

# Capítulo 10

---

## **Anticoncepción en la perimenopausia**

**John Jairo Zuleta Tobón**  
Especialista en Ginecología y Obstetricia  
Magister en Epidemiología  
Docente del Departamento de Obstetricia y Ginecología  
Universidad de Antioquia

### Introducción

*“No existe una sola opción anticonceptiva contraindicada basada únicamente en la edad, ya que no existen pruebas que sugieran que la edad en sí misma sea un factor de riesgo para las complicaciones relacionadas con los anticonceptivos”*

(U.S. medical eligibility criteria for contraceptive use, 2016. MMWR Recomm Rep 2016; 65: 1-103).

Partiendo de esta realidad, las decisiones con respecto al método anticonceptivo en la mujer perimenopáusica pasan a depender de las preferencias que ella tenga con respecto a la vía de suministro o al esquema terapéutico, de cómo valore los diferentes efectos secundarios y los potenciales efectos benéficos adicionales de los métodos, y de las circunstancias y entorno en las cuales viva. Con esto lo que se quiere es reafirmar que la edad no es un criterio clínico por sí solo para preferir uno u otro método anticonceptivo.

A pesar de que a partir de los 40 años disminuye la fertilidad, durante la perimenopausia persiste una probabilidad importante de tener embarazos. Una alta proporción de los embarazos en esta edad son no planeados y, lo más grave, se asocian a un aumento en la frecuencia de desenlaces obstétricos desfavorables, como son los abortos, los partos prematuros, los productos con anomalías congénitas, las complicaciones médicas del embarazo y los recién nacidos con mayor probabilidad de muerte. Estos hechos invitan a que la asesoraría en anticoncepción de una mujer en la perimenopausia se asuma con la mayor responsabilidad posible.

Los mitos, las malas interpretaciones, las precauciones innecesarias, los raciocinios fisiológicos sin verdaderas repercusiones clínicas, han llevado a que muchos proveedores de salud limiten el adecuado uso de la anticoncepción en las mujeres al final de su vida reproductiva. La real importancia de la edad radica en que en la medida en que ella aumenta, aumenta la probabilidad de que la mujer tenga otras condiciones médicas asociadas, como la obesidad, la hipertensión, la diabetes, el cáncer o alguna otra enfermedad, que son las que pasan a tener relevancia al momento de definir el método anticonceptivo. Por otro lado, la tasa basal de complicaciones cardiovasculares aumenta con la edad, independiente de la presencia de esos otros factores de riesgo. Esto lleva a que se deba considerar la edad de la mujer cuando se evalúa la

seguridad de los métodos anticonceptivos hormonales, especialmente los combinados, en mujeres con factores de riesgo cardiovascular preexistentes.

Igualmente, en esta época las mujeres presentan otra serie de cambios fisiológicos que son importantes para tener en cuenta cuando se va a tomar una decisión en anticoncepción. Los cambios incluyen las irregularidades menstruales, los sangrados menstruales abundantes, la aparición de los síntomas por la deprivación hormonal, la disminución de la densidad mineral ósea, algunos cambios mentales y algunas disfunciones sexuales.

Dado este contexto, la anticoncepción en la perimenopausia debe abordar varios retos: proteger efectivamente contra los embarazos no planeados; valorar adecuadamente los riesgos incrementados para la salud inducidos por los cambios metabólicos, cardiovasculares y el incremento en la frecuencia de cáncer; maximizar los potenciales beneficios adicionales de algunos métodos anticonceptivos en este periodo, y, considerar aspectos de calidad de vida que pudieran igualmente ser afectados, positiva o negativamente, por los métodos anticonceptivos.

### Métodos anticonceptivos

A continuación, se presentan las consideraciones específicas más importantes para las mujeres perimenopáusicas de cada método, sin olvidar que para ellas aplican todos los conceptos generales de uso, efectividad y efectos secundarios suficientemente repetidos en la literatura.

#### Anticoncepción quirúrgica

A mayor edad de la mujer al momento de realizarle una tubectomía, menor probabilidad de fallas, lo cual es una ventaja de realizarles el procedimiento. Como beneficio no anticonceptivo, ofrece la disminución del 13 % al 41% del riesgo de desarrollar cáncer de ovario, especialmente si se realiza salpingectomía bilateral, con la cual la reducción es del 42 % al 78 %. Es un procedimiento que a esta edad es más permisible, dada la mínima posibilidad de arrepentimiento.

Es importante conocer que, aunque la salpingectomía bilateral incrementa el tiempo quirúrgico, la información disponible no la asocia a incremento en los riesgos ni en afectación de la reserva ovárica.

