



Manejo de los efectos secundarios en anticoncepción

John Jairo Zuleta Tobón
Gineco-obstetra epidemiólogo
Docente Universidad de Antioquia

Introducción

El empleo efectivo de los diversos métodos de planificación familiar va más allá del simple conocimiento y disponibilidad de los mismos. Según la encuesta nacional de demografía y Salud del año 2005 en Colombia, la presencia de efectos secundarios explica una tercera parte de todas las discontinuaciones de los métodos anticonceptivos más eficaces, con un agravante bien importante: solamente una tercera parte de las usuarias manifestó que había recibido información con relación a los posibles efectos secundarios del método anticonceptivo prescrito y solamente una cuarta parte había recibido instrucciones sobre qué hacer si los experimentaba.

Por otro lado, una preocupación exagerada y desmedida por los potenciales efectos secundarios de los métodos anticonceptivos por parte del personal de la salud, limita las op-

ciones de elección a las mujeres. Con el fin de contribuir a una anticoncepción exitosa, es necesario que este personal tenga conocimiento de la frecuencia y la severidad real de estos efectos y que esté en condiciones de evaluar, asesorar, tranquilizar y tratar a quienes los padezcan.

El punto de partida para incrementar la satisfacción de las usuarias es la asesoría previa al inicio del empleo de los diferentes métodos, en la cual se le den elementos claros que le permitan tener una percepción objetiva de los riesgos. No es pertinente atiborrar a los pacientes con información, porque es conocido que usualmente el ser humano sólo puede recordar un número limitado de piezas de información dadas en un mismo momento. Se recomienda que se entable un diálogo en el cual se induzca a la mujer a pensar cómo se sentiría o qué pensaría ante la potencial aparición de los efectos más frecuentes y más importantes, y no limitarse a transmitir un conocimiento o a hacer preguntas cerradas que sólo permitan un sí o un no como respuesta. En esta consulta debe quedar claro que muchos de los efectos secundarios son esperados, que no reflejan un daño sobre el organismo y que la mayoría van a desaparecer con la continuidad del método, o se pueden controlar o al menos disminuir. Una práctica totalmente errada es magnificar los efectos secundarios de los otros métodos para intentar convencer a la mujer de que adopte el de preferencia del consejero: este proceder tan frecuente se convierte en una fuente de mitos y barreras a la anticoncepción, cuando la asesorada transmite esas ideas a potenciales usuarias de esos otros métodos.

A continuación se presentan unas recomendaciones para el manejo de los efectos secundarios más frecuentes de los diferentes métodos.

Dispositivo intrauterino T de Cobre 380A

Actualmente, sustentado en estudios sólidos, se acepta que no incrementan la frecuencia de enfermedad pélvica inflamatoria, de embarazo ectópico ni de infertilidad en mujeres nulíparas, mitos ampliamente difundidos hace varias décadas y que desafortunadamente aún persisten, no sólo en la comunidad, sino también en algunos profesionales de la salud. Al respecto, lo único a implementar es una asesoría a las pacientes reafirmando la seguridad en este sentido y un llamado a la actualización continua al personal de salud con base en la mejor evidencia.

Los únicos dos efectos secundarios importantes con este dispositivo son la menorragia y la dismenorrea, motivos que llevan a que entre un

5 y un 15% de las usuarias lo retiren durante el primer año de uso. Es probable que estos efectos desaparezcan espontáneamente después de los primeros meses de uso, sin embargo existen al menos diez ensayos clínicos controlados reunidos en un metanálisis que demuestran la utilidad de varios antiinflamatorios no esteroideos (AINES) para controlar estos problemas(1). Los AINES evaluados fueron: naproxeno, ácido mefenámico, ibuprofeno, indometacina, ácido flufenámico, diclofenac, alclofenac y suprofen. No existe suficiente información para recomendar uno sobre otro o para definir cuál es el mejor esquema, porque existen pocas comparaciones directas y el único estudio que evaluó simultáneamente varios, no encontró diferencias importantes entre ellos; por lo tanto la elección se debe hacer teniendo en cuenta otros aspectos como el costo, la conveniencia de la administración para la mujer o su tolerancia. El esquema posológico es el propio de cada uno de los medicamentos, iniciado previo o ante el primer signo de menstruación, generalmente suministrado por 3 a 7 días según la duración de los síntomas y se debe repetir cada mes. Como segunda alternativa, este metanálisis propone el ácido tranexámico (4,5 gramos al día por 5 días). Una tercera alternativa es un cambio a un endoceptivo.

