

Guía clínica sobre el uso de anticonceptivos orales en la adolescencia

G. Perkal⁽¹⁾, MJ. Rodríguez Jiménez⁽²⁾, N. Curell Aguilá⁽³⁾, L. Rodríguez Molinero⁽⁴⁾. Grupo de trabajo "Sexualidad y Ginecología" de la SEMA.

⁽¹⁾Consulta de Adolescencia. Servicio de Pediatría. Hospital Santa Caterina. I.A.S. Girona. ⁽²⁾Ginecóloga. Hospital Universitario Infanta Sofía Madrid. ⁽³⁾Pediatra. Hospital Universitario Dexeus-Quirón. ⁽⁴⁾Pediatra. Hospital Recoletas Campo Grande Valladolid.

Fecha de recepción: 1 de mayo 2018

Fecha de publicación: 15 de octubre 2018

Adolescere 2018; VI (3): 52.e9-52.e16

Resumen

Las relaciones sexuales coitales en la adolescencia se inician a edades más precoces que en el pasado y debido a las características propias de esta edad conlleva riesgos como es el embarazo y las enfermedades de transmisión sexual. Nuestro papel como profesionales será ayudarles a disfrutar de una sexualidad segura y responsable así como atender a las demandas y dudas que nos planteen lo más precozmente posible. También debemos considerar la indicación de los anticonceptivos orales como tratamiento de la dismenorrea, los trastornos del ciclo menstrual por exceso y por defecto, la endometriosis y el síndrome del ovario poliquístico.

Palabras clave: *Adolescente; Anticoncepción oral; Estrógenos; Gestágenos.*

Abstract

Sexual intercourse in adolescence begins at a younger age than in the past and due to the characteristics of this age group, it carries risks such as pregnancy and sexually transmitted diseases. Our role as professionals will be to help them to enjoy a safe and responsible sexuality as well as to attend the demands and doubts that they pose to us as early as possible. We must also consider the indication of oral contraceptives as a treatment for dysmenorrhea, disorders of the menstrual cycle by excess and by default, endometriosis and polycystic ovarian syndrome.

Key words: *Adolescent; Oral contraception; Estrogen; Gestagens.*

Introducción

Ante una adolescente sexualmente activa, la indicación de un método anticonceptivo debe responder de manera práctica y sencilla a sus demandas y tener siempre presente tres conceptos:

- La consulta de anticoncepción es una consulta de urgencia.
- No se debe condicionar y/o postergar la prescripción de un anticonceptivo a la espera de exámenes o análisis sanguíneos no determinantes.
- Puede ser la única oportunidad que tengamos para evitar un embarazo no deseado o una enfermedad de transmisión sexual.

Ante una adolescente sexualmente activa la indicación de un método anticonceptivo debe ser urgente, ya que puede ser la única oportunidad de evitar un embarazo o una enfermedad de transmisión sexual

Criterios médicos de elegibilidad de la OMS

Al indicar un método anticonceptivo debemos tener en cuenta estos criterios, que se resumen en 4 categorías:

Categoría I

No existen restricciones al uso del método.

Categoría II

Las ventajas son mayores que los inconvenientes teóricos o demostrados y pueden utilizarse dentro de determinados parámetros.

Categoría III

Condiciones en las cuales no se recomienda utilizar el método, pero, en determinados casos, pueden existir excepciones.

Categoría IV

Uso contraindicado.

Estos criterios son aplicables a todos los métodos anticonceptivos y consideran edades, patologías y situaciones especiales. Su utilización nos permitirá una práctica correcta de las diferentes opciones anticonceptivas.