## Dispositivo intrauterino T de cobre

Los efectos sobre el sangrado menstrual y la posible dismenorrea no son ni más frecuentes ni más intensos en las mujeres perimenopáucias, sin embargo, se debe considerar si dentro de los cambios propios de la etapa la mujer ya los presenta, en cuyo caso se prefiere otro método. Aunque en esta edad es frecuente la presencia de miomas, los que contraindican el uso tanto de la T de cobre como del endoceptivo, son los que alteran de manera importante la cavidad endometrial. Si se inserta en mujeres de 40 o más años, se puede dejar hasta la menopausia, aunque se superara el tiempo de vida útil tradicionalmente aceptado de 10-12 años. Como beneficio no anticonceptivo del método se debe considerar la disminución del riesgo de cáncer de endometrio.

## Endoceptivo

Los principales beneficios no anticonceptivos de los endoceptivos de solo progestágeno en este periodo, son la disminución del sangrado menstrual, especialmente cuando este es anormalmente abundante, y su efecto sobre los sangrados uterinos irregulares, debido a la amenorrea que inducen, en 45% de las mujeres a los 6 meses y aproximadamente 50% al año. Si se inserta en mujeres de 45 o más años, se puede dejar hasta 7 años en aquellas que siguen sangrando y hasta la menopausia si son amenorreicas.

El Mirena® tiene licencia para el tratamiento de las menorragias idiopáticas y se ha demostrado que con su uso se disminuye el número de histerectomías por sangrado irregular. Por su efecto sobre el endometrio, se asocia a disminución del riesgo de cáncer de endometrio.

## Implantes subdérmicos

Los estudios reportan bajas proporciones de uso de este método en mujeres mayores de 40 años, y la literatura específica del tema en la perimenopausia es escasa. No existe ninguna contraindicación para su uso y en cambio sí, igual que cualquier otro progestágeno por otra vía, evita los riesgos inherentes de la anticoncepción hormonal combinada. Se esperarían los mismos efectos benéficos encontrados en mujeres más jóvenes, como la disminución del riesgo de cáncer de endometrio y de ovario.

Algunos autores consideran que puede tener menos aceptación debido al patrón irregular del sangrado, pero ante todo es impredecible, que se puede asociar con su uso, aún a pesar de que se sabe que a la larga disminuye la cantidad total de sangrado y que puede inducir amenorrea hasta en un 20 % de las mujeres. Incluso en mujeres jóvenes, se ha documentado efectividad hasta dos años después de la vida útil establecida por la empresa que lo produce, por lo tanto, según la edad de aplicación, se podría dejar hasta documentar menopausia, a pesar de superar el periodo tradicionalmente recomendado de 3 o 5 años, según el tipo de implante. Una barrera que han impuesto los administradores, es el costo, sin embargo, es importante saber que ese costo unitario inicial se alcanza con unos pocos meses de uso de los métodos de corto plazo.

## Acetato de medroxiprogesterona

Método altamente efectivo que como beneficio no anticonceptivo ofrece altas tasas de amenorrea, 60 % al año y 70 % a los dos años, que puede ser beneficioso para mujeres con irregularidades menstruales en quienes se haya descartado un origen orgánico, e igualmente es beneficioso, para mujeres con dismenorrea, sin dejar de reconocer que en mujeres con estas dos alteraciones el endoceptivo es más efectivo.

Disminuye el riesgo de cáncer de endometrio, y posiblemente el de ovario. La principal preocupación con este método es su estigma por el efecto sobre la densidad mineral ósea. Aunque existe bastante investigación sobre esta asociación, en general los estudios son de baja calidad y sus resultados contradictorios. Los expertos en el tema generan recomendaciones contradictorias, producto de las interpretaciones divergentes sobre exactamente los mismos estudios, lo cual a su vez genera una obvia incertidumbre y perplejidad en el personal de salud.

En general, los autores aceptan que el efecto del acetato de medroxiprogesterona se recupera después de suspenderla y que no existe demostración de una relación entre su uso y la aparición de fracturas osteoporóticas. Por otro lado, el efecto es menos marcado en la mujer perimenopáusica que en la adolescente, por lo tanto, si la mujer no tiene contraindicaciones para su uso y no tiene otros factores de riesgo para osteoporosis, se puede utilizar con seguridad, adicional a que pudiera beneficiarse de sus efectos benéficos.