Cuando se presenta otro tipo de sangrado anormal, y especialmente después de los primeros seis meses de uso, se debe sospechar infección intrauterina, para lo cual se debe ordenar tratamiento antibiótico(2). Si se configura un cuadro de enfermedad pélvica inflamatoria, se debe utilizar alguno de los esquemas tradicionalmente recomendados por los CDC de Atlanta para tratar esta condición. Cuando se sospecha que el cuadro clínico corresponde a una endometritis inespecífica, algunos autores, de manera empírica, recomiendan el empleo de doxiciclina por 7 a 14 días (11). La persistencia del sangrado anormal a pesar de los tratamientos obliga a pensar en otras causas, y si se descartan, considerar el retiro del dispositivo. La persistencia del sangrado anormal a pesar de los tratamientos obliga a pensar en otras causas, y si se descartan, considerar el retiro del dispositivo.

Implantes subdérmicos

Las irregularidades menstruales son el principal efecto secundario de los implantes y aunque existen varias alternativas de control, ninguna lo garantiza a mediano o largo plazo. Son útiles para el control de los episodios agudos, situación que se debe explicar a la usuaria y que debe tener presente el personal de la salud, con el fin de evitar falsas expectativas o el retiro inoportuno del implante, al considerar que se

está fracasando con el tratamiento o que existe una causa patológica de base.

Previo al inicio de una terapia farmacológica se debe descartar otra causa de sangrado mediante el interrogatorio, el examen físico y los exámenes paraclínicos necesarios según cada caso. Si no existe contraindicación, se pueden emplear ciclos de anticonceptivos orales combinados. No existe consenso con respecto a la dosis del anticonceptivo ni a la cantidad de ciclos que se deben administrar. Se pueden emplear anticonceptivos de macro o de microdosis, a discreción del médico tratante, igual que el número de ciclos, que fluctúa entre uno y tres. Una segunda alternativa es el empleo de algunos antiinflamatorios no esteroideos que se han evaluado en cursos de cinco días de duración: ibuprofén 800 mg tres veces al día, ácido mefenámico 500 mg dos veces al día y celecoxib 200 mg una vez al día. Una tercera alternativa es el ácido tranexámico a dosis de 500 mg dos veces al día por cinco días. El tamoxifén se ha empleado dosis de 10 mg dos veces al día por diez días, con lo cual se logra una suspensión del sangrado de manera temprana y se disminuye el tiempo total de sangrado, con un efecto residual de dos meses en cuanto a sus beneficios. La doxiciclina, por su capacidad para estabilizar la matriz de metaloproteinasas, suministrada a dosis de 100 mg dos veces al día durante cinco días, también ha mostrado beneficios similares a los reportados con otras alternativas.

Aunque en la ciudad se utilizan estrógenos equinos conjugados, no se encuentra respaldo en la literatura para su empleo; sin embargo, por ser un estrógeno, teóricamente se podría considerar su uso, ya que se ha visto respuesta con etinilestradiol, que no se consigue en Colombia como compuesto independiente. No se recomienda el empleo de vitamina E ni del ácido acetilsalicílico, solos o combinados. (3). Cuando se utilicen estos medicamentos se debe hacer un seguimiento frecuente de las mujeres para ir evaluando la evolución. Si no se obtiene un control adecuado con el tratamiento seleccionado, se debe probar secuencialmente con otros, antes de proponer el retiro del implante(4). A pesar de estos tratamientos del sangrado anormal, algunas mujeres ameritan el retiro del implante. No se encuentran reportes de empleo de acetato de medroxiprogesterona (Progestágeno parenteral de depósito) y no parece ser plausible desde el punto de vista fisiopatológico, por lo tanto también se desaconseja.