Anticoncepción oral (AO)

Contraindicaciones

Contraindicaciones absolutas

- Embarazo
- Antecedentes de tromboflebitis o trastornos tromboembolismo venoso (TEV)
- Enfermedad cerebrovascular
- Coronariopatía
- Cáncer de mama, de endometrio u otra neoplasia estrógeno dependiente
- Cáncer hepático
- Hemorragia genital sin diagnóstico
- Ictericia colestásica del embarazo o previa al uso de AO
- Diabetes mellitus *con alteraciones vasculares*

Contraindicaciones relativas

- Tabaquismo
- Dislipemias
- Diabetes
- Epilepsia
- Procesos varicosos severos
- Cefaleas
- Melanoma / Cloasma
- Glaucoma
- Hipertensión arterial
- Anemia de células falciformes
- Interacción con drogas
- Historia familiar de accidente cerebrovascular o infartos en menores de 50 años
- Antecedente de fracaso o abandono de la píldora anticonceptiva

Clasificación

► Según el contenido de estrógeno

- **AOs de altas dosis :** $\geq 50 \mu\text{g}$ de etinilestradiol (EE)
- **AOs de bajas dosis:** 15, 20, 30 o 35 μg de EE o 50 μg de mestranol

► Según el contenido de gestágeno

ESTRANOS (derivados de la 19 nortestosterona)

- **Primera generación**
Diacetato de etinodiol, noretindrona, acetato de noretindrona, *dienogest*.

GONANOS (derivados de la 19 noretindrona)

- **Segunda generación**
Norgestrel, *levonorgestrel (LNG)*, *norgestimato* combinados con 20, 30 o 35 μg de EE.
- **Tercera generación:**
Desogestrel, *gestodeno* combinados con 20 o 30 μg de EE.

PREGNANOS (derivados del núcleo pregnano)
Medroxiprogesterona, *clormadinona*, *ciproterona*.

ANÁLOGO DE LA ESPIRONOLACTONA
Drospirenona.

► Preparados fásicos

Según si los niveles del estrógeno o del gestágeno *varían* o *permanecen constantes* en el curso del ciclo.

Hay tres regímenes diferentes:

- **Formulaciones *monofásicas*:** donde cada tableta activa contiene una dosis *constante* de *estrógenos* y *gestágenos* a lo largo del ciclo.
- **Formulaciones *bifásicas*:** en que la dosis del estrógeno se mantiene constante a lo largo de las tabletas activas pero *la dosis del gestágeno aumenta en la segunda mitad del ciclo*.
- **Formulaciones *trifásicas*:** en las que *la dosis de estrógenos aumentan en la mitad del ciclo* para disminuir la tasa de sangrado disfuncional, mientras *la dosis del gestágeno es inicialmente baja y se aumenta a lo largo del ciclo*.

► Según composición (Tabla I)

- **Combinados:** estrógenos y gestágenos.
- **Gestágenos:** solos.

► Según pauta (Tabla I)

- 21 días de tratamiento + 7 días de placebo.
- 24 días de tratamiento + 4 días de placebo.
- 28 días de tratamiento (gestágenos solos).

► **Según el tipo de gestágeno**

El acetato de ciproterona solo está indicado como anticonceptivo en los casos de hiperandrogenismo severo y durante tiempo limitado previo a emplear otros gestágenos antiandrogénicos

Levonorgestrel: tiene el mejor perfil de seguridad en riesgo de TEV junto con norgestimato y noretisterona

Norgestimato: su combinación con 35µg de EE lo hace aconsejable para su uso en adolescentes, de acuerdo a las recomendaciones de la OMS en esta población

Existen unos criterios de selección de los anticonceptivos orales: Edad, riesgo de TEV, hiperandrogenismo, dismenorrea, endometriosis, tipo de sangrado y riesgo de cáncer de endometrio, colon y ovario

• **Gestágenos con efecto antiandrogénico**

- **Acetato de ciproterona:** potente antiandrógeno 1.000 veces más activo que la progesterona oral. Solo está indicado como anticonceptivo en los casos de hiperandrogenismo severo y durante tiempo limitado previo a emplear otros gestágenos antiandrogénicos.
- **Acetato de clormadinona:** actividad antiandrogénica destacada. Su acción glucocorticoidea mejora la dismenorrea y su acción sobre el sistema GABA mejora la sensación de bienestar.
- **Dienogest:** destacada acción antiandrogénica. Posee una potente acción anti-proliferativa sobre el endometrio que se traduce en un buen control del ciclo y en menor número de días de sangrado.
- **Drospirenona:** tiene acción antiandrogénica y antimineralocorticoidea relacionada con menor retención hidrosalina y mejoría o desaparición del síndrome premenstrual leve, moderado o grave, e incluso, el trastorno disfórico premenstrual (TDP).

