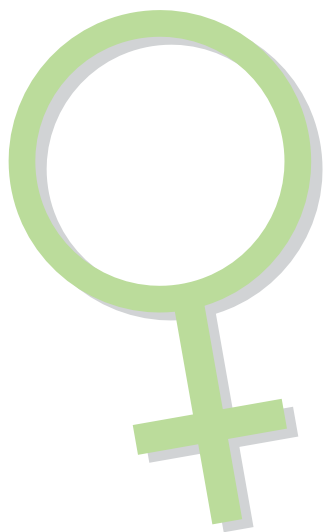


Preguntas frecuentes sobre anticonceptivos hormonales orales (AHO) y otras formas de administración de anticonceptivos



Anticonceptivos hormonales orales

Los anticonceptivos hormonales y, más concretamente, los anticonceptivos orales (AHO), son uno de los métodos contraceptivos más utilizados en la actualidad. Su eficacia y seguridad son hoy incuestionables, pero lo cierto es que la mitad de los embarazos no deseados en nuestro país en el año 2004 se produjeron en mujeres que utilizaban anticonceptivos. Este dato ilustra la importancia del cumplimiento en la anticoncepción, y es un reflejo claro de la diferencia entre la eficacia que para estos preparados hormonales se recoge en los ensayos clínicos, y la efectividad notablemente inferior manifestada en la población general.

Así pues, la mejora en el cumplimiento resulta fundamental para modificar la cifra de embarazos no deseados. Puesto que el incumplimiento

deriva de la falta de información, de educación, y de la dificultad de mantener la rutina de la toma diaria de la píldora, **es responsabilidad de los profesionales sanitarios el proporcionar una información de calidad y ajustada al nivel sociocultural de la usuaria, resolviendo las dudas o problemas que puedan surgir durante la terapia anticonceptiva.**

El farmacéutico comunitario, en su práctica profesional, constata los numerosos errores cometidos por las usuarias de anticonceptivos orales. Por otro lado, diversos estudios publicados señalan que la mayoría de ellas consulta (o consultaría) al médico en caso de tener dudas, y sólo un reducido porcentaje ve en el farmacéutico un interlocutor válido en este sentido.

Ante este panorama, el farmacéutico de oficina de farmacia, como profesional sanitario más cercano a la población, debería tratar de reali-

**Arantza Viamonte Ezcurdia
y Mónica Godino Prieto**
Centro de Información de
Medicamentos. Colegio Oficial de
Farmacéuticos de Navarra.

zar una dispensación activa de anticonceptivos, orientando a la paciente con una serie de consejos que respondan a las preguntas propias del acto de la dispensación establecidas por el Consenso de Atención Farmacéutica. Y, por otro lado, transmitir a las usuarias su capacidad de resolver los problemas, dudas e inquietudes relacionados con su medicación, cumpliendo con ello un doble objetivo:

- ▶ Colaborar con otros profesionales sanitarios en la tarea de disminuir la tasa de fallos de la terapia anticonceptiva.
- ▶ Contribuir a la visión del farmacéutico como agente de salud y experto en el medicamento.

A la luz de estas consideraciones, hemos estimado útil recoger a continuación algunas de las cuestiones relacionadas con los AHO que, ya sea por su frecuencia o por su interés, pueden servir de ayuda al farmacéutico comunitario en su labor con las usuarias de estos medicamentos.

Por otro lado, la sucesiva introducción en el mercado de nuevas presentaciones (parche, anillo vaginal, implante subcutáneo) de los anticonceptivos hormonales desde el inicio de esta década, hace surgir nuevas preguntas tanto en las usuarias como en el farmacéutico dispensador. Ello nos ha llevado a incluir una puesta al día en los nuevos métodos anticonceptivos, con el fin de proporcionar una visión actualizada de la anticoncepción hormonal.

¿A partir de qué momento son efectivos los anticonceptivos orales?

Cuando se inicia un tratamiento con AHO, si la toma del anticonceptivo combinado se hace coincidir con el primer día del ciclo (primer día de

hemorragia menstrual), el efecto anticonceptivo se consigue desde la primera gragea, puesto que se ejerce una supresión ovárica temprana con la dosis administrada.

El farmacéutico de oficina de farmacia, como profesional sanitario más cercano a la población, debería tratar de realizar una dispensación activa de anticonceptivos

Si la toma se realiza en los días 2-5 del ciclo, es preciso utilizar un método no hormonal adicional durante 7 días en este primer ciclo (no en los sucesivos).

En realidad, podría iniciarse la toma de la píldora en cualquier momento del ciclo femenino siempre que se haya descartado un embarazo, aunque sería necesario el uso de preservativo durante los primeros 7 días¹⁻³.