No se encuentran recomendaciones específicas para el manejo de los otros síntomas inducidos por el implante (aumento de peso, acné, mastalgia), por lo tanto se recomiendan las medidas generales que se aplicarían a los mismos en otros contextos.

Endoceptivo

Aunque se propone que tiene mayor efectividad que los dispositivos intrauterinos no medicados, realmente esa efectividad es igual a la de la T de cobre 380A (5). Tiene como valor agregado el control de la dismenorrea y la menorragia, lo que lo hace un método de primera elección para las mujeres que deseen un dispositivo intrauterino y padezcan de estos síntomas. Sin embargo, es importante tener en cuenta que más de la mitad de las usuarias suspenden su uso antes de los 5 años de vida útil del método debido a la frecuencia de efectos secundarios, tanto locales como sistémicos(6). El conocimiento de este hecho debe llevar a una asesoría previa mucho más exhaustiva para intentar evitar esta situación, porque se debe tener en cuenta el costo inicial del método.

En el primer ciclo de uso se puede esperar hasta 12 días de sangrado escaso (spotting) e irregular que va disminuyendo gradualmente hasta tres días al sexto mes. Un 80% de las mujeres tendrán oligomenorreas y entre el 20 y el 35% entrarán en amenorreas al cabo del primer año. Este sangrado no requiere ni procedimientos diagnósticos ni tratamientos, simplemente acompañamiento y reafirmación a la mujer de que no existe ningún problema de base. Dado que aproximadamente un 4% de las mujeres abandonan el método por la presencia de amenorreas, se debe reforzar que esta ausencia de menstruación no es dañina y que incluso pudiera ser beneficiosa en algunos casos. A pesar de lo frecuente de este sangrado anormal y su asociación con el retiro temprano, no existen estudios que evalúen objetivamente los potenciales tratamientos para controlarlo, en parte porque a pesar de una gran cantidad de estudios que han buscado su explicación fisiopatológica, aún hoy no se conoce la causa real de los mismos. El meta-análisis de la colaboración Cochrane dedicado al tratamiento del sangrado anormal con anticonceptivos con progestágeno, no reporta ningún estudio específico con el endoceptivo (3), así como tampoco el dedicado al manejo de dolor o sangrado asociado a dispositivos intrauterinos (1). Con este panorama, la mejor estrategia es la selección muy juiciosa de las candidatas, teniendo en cuenta sus expectativas ante estos efectos. A pesar de esta ausencia de información, por analogía y similitud en los compuestos, algunos utilizan los manejos propuestos para progestágenos de depósito o implantes; sin embargo, esto es algo totalmente empírico, pero parece plausible.

Una situación diferente es cuando aparecen metrorragias en una mujer que previamente ya ha llegado a la etapa de oligomenorreas.

En este caso se recomienda realizar estudios complementarios como ecografía, histerosonografía o histeroscopia, porque en una proporción importante de casos se encontrarán causas secundarias tales como pólipos endometriales, miomas submucosos, endometritis o desplazamiento del dispositivo (7). Con respecto a la ubicación, se sabe que el dispositivo debe quedar en el fondo y en íntimo contacto con la pared uterina para que no se presenten sangrados anormales. Igualmente, si el sangrado se acompaña de dolor importante, se debe descartar que el dispositivo esté incrustado dentro del miometrio.

El endoceptivo presenta alteraciones sistémicas, con frecuencias bastante variables entre las poblaciones y ante todo entre los diferentes tipos de estudio, los cuales son motivo importante de retiro: aparición de acné, incremento en el peso, cambios en el estado de ánimo y cefalea (6). No existen directrices específicas en la literatura para su manejo, pero se deben implementar las medidas generales conocidas antes de retirar el endoceptivo. Un efecto secundario importante, que no amerita ninguna intervención farmacológica o quirúrgica, es la persistencia de quistes ováricos producto del influjo hormonal.