• **Gestágenos androgénicos**

- **Levonorgestrel (LNG):** tiene cierta acción androgénica y un perfil metabólico menos favorable en comparación con otros gestágenos. Tiene el mejor perfil de seguridad en riesgo de TEV junto con norgestimato y noretisterona.
- **Desogestrel:** tiene muy escasa acción androgénica. Su perfil de seguridad con respecto al riesgo de TEV es el considerado como menos favorable.
- **Gestodeno:** características similares al desogestrel pero con un riesgo de TEV algo menor. Presenta una muy leve acción glucocorticoidea y antimineralocorticoidea, aunque menor que la drospirenona.
- **Norgestimato:** su perfil de seguridad con respecto al riesgo de TEV es el más bajo junto con el LNG y el patrón metabólico lo aleja de los factores de riesgo de tromboembolismo arterial. Su combinación con 35µg de EE lo hace aconsejable para su uso en adolescentes, de acuerdo a las recomendaciones de la OMS en esta población.

Criterios de selección de los AO

► **Para decidir la prescripción de uno u otro AO hay que tener en cuenta determinados criterios de selección:**

- Edad
- Riesgo de TEV
- Signos clínicos de hiperandrogenismo/ Síndrome del ovario poliquístico
- Dismenorrea/ Síndrome premenstrual
- Endometriosis
- Oligomenorrea/ Sangrado menstrual excesivo
- Riesgo de cáncer de endometrio, colon y ovario

En las Figuras 1 y 2 se describen los algoritmos de decisión del uso de los diferentes tipos de AO.

► **A continuación se anexan las tablas II, III y IV en las que se especifican algunos de los preparados comerciales disponibles en España, los fármacos cuya eficacia se modifica con el uso de los AO y también los que son sinérgicos sobre los efectos secundarios de los mismos**

Tablas y figuras

Tabla I. Tipos de anticonceptivos según pauta y composición

Composición	Pauta Estrógeno+Gestágenos		Estrógeno	Gestágeno
COMBINADA: Combinación de estrógenos y gestágenos	Monofásico	28 días*	etinilestradiol 15 mcg a 50 mcg	levonorgestrel noretisterona
	Bifásico	24 + 4 días**		gestodeno desogestrel norgestimato
	Trifásico	22 días 21 días		acetato ciproterona
				drosipirenona
	* Pauta de 21 días de tratamiento + 7 días de placebo (comprimidos sin actividad). ** Pauta de 24 días de tratamiento + 4 días de placebo (comprimidos sin actividad).			
GESTÁGENOS SOLOS	"Monofásica"	28 días	No contiene	desogestrel
	Postcoital	1 dosis	No contiene	1.500 mcg levonorgestrel

Modificado de Sánchez Borrego, R., Martínez Pérez, O. Guía práctica en anticoncepción oral. Basada en la evidencia. Ed. Emisa-2013.