### Anticoncepción hormonal combinada

La adición del estrógeno, no necesaria con fines anticonceptivos en los preparados actuales, es la verdadera causante de la mayoría de las contraindicaciones de los métodos hormonales de anticoncepción. Desafortunadamente, producto de una tradición tergiversada, tanto la comunidad en general como el personal médico, en lo primero que piensa cuando se requiere anticoncepción es en anticonceptivos orales combinados.

El reto para el empleo de la anticoncepción en mujeres con condiciones médicas especiales lo impone la presencia del estrógeno porque, a pesar de sus innegables beneficios como hormona natural, cuando se adiciona como hormona exógena se asocia a gran cantidad de cambios hematológicos y metabólicos que confluyen en un incremento de la frecuencia de trombosis, tanto venosa como arterial, evento central para los efectos cerebro cardio vasculares que se han demostrado con el empleo de la anticoncepción hormonal combinada.

Independiente de la presencia de otros factores de riesgo, se ha demostrado que la trombosis, el infarto de miocardio y los ataques cerebrovasculares son más frecuentes en las mujeres mayores de 35 años que en las mujeres entre los 20 y los 34 años. A partir de los 35 años el incremento del riesgo es más pronunciado que en edades más tempranas; este, es el motivo para que ante la presencia de algún factor de riesgo cardiovascular como hipertensión, diabetes, obesidad, hiperlipidemia o consumo de cigarrillo se invite a utilizar la anticoncepción hormonal combinada solo bajo ciertos condicionantes o a definitivamente, considerar otras alternativas libres de estrógeno. En ausencia de esos factores de riesgo, y en una mujer por demás sana, no existe contraindicación para la anticoncepción hormonal combinada en la perimenopausia.

Es innegable que la anticoncepción hormonal combinada ofrece una serie de beneficios no anticonceptivos: restablecimiento de un patrón de sangrado regular y por lo tanto predecible por la mujer con todas las ventajas que esto ofrece, disminución de la dismenorrea, reducción del sangrado menstrual abundante, supresión de los síntomas vasomotores si ya los está presentando, aumento de la densidad mineral ósea y posible prevención de fracturas por osteoporosis, disminución de la necesidad de biopsias de las mamas debido a su efecto protector sobre las

condiciones benignas de la mama, disminución del riesgo de desarrollar cáncer epitelial de ovario, de endometrio y de colon, y control del acné que pudiera aparecer con la perimenopausia

### Minipíldoras

Los anticonceptivos orales de solo progestina, levonorgestrel o desogestrel, con los cuales existe cierta precaución por su estrecho margen de tiempo para la repetición de las dosis que puede llevar a afectar la efectividad, podrían usarse con mayor tranquilidad en la perimenopausia por la disminución inherente de la fertilidad del periodo. Pueden ofrecer los mismos beneficios de los otros métodos de solo progestágeno, como son la disminución del sangrado, cáncer de endometrio y posiblemente el de ovario.

### Métodos basados en la fertilidad

No son una buena alternativa para estas mujeres, debido a los cambios fisiológicos que están presentando, llevan a que sus periodos fértiles sean mucho menos predecibles.

**Métodos de barrera.** Básicamente los preservativos masculino y femenino, cuyo principal valor está en que son los únicos métodos que disminuyen el riesgo de adquirir una enfermedad de transmisión sexual. En contra, tienen su baja efectividad cuando se usan en la vida real y no en condiciones ideales, que, sumado a las consecuencias de un embarazo no planeado en esta etapa de la vida, no se deberían recomendar como método único. Es posible que se requiera el complemento de un lubricante acuoso, si la mujer presenta resequedad vaginal.

**Anticoncepción de emergencia.** Esta es una alternativa que no se puede olvidar en ningún caso. Todas las alternativas existentes, utilizadas en los esquemas tradicionales, son aptas para las mujeres perimenopáusicas. En orden descendente de efectividad y lapso en que son efectivos: dispositivo intrauterino T de cobre, acetato de ulipristal, levonorgestrel y combinación de etinil estradiol más levonorgestrel.

## Momento de suspender la anticoncepción

En usuarias de dispositivos intrauterinos T de cobre, se recomienda retirarlos al cumplirse un año de amenorrea (confirmación de menopausia). Si a una mujer se le aplicó una T de cobre después de los 40 años, no es necesario reemplazar ese dispositivo, aunque se considere que se superó el tiempo de vida útil tradicionalmente recomendado. Las mujeres que utilizan métodos de progestágeno pueden entrar en amenorrea, por lo tanto, no es posible confirmar clínicamente la menopausia. En mujeres sanas, tolerando el método, algunas organizaciones (*American College of Obstetricians and Gynecologists, Human Services/Centers for Disease Control and Prevention*) recomiendan continuarlos hasta los 55 años, excepto el acetato de medroxiprogesterona, que recomiendan reemplazarla a los 50 años por anticonceptivos orales de solo progestágeno. Esto son recomendaciones de expertos, con base en raciocinios fisiopatológicos y juicios personales sobre los riesgos y los beneficios.