Las recomendaciones de la OMS (y otras fuentes) indican que durante los primeros 5 días de menstruación el riesgo de ovulación es bajo, no precisando métodos de barrera adicionales con el inicio de la toma de AHO en este intervalo del ciclo^{6,7}.

En el caso de los anticonceptivos unitarios (progestágeno sólo), con el inicio del tratamiento el primer día de regla también se consigue protección desde el primer comprimido. En este caso es igualmente posible comenzar la toma en los días 2-5 del ciclo, siendo recomendable el empleo de un método de barrera adicional durante 7 días. En mujeres con amenorrea, el tratamiento se instaura en cualquier momento del ciclo, en ausencia de embarazo, utilizando preservativo durante 7 días^{3,4}.

Recientes recomendaciones de la OMS establecen que, debido al bajo riesgo de ovulación, la anticoncepción de barrera se precisa sólo durante 2 días (tiempo necesario para un espesamiento eficaz del moco cervical), cuando se inicia el tratamiento más tarde del 5º día del ciclo^{5,6}.

Si se compara la eficacia de ambos tipos de preparados, hay que decir que los AHO unitarios son ligeramente menos eficaces que los combinados y requieren un mayor grado de cumplimiento. Por estos motivos, se suele reservar su uso para mujeres en las que los estrógenos no se toleran bien o están contraindicados^{1,5}.

¿Qué hacer ante el olvido de una o más píldoras?

Es importante señalar que el riesgo de embarazo a consecuencia de olvidos en la toma depende de cuántas píldoras se omiten, y en qué momento del ciclo se produce dicha circunstancia. Teniendo en cuenta que es preciso tomar ininterrumpidamente 7 comprimidos para conseguir inhi-

bir la ovulación, y que ello permite otros 7 días consecutivos de omisión de píldora sin que exista riesgo de embarazo, se deduce que los comprimidos más “conflictivos” son los del inicio y el final del blister, cuya omisión supone prolongar el periodo de descanso más allá de los 7 días.

En general, los consejos son los siguientes:

- ▶ Si no han pasado más de 12 horas desde la última toma, administrar la píldora en el momento y seguir con la pauta habitual. No es preciso adoptar medidas adicionales, pues no hay riesgo de embarazo.
- ▶ Si han pasado más de 12 horas desde la última toma, o si se han olvidado una o más píldoras, se recomienda tomar sólo la última dosis olvidada (dejando las demás en el blister), y utilizar otro método adicional durante los 7 días siguientes; si estos 7 días van más allá de los de toma de píldoras activas o, dicho de otro modo, si el olvido se ha dado en la 3ª semana, se comenzará un nuevo envase sin respetar la semana de descanso (o sin tomar las píldoras placebo). En este caso, hay que advertir a la usuaria que no experimentará hemorragia por privación.
- ▶ Si el olvido se ha producido con las primeras píldoras del envase y se han mantenido relaciones la semana anterior, hay que remitir a la mujer al médico, puesto que existe posibilidad de embarazo. Mientras tanto, se empleará igualmente un método adicional los 7 días siguientes.

Es importante insistir a las usuarias en la idea de que **no deben pasar más de 7 días sin tomar las píldoras y que, ante el olvido de una o más píldoras, deben tomarlas durante 7 días consecutivos para volver a asegurar la efectividad del preparado** ^{2,3,7}.

- ▶ En el caso de los AHO unitarios, con sólo progestágeno, hoy se estima que los retrasos de más de 12 horas en la toma habitual hacen recomendable utilizar preservativo durante los 7 días siguientes (si bien la OMS reduce esta precaución a sólo 2 días, como en el caso del inicio de la toma más tarde del 5º día del ciclo), además de tomar la píldora omitida en el momento en que se recuerde, y continuar con las demás a la hora habitual ^{3,5}.

¿Es normal no tener la regla durante el tratamiento anticonceptivo?

Las alteraciones del sangrado son uno de los efectos secundarios más comunes de los AHO, y es fundamental informar a las usuarias acerca de ello para que no caigan en un incumplimiento que puede a su vez acentuar dichas alteraciones.

La hemorragia por disrupción (parecida a una menstruación, aunque algo menos abundante), el “spotting” (descrito como “un flujo sanguinolento”) y la amenorrea son frecuentes durante los primeros meses de tratamiento con los AHO combinados de baja dosis hormonal, y aún más con los AHO unitarios. Con estos últimos es común incluso la aparición de amenorrea de modo continuo, hecho que debe ser debidamente comunicado.