Tabla II. Anticoncepción hormonal oral. Preparados disponibles en España

Preparados combinados de 21 días. Dosis por pastilla de etinilestradiol + gestágeno				
50 mcg	30-40 mcg	20 mcg	15 mcg	
Monofásicos + Levonorgestrel Ovoplex [®] Neogynona [®]	Monofásicos + Levonorgestrel Ovoplex 30/150 [®] Microgynon [®] + Gestodeno Minulet [®] Gynovin [®] + Desogestrel Microdiol [®] + A. Ciproterona Diane 35 [®] * Diane 35 continuo [®]	Monofásicos + Levonorgestrel Loette [®] + Gestodeno Harmonet [®] , Meliane [®] + Desogestrel Suavuret [®]	Monofásicos 24 días + 4 placebo + Gestodeno Minesse [®] , Melodene [®]	
	Bifásicos. Combifásico + Desogestrel Gracial [®] ** Trifásicos + Levonorgestrel Triclor [®] Triagynon [®] + Gestodeno Triminulet [®] , Trigynovin [®]			
	Preparados sólo con gestágenos		28 días	Desogestrel Cerazet [®]
			Postcoital (1 pildora)	Levonorgestrel Postinor [®] Nor-Levo [®]

(*) Contiene 35 mcg de etinilestradiol. Diane[®] continuo tiene 21 pastillas + 7 de placebo.

(**) Preparado bifásico, tiene 7 comprimidos con 40 mcg de etinilestradiol + 15 comprimidos de 30 mcg de etinilestradiol (22 pastillas).

Modificado de Sánchez Borrego, R., Martínez Pérez, O. Guía práctica en anticoncepción oral. Basada en la evidencia. Ed. Emisa-2013.

Tabla III. Fármacos cuya eficacia varía con los anticonceptivos orales

	Documentado	Mecanismo	Manejo
Ác. Aminocaproico	Probable	Aumenta la toxicidad del etinilestradiol.	Contraindicado.
Anticoagulantes	Posible	Inducción enzimática. Menor efecto de los anticoagulantes.	No existe evidencia sobre si es necesario un ajuste de dosis.
Antidiabéticos orales	Posible	Inhibición enzimática. Se debe reajustar la dosis.	Contraindicación absoluta en diabéticos con vasculopatía.
Analgésicos ○ Aspirina. ○ Paracetamol. ○ Fenacetina.	Posible	Inducción enzimática. Descenso de la acción analgésica.	Aumentar la dosis.
Antiinflamatorios ○ Pirazonas.	Posible	Inhibición enzimática. Aumenta vida media de la pirazona.	No precisa cambios terapéuticos por el gran margen terapéutico de las pirazonas.
Antihipertensivos	Posible	Inhibición enzimática. Aumenta efecto HTA.	Seguir contraindicaciones en la HTA no controlada.
Xantinas ○ Cafeína. ○ Teofilina.	Posible	Teofilina y Cafeína incrementan vida media de anticonceptivos.	Reducir la ingesta de café. No hace falta cambiar pauta de Teofilina.
Corticosteroides	Posible	Se potencia el efecto de los corticoides.	Ajustar dosis.
Ácido Fólico y Vitamina B ₁₂	Dudoso	Disminución de su absorción y aumento de su excreción.	Seguir terapia preconcepcional.
Benzodiazepinas metabolizadas por la vía de la oxidación	Posible	Inhibición enzimática. Aumenta el efecto de las benzodiazepinas.	Aplicable a: Diazepam.
Benzodiazepinas metabolizadas por la vía de la conjugación	Posible	Inducción enzimática. Se reduce el efecto de las benzodiazepinas.	Aplicable a: Lorazepam. Oxazepam. Temazepam.
Beta-bloqueantes	Posible	Inhibición enzimática. Aumenta el efecto de los beta-bloqueantes.	Amplio margen terapéutico.
Antidepresivos tricíclicos	Posible	Inhibición enzimática. Aumenta el efecto de los antidepresivos.	Amplio margen terapéutico. No es preciso ajustar dosis.

