más empleados del grupo. Las reacciones adversas más frecuentes fueron los trastornos menstruales (amenorrea y metrorragia), y el acetato de medroxiprogesterona (Depo-Provera) fue el fármaco que más se asoció con estas reacciones adversas. Sugerimos evaluar las condiciones clínicas donde no se recomienda o se contraindica el empleo de contraceptivos hormonales, para garantizar un uso más racional y evitar reacciones adversas.

Summary

A descriptive study was carried out to evaluate the use of hormonal contraceptives and the appearance of adverse effects in the consultation of family planning of Policlinic "Juan Bruno Zayas" in Cifuentes. The sample comprised 117 patients attending this consultation. A questionnaire was made to gather data taking into account the following variables: age, hormonal contraceptives used, period of use, related diseases, other medications, adverse reactions among others. In order to assess the relation of causality between the individual subscriptions of adverse reactions, the table of decision of Karch and Lasagna was used. There was a predominance of patients between 25 and 29 years of age, as well as those using triquelar and microgynon. The most frequent adverse reactions were menstrual disorders (amenorrhea and metrorrhagia), mainly caused by medroxyprogesterone acetate (Depo-Provera). It is suggested to evaluate carefully the patients using these medications to warrant a more rational use and prevent adverse reactions.

Referencias bibliográficas

1. Williams CL, Stancel GM. Estrogens and progestins. En: Hardman JG, Limbird LE. Goodman & Gilman. The pharmacological basis of therapeutics. 9ª ed. New York: McGraw-Hill; 1996. p. 1411-1440.
2. Osathanondh R. Concepción control. En: Ryan KJ, Berkowitz RS, Barbieri RL, Dunai FA. Kistner's Gynecology & Women's Health. 7ª ed. St. Louis: Mosby; 1999. [fecha de acceso 11 de enero 2002]; URL disponible en: <http://home.mdconsult.com/das/book/11913194/view/866>.
3. Mishell DR. Oral steroid contraceptives. En: Bennett JC, Plum F. Cecil Textbook of Medicine. 21ª ed. Philadelphia: Saunders Company; [fecha de acceso 10 febrero de 2002]; 2000. p. 1341-1345. URL disponible en: [http://home.mdconsult.com/das\(book/11913194/view/882](http://home.mdconsult.com/das(book/11913194/view/882).
4. Hsatcher RA, Rinchart W, Blackburn R, Geller JS, Shelton JD. Lo esencial de la tecnología anticonceptiva. Baltimore: Universidad de Johns Hopkins; 1999.
5. Rang HP, Dale MM, Ritter JM. Pharmacology. 4ª ed. London: Churchill-Livingstone; 1999.
6. Francisco A. Research and fertility regulation. Bull WHO 1999;77(9):711.
7. Barnett B. Lo que la gente espera de los servicios. Network Esp. 1998;18(4):24-29.
8. Laporte JR, Togoni G. Principios de epidemiología del medicamento. 2ª ed. Madrid: Ediciones Científicas y Técnicas SA; 1993.
9. Heredia B, Cabezas E, Velazco A, Gazapo R. Una nueva opción anticonceptiva: noristerat inyectable. Rev Cubana Obstet Gynecol 1996;22(1):16-20.
10. Barnett B. El manejo de los trastornos menstruales. Network Esp 1995;10(3):7.
11. Thierney LM, Mc Phee SJ, Papadakis MA. Lange. Current medical. Diagnosis & Treatment. 40ª ed. New York: McGraw.Hill; 2001.
12. Drife Jo. The Third generation pill controversy ("continued"). BMJ 2001;323:199-120.
13. Oral contraceptives and cardiovascular risk. Drugs Ther Bull 2000;38(1):1-4.
14. Kemmeren JM, Algra A. The third generation oral contraceptives and risk of venous thrombosis: meta-analysis. BMJ 2001;323:131.
15. Vandebrouake JP, Rosing J, Bloemenkamp KW, Middeldorps H, Helmehorst FM, Bouma BN, et al. Oral contraceptives and the risk of venous thrombosis. N Engl J Med 2001;344(20):1527-1535.