Si una usuaria de AHO se queja de anomalías en el sangrado:

- ▶ Preguntaremos primero si se han dado circunstancias como olvido de píldoras, anomalías en la toma de las mismas, vómitos, diarreas o interacciones medicamentosas, que pueden causar un sangrado por privación hormonal.
- ▶ Descartado el supuesto anterior, tranquilizaremos a la usuaria en

cuanto a que no hay evidencia de que el sangrado suponga una disminución de la eficacia anticonceptiva si la toma ha sido correcta, y tendremos en cuenta que:

- ▶▶ Un sangrado que se produce de forma esporádica (1-2 episodios en 3 meses), coincidiendo con los 3 primeros meses de tratamiento o después de un tiempo tomando los AHO, está dentro de la normalidad. Este efecto tiende a disminuir con el tiempo de uso y es muy raro al cabo de 6 meses.
- ▶▶ Ante sangrados frecuentes (6 o más episodios en 3 meses), deberemos remitir a la usuaria a su médico para que descarte procesos patológicos (neoplasias genitales, infecciones de cérvix o endometrio) y valore la conveniencia de cambiar a otro producto con mayor dosis estrogénica y/o con otro gestágeno diferente.
- ▶▶ La amenorrea es una circunstancia que inquieta especialmente a la usuaria, pero que está frecuentemente asociada a los AHO unitarios, y que también puede darse con los AHO combinados con baja dosis de estrógeno durante los primeros meses de tratamiento. La valoración de la misma dependerá de la existencia previa de olvidos o anomalías en la toma, y puede requerir la realización de una prueba de embarazo, ya sea para descartarlo o para tranquilizar a la usuaria si no se han dado circunstancias que lo hagan probable ^{2,3,8}.

¿Los anticonceptivos pueden disminuir la fertilidad?

Los AHO no tienen efectos permanentes sobre la fertilidad. Es cierto

que, tras la interrupción de la terapia anticonceptiva, los circuitos hormonales pueden tardar un cierto tiempo en restablecerse, lo que se traduce en la llamada “amenorrea post-píldora”. Pero el 80% de las mujeres recuperan la función ovárica normal a los 3 meses del abandono de los AHO y el 50% de las mujeres que buscan el embarazo lo consiguen dentro de este plazo⁸.

¿Cuál es el AHO más indicado en la lactancia?

Antes que nada, señalaremos que la ausencia de regla durante la lactancia no implica infertilidad, pues pueden existir ovulaciones; el aumento de los niveles de prolactina inhibe la ovulación en algunos casos, pero como método anticonceptivo la lactancia resulta poco fiable.

En la lactancia natural se recomiendan los AHO unitarios, con sólo progestágeno (Cerazet[®]), pues no afectan a la producción de leche; deben utilizarse a las 6 semanas después del parto, con la lactancia ya establecida, pues no se sabe si antes suponen un riesgo para el bebé.

Si se opta por la lactancia artificial, los AHO unitarios pueden empezar a utilizarse en cualquier momento tras el parto; el inicio de los AHO combinados debe demorarse hasta la 2^a-3^a semana post-parto, para que los estrógenos no interfieran con la estabilización de los procesos de coagulación y fibrinolisis^{3,5,8}.

¿Se puede cambiar la fecha de la regla?

Esta pregunta se plantea con frecuencia, cuando la regla coincide con algún acontecimiento (viajes, exámenes) que supone una incomodidad para la usuaria. Para conseguir adelantar o retrasar en unos

días la “regla” (hemorragia por privación), habría que disminuir o aumentar, respectivamente, el nº de días de toma de píldoras. El máximo adelanto posible es de 7 días, pues de otro modo no se asegura la ausencia de un “escape ovulatorio”, con riesgo de embarazo para la usuaria. Para suprimir la hemorragia, habría que continuar con un envase nuevo, sin respetar la preceptiva semana de descanso.

No existe límite de edad para el uso de AHO en mujeres sin riesgo e, incluso, existen diversas ventajas no anticonceptivas en su uso en mujeres a partir de los 40 años

En cualquier caso, el inicio de un nuevo envase se hará siempre el octavo día después de la última toma, para no alterar la eficacia anticonceptiva del preparado⁸.

¿Qué hacer si se producen vómitos o diarreas?

Los vómitos o diarreas pueden ser causa de disminución del efecto anticonceptivo y/o aparición de pérdidas intermenstruales, al interferir en la absorción del AHO.

- ▶ Si los vómitos se han producido antes de transcurridas 2 horas desde la toma de una píldora, se recomendará a la usuaria tomar otra píldora de un envase nuevo (en previsión de ésta u otras eventualidades será conveniente disponer siempre de otro envase del AHO).
- ▶ Si aparece una diarrea muy líquida de forma aislada, se recomienda la toma de otra píldora, considerando la hora de la toma y la de la diarrea.
- ▶ Si la usuaria sufre un proceso severo con vómitos o diarrea, sería recomendable suspender la terapia anticonceptiva y reiniciarla con una nueva menstruación. En este caso, sería deseable indicar el empleo de un método no hormonal adicional durante el proceso y hasta siete días después de recuperarse del mismo^{1,3,8}.