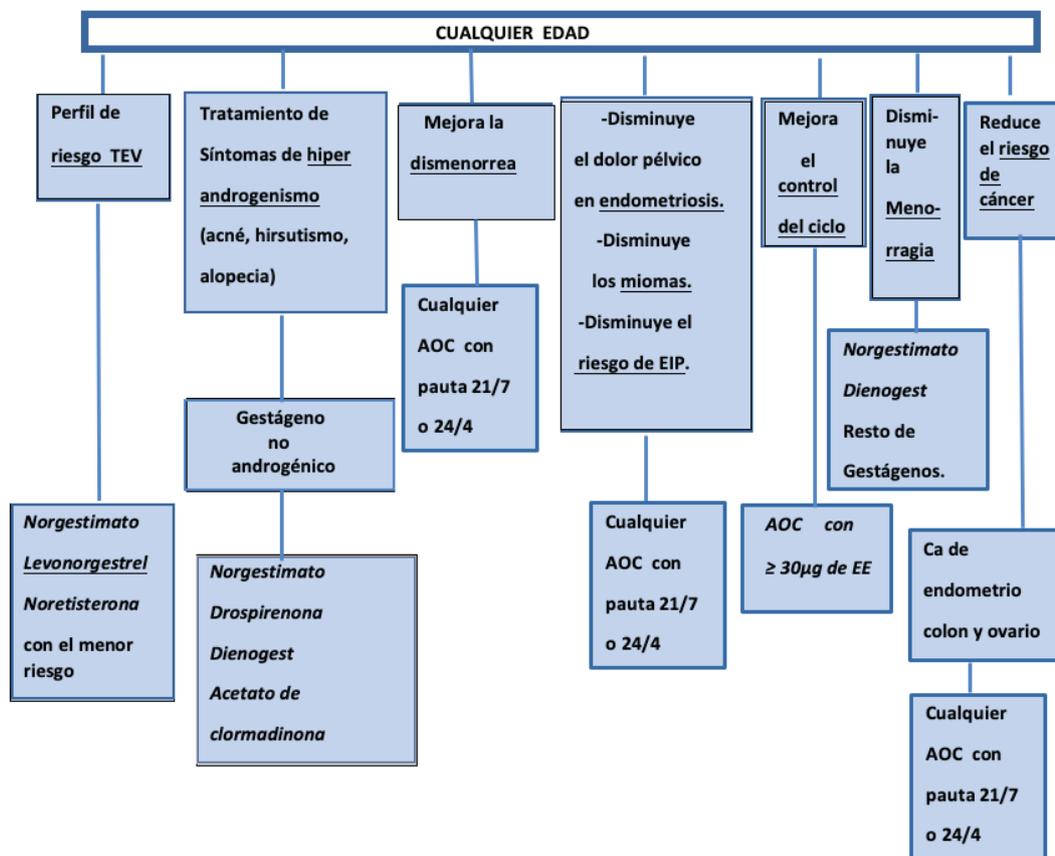
Extraído de Sánchez Borrego, R., Martínez Pérez, O. Guía práctica en anticoncepción oral. Basada en la evidencia. Ed. Emisa-2013.

Tabla IV. Fármacos sinérgicos sobre los efectos secundarios de los anticonceptivos orales

Fármacos	Mecanismo	Manejo
Alopurinol Cloranfenicol Cimetidina Hidrocortisona Isoniazida IMAO Fenotiazidas Sulfafenazol Vacunas BCG y gripe	Todos estos fármacos producen inhibición enzimática en el hígado lo que supone una dificultad en la metabolización de los estrógenos y gestágenos. Los efectos secundarios pueden aumentar.	Tener en cuenta la medicación que toma cada mujer antes de cambiar de método por los efectos secundarios.
Tabaco	Alteración de la coagulación Posible alteración en el transporte.	Aumento de patología arterial. Aumento de sangrados intermenstruales.