Acetato de medroxiprogesterona

Como progestágeno, su principal efecto secundario es la irregularidad del ciclo manifestada durante los primeros meses como metrorragias de cantidad y duración variable. La mayoría de las mujeres entrarán en amenorrea después de varios meses de uso, pero hasta ese momento podría ser necesario intentar manejo farmacológico a las irregularidades menstruales si la mujer no las tolera.

Lo AINES han probado su efectividad para el control a corto plazo de estos sangrados irregulares y posiblemente deben ser la primera alternativa de manejo (Valdecoxib, ibuprofén, ácido mefenámico u otros). Se suministran a las dosis y con los esquemas usuales, por periodos de cinco a siete días. Se puede emplear estrógeno oral o en parches (estrógenos conjugados, estradiol), por periodos cortos de una a tres semanas, siempre y cuando la elección inicial del método no haya sido por contraindicación a éstos. Con igual consideración, se pueden emplear de uno a tres ciclos de anticonceptivos orales combinados(8). Obviamente el empleo de otro progestágeno es inefectivo y no se recomienda disminuir el tiempo entre las dosis para tratar este problema. Cuando la mujer entra en amenorrea, lo más indicado es tranquilizarla, reafirmar que es un efecto esperado del método e idealmente no suministrar medicamentos para inducir la menstruación.

La cefalea se presenta hasta en un 18% de las usuarias, principalmente al inicio del uso y va desapareciendo con el tiempo. Si persiste, se debe manejar igual que una cefalea tensional: analgésicos, técnicas de relajación y evitar los desencadenantes. Si se presenta después de un periodo importante asintomático de uso del AMP, se deben buscar otras causas. Los cambios en el peso pueden ser importantes en algunos casos, generalmente se presentan por modificaciones en el apetito inducidos por el medicamento, por lo tanto se debe manejar con un control de la dieta y con incremento en el ejercicio. Igualmente algunas pueden presentar acné, debido a la deficiencia relativa de estrógeno y la consiguiente disminución en la globulina transportadora de hormonas sexuales. También se maneja como se hace tradicionalmente, antes que pensar en el cambio de método. Con respecto a las náuseas, la sensación de distensión abdominal y el estreñimiento inducidos por la disminución de la motilidad gástrica, se recomienda incrementar la fibra y los líquidos en la dieta y el empleo de antiácidos. Por ser relajante del músculo liso, puede incrementar el calibre de las vórices existentes en miembros inferiores o incluso generar algunas, lo cual se puede controlar con medias de gradiente de presión y periodos de elevación de las piernas. Algunas mujeres pueden llegar a tener niveles menopáusicos de estrógeno por el freno inducido por el AMP, lo que puede llevara a producir disminución de la libido, dispareunia, resequedad vaginal e incluso calores, los cuales se controlan con estrógenos (8).

Anticonceptivos combinados

Son bien conocidos los efectos secundarios a la combinación de estrógenos más progestágenos, independiente de que se suministren vía oral, parenteral, transdérmica o vaginal: cefalea, náusea, vómito, congestión y dolor mamario, sensación de distensión abdominal, dolor pélvico. Una proporción importante de mujeres los presentan predominantemente en el periodo libre de toma de hormonas, precisamente como consecuencia a esta privación (9)(10). Contrario al pensamiento intuitivo generalizado, lo recomendado para controlar esta sintomatología es incrementar la cantidad de estrógeno en caso de estar recibiendo preparados de baja o muy baja dosis, o mejor aún, cambiar a esquemas extendidos o continuos (empatando una caja con la otra en preparaciones de 21 días o sin tomar el placebo en las de 28 días). Los esquemas extendidos, en los cuales se suspende el uso de los preparados activos únicamente cada tres o cuatro meses o los continuos en que usan de manera indefinida sin descanso, se han evaluado

para los preparados orales, sin embargo algunos los recomiendan por analogía tanto para la terapia trasdérmica como para los anillos vaginales. Aunque en nuestro país aún no están disponibles presentaciones comerciales con estos esquemas, simplemente se usan de manera continua el que la mujer esté empleando.