Con respecto a los anticonceptivos hormonales combinados, si se están utilizando en esquemas continuos se tendrá amenorrea y si se están utilizando de manera cíclica se presentarán sangrados por privación, y ambas situaciones enmascaran el diagnóstico clínico de menopausia. Algunas organizaciones recomiendan su continuación, adecuadamente supervisada, hasta los 55 años, pero otras recomiendan reemplazarlos, por anticonceptivos orales de solo progestágeno, a los 50 años.

Algunas mujeres no desearán continuar sus métodos hormonales hasta los 55 años. Dentro de ellas, algunas aceptarán la interrupción de su método anticonceptivo hormonal por un período de 1, 2 o 3 meses para permitir la reanudación de la menstruación como prueba razonable del estado menopáusico, siempre y cuando utilice de manera constante y correcta una opción anticonceptiva no hormonal. Con otras, se intentará aproximarse al diagnóstico de menopausia con mediciones hormonales, que se deben realizar en momentos donde se espera que estén libres de efecto exógeno de los anticonceptivos.

Los estudios en que las organizaciones se basan para dar las recomendaciones sobre el momento de realizar la medición de las concentraciones de FSH en mujeres que

utilizan acetato de medroxiprogesterona tienen tamaños de muestra pequeños, pérdida importante participantes durante el seguimiento y realizan las mediciones en momentos diferentes. Se acepta con base en ellos que se deben realizar dos mediciones en el tiempo, porque en algunos se encontró que una proporción de las mujeres con una medición inicial en rango menopáusico luego tuvieron mediciones en rango normal. Se ha documentado que el efecto máximo sobre la FSH se da entre los 14 y 30 días de aplicada la dosis, por eso se recomienda realizar la medición al momento de aplicar una nueva dosis.

En la mujer que está utilizando anticonceptivos orales combinados, se recomienda también contar con dos mediciones de FSH en rangos menopáusicos antes de suspender definitivamente el método. Estas mediciones también se deben realizar el día en que corresponde iniciar un nuevo sobre de pastillas, sin embargo, con 7 días sin hormonas exógenas se pueden tener falsos negativos en la prueba. Esto se podría abordar de dos maneras, realizar de rutina las mediciones a los 14 días de haber suspendido el anticonceptivo, mientras se tiene abstinencia o se utilizan métodos de barrera, o hacer esto solo en aquellas que tuvieron al menos una de las dos mediciones en rangos no menopáusicos. Es posible que, para la terapia transdérmica, para el anillo vaginal y para los anticonceptivos parenterales combinados se pueda proceder de igual manera.

## Transición al uso de terapia hormonal de la menopausia

El uso continuado de anticonceptivos hormonales combinados después de la menopausia, puede exponer a la mujer a mayores riesgos de resultados clínicos adversos sin proporcionar ningún beneficio clínico conocido en comparación con los tratamientos específicos para la menopausia, dado que las dosis de los anticonceptivos son al menos cuatro veces más altas que las utilizadas en la terapia hormonal. En estas condiciones, se acepta la anticoncepción hormonal combinada para el control de sintomatología en mujeres perimenopáusicas que requieren anticoncepción, pero, si no requiere anticoncepción y tiene indicación, se debe instaurar la terapia apropiada.

### Conclusión

La mujer en la perimenopausia puede utilizar cualquiera de las alternativas disponibles, en ocasiones con beneficios más allá de la anticoncepción. La elección del método depende de factores adicionales a su estado perimenopáusico.

### Lecturas recomendadas

1. Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare. Contraception for Women Aged Over 40 Years (Updated November 2017) [Internet]. London; 2017. Available from: <https://www.fsrh.org/standards-and-guidance/documents/fsrh-guidance-contraception-for-women-aged-over-40-years-2017/>
2. Miller TA, Allen RH, Kaunitz AM, Cwiak CA. Contraception for midlife women: a review. Menopause [Internet]. 2018;25(7):817–27. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29462093>
3. Bitzer J. Overview of perimenopausal contraception. Climacteric [Internet]. 2019;22(1):44–50. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30562124>