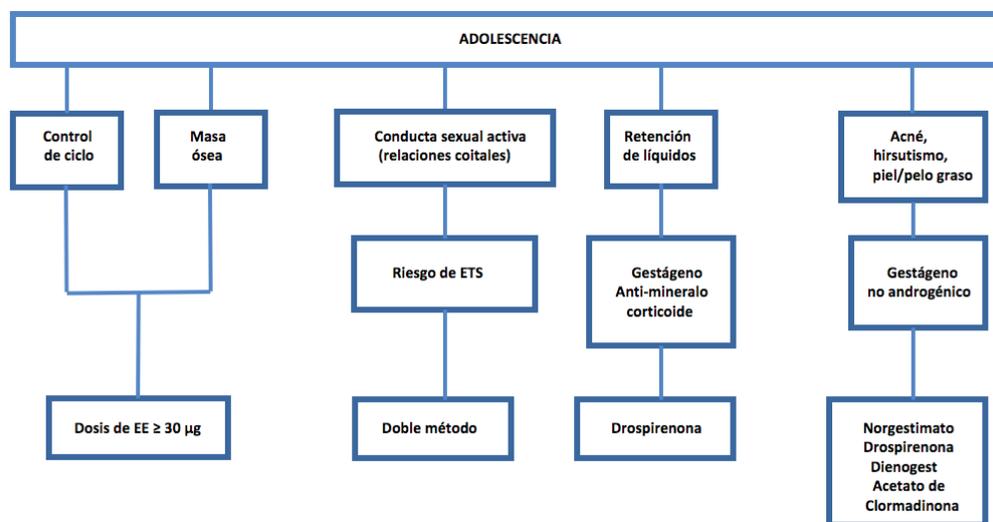
Extraído de Sánchez Borrego, R., Martínez Pérez, O. *Guía práctica en anticoncepción oral. Basada en la evidencia.* Ed. Ed. Emisa-2013.

Figura 1. Algoritmos de decisión de uso de AO



Extraído de Pérez Campos, E., Lobo Abascal, P. "Gestágenos y Mujeres. Algoritmos de decisión". Lab. Effik. Dic.2016.

Figura 2. Algoritmos de decisión de uso de AO en la adolescencia



Modificado de Pérez Campos, E., Lobo Abascal, P. "Gestágenos y Mujeres. Algoritmos de decisión". Lab. Effik. Dic.2016.

Bibliografía

1. Sánchez Borrego,R., Martínez Pérez,O. Guía práctica en anticoncepción oral. Basada en la evidencia. Ed.Emisa-2013.
2. Serrano Fuster,I. "Anticoncepción en la Adolescencia". En Fernández de la Calle,I., Parera Junyent,N., Rodríguez Jimenez,MJ. Y Sánchez Serrano,M. Guía Atención Ginecológica en la Infancia y Adolescencia. Coordinada por el grupo de Ginecología de Infancia y Adolescencia (GIA). SEGO.2013. 15:143- 151.
3. Colomé Rakoski,C., "Enfoque Clínico de los Trastornos Menstruales por Exceso : Menstruación excesiva, Frecuente o Prolongada". En Fernández de la Calle,I., Parera Junyent,N., Rodríguez Jimenez,MJ. Y Sánchez Serrano,M. Guía Atención Ginecológica en la Infancia y Adolescencia. Coordinada por el grupo de Ginecología de Infancia y Adolescencia (GIA). SEGO.2013. 7:63- 70.
4. Fuentes Rozalén,AM., Gómez García,MT,González Merlo,G."Enfoque Clínico de los Trastornos Menstruales por Defecto. Amenorrea Primaria y Secundaria." En Fernandez de la Calle,I., Parera Junyent,N., Rodríguez Jiménez,MJ. Y Sánchez Serrano,M. Guía Atención Ginecológica en la Infancia y Adolescencia. Coordinada por el grupo de Ginecología de Infancia y Adolescencia (GIA).SEGO.2013. 8:71- 79.
5. Blanes Martínez,A., Sánchez Serrano,M."Dismenorrea. Dolor Pélvico Agudo y Crónico. Fernández de la Calle,I., Parera Junyent,N., Rodríguez Jiménez,MJ. Y Sánchez Serrano,M. Guía Atención Ginecológica en la Infancia y Adolescencia. Coordinada por el grupo de Ginecología de Infancia y Adolescencia (GIA).SEGO.2013. 9:81- 90.
6. Pérez Campos,E.; Lobo Abascal,P. "Gestágenos y Mujeres. Algoritmos de decisión." Lab. Effik.Dic.2016.