Anticonceptivos orales de solo progestágeno

Como progestágeno, su principal efecto secundario es la irregularidad en el ciclo. Existe poca información con respecto al manejo farmacológico, pero algunos autores proponen que se debe evitar el empleo de estrógenos, porque potencialmente pueden contrarrestar uno de los mecanismos de acción importante de ellos como es el espesamiento del moco cervical, al menos desde el punto de vista teórico, porque esto no se ha demostrado objetivamente(11). En el metanálisis referido se incluyen tres estudios que evaluaron el manejo de este sangrado irregular en usuarias de anticonceptivos orales de solo progestina, uno utilizó estrógeno, otro utilizó una antiprogestina y otro un venotónico, aún no disponibles en nuestro país, por lo tanto las alternativas son pocas.

En general, el efecto secundario más importante y frecuente con los métodos anticonceptivos es el sangrado irregular. Es necesario conocer cuáles son los patrones y cuáles las evoluciones más frecuentes de los sangrados con los diferentes métodos para identificar cuando una mujer se está saliendo de ellos y puede ser sospechosa de tener otra causa. El médico debe tener especial cuidado en no asumir que siempre que se presente sangrado en una mujer que usa un método anticonceptivo, éste es necesariamente causado por el método y de acuerdo a un análisis específico de cada situación, debe descartar la presencia de otras causas; por eso en ocasiones será necesario evaluar el cuello uterino y los genitales externos para descartar esas otras causas orgánicas o complicaciones de un embarazo.

Referencias Bibliográficas

1. Grimes DA, Hubacher D, Lopez LM, Schulz KF. Non-steroidal anti-inflammatory drugs for heavy bleeding or pain associated with intrauterine-device use. [Internet]. Cochrane database of systematic reviews (Onli-

- ne). 2006 Jan;(4):CD006034. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17054271>
2. Faculty OSR, Healthcare. Intrauterine Contraception [Internet]. Practice. 2007;(November):21. Available from: <http://www.ffprhc.org.uk/admin/uploads/CEUGuidance-IntrauterineCONTRACEPTIONNov07.pdf>
 3. Abdel-Aleem H, d'Arcangues C, Vogelsong K, Gülmezoğlu M. Treatment of vaginal bleeding irregularities induced by progestin only contraceptives. [Internet]. Cochrane database of systematic reviews (Online). 2007 Jan;(2):CD003449. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17443526>
 4. Adams K, Beal MW. Implanon: a review of the literature with recommendations for clinical management. [Internet]. Journal of midwifery & women's health. 2009;54(2):142-9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19249660>
 5. French R, Van Vliet H, Cowan F, Mansour D, Morris S, Hughes D, et al. Hormonally impregnated intrauterine systems (IUSs) versus other forms of reversible contraceptives as effective methods of preventing pregnancy. [Internet]. Cochrane database of systematic reviews (Online). 2004 Jan;4(3):CD001776. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15266453>
 6. Ewies AAA. Levonorgestrel-releasing intrauterine system--the discontinuing story. [Internet]. Gynecological endocrinology : the official journal of the International Society of Gynecological Endocrinology. 2009 Oct;25(10):668-73. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19657812>
 7. Rönnerdag M, Odland V. Late bleeding problems with the levonorgestrel-releasing intrauterine system: evaluation of the endometrial cavity. [Internet]. Contraception. 2007 Apr;75(4):268-70. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17362704>
 8. Nelson AL. Counseling issues and management of side effects for women using depot medroxyprogesterone acetate contraception. [Internet]. The Journal of repro-

- ductive medicine. 1996 May;41(5 Suppl):391-400. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8725701>
9. Sulak PJ, Scow RD, Preece C, Riggs MW, Kuehl TJ. Hormone withdrawal symptoms in oral contraceptive users. [Internet]. *Obstetrics and gynecology*. 2000 Feb;95(2):261-6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10674591>
 10. Loder EW, Buse DC, Golub JR. Headache as a side effect of combination estrogen-progestin oral contraceptives: a systematic review. [Internet]. *American journal of obstetrics and gynecology*. 2005 Sep;193(3 Pt 1):636-49. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16150254>
 11. Dean G, Goldberg A. Management of unscheduled bleeding in women using contraception. Up to date. 2010;1-18.