¿Producen los AHO aumento de peso?

A las dosis hormonales contenidas en los AHO actuales, la observación de cambios en el peso atribuibles a éstos es un hecho excepcional.

Cuando los AHO sean *realmente* los responsables del aumento de peso (menos del 5% de los casos), puede resultar adecuado el cambio a productos de menor contenido estrogénico y/o potencia androgénica, recomendando así mismo a la usuaria una reducción de la ingesta calórica y la práctica habitual de ejercicio físico.

De cualquier manera, siempre hay que descartar otros factores

causantes del aumento de peso; es muy habitual achacar a la píldora cualquier problema que aparezca cuando existe una mala aceptación de la misma ^{9,10}.

¿Existe un límite de edad para la utilización de anticonceptivos orales?

No. Se ha abolido el límite de edad para el uso de AHO en mujeres sin riesgo, e incluso existen diversas ventajas no anticonceptivas (prevención de síntomas climatéricos, osteoporosis, etc.) en su uso en mujeres a partir de los 40 años.

Por otro lado, desde el punto de vista médico no está indicada la realización de "descansos" en la toma de anticonceptivos, y si la usuaria desea hacerlo a pesar de ello, deberá utilizar otro método anticonceptivo puesto que la fertilidad puede recuperarse totalmente a corto plazo ^{2,8}.

¿Cómo funciona la anticoncepción oral de emergencia?

La anticoncepción oral de emergencia o postcoital (AE) se utiliza con el fin de prevenir un embarazo después de una relación sexual sin protección. También se indica en usuarias de AHO en las que se ha dado un mal cumplimiento del método y ha habido una relación con riesgo de embarazo. Puede utilizarse tanto en adolescentes como en mujeres próximas a la menopausia.

Consiste en la administración de 1,5 mg de levonorgestrel en una sola toma, dentro de las 72 horas siguientes al coito sin protección. La administración temprana es fundamental, puesto que la eficacia anticonceptiva varía desde el 95% antes de las 24 horas, al 58% dentro de las 49-72 horas tras el coito.

La AE no previene embarazos derivados de relaciones posteriores en

el ciclo, por lo que se recomienda utilizar un método de barrera hasta el siguiente. Si han existido relaciones de riesgo anteriores a la toma de la píldora, también puede haber posibilidad de embarazo.

Su uso ha de ser ocasional, nunca debe sustituir a un método anticonceptivo convencional, dado que su efectividad es inferior a la de los métodos regulares, y su uso reiterado durante un ciclo puede ocasionar alteraciones del mismo.

En usuarias de anticonceptivos orales, tras la toma de la píldora postcoital debe continuarse la pauta habitual.

La AE no interfiere en la prueba de embarazo. Y si existe embarazo previo no lo interrumpe, ya que no es eficaz una vez se ha producido la implantación. Tampoco se han detectado efectos indeseables en el embrión.

Puede utilizarse durante la lactancia, siendo mejor administrarlo después de dar el pecho, y evitar amamantar en las 6 horas siguientes a su administración.

La regla suele aparecer en la fecha habitual, aunque a veces se producen retrasos o adelantos en la misma ^{3,5,11}.

¿Son seguros los métodos que reducen el número de reglas?

La tendencia actual en la contracepción es proporcionar métodos eficaces que a la vez alivien trastornos comunes en la vida fértil de la mujer, como las anemias por sangrados abundantes, o el síndrome premenstrual. Es preciso señalar que el 85% de mujeres refiere la presencia de algún síntoma molesto premenstrual o menstrual, y son mayoría las que optarían por espaciar la regla más allá de un mes, o bien por no tenerla nunca, especialmente si son jóvenes.

En este contexto se introdujeron los regímenes trimestrales de anticonceptivos orales combinados, que reducen el número de menstruaciones de las 13 habituales con los AHO convencionales, a 4 por año. Las especialidades Seasonale® y Seasonique®, combinaciones de etinilestradiol y levonorgestrel con un patrón de administración de 84 días de tratamiento y 7 días de placebo o de comprimidos de estrógeno sólo, han sido aprobadas por la FDA americana desde 2003. Los resultados de los ensayos clínicos con este preparado muestran una alta eficacia, con efectos secundarios similares a los AHO clásicos excepto para el sangrado intermenstrual, más frecuente con esta pauta ^{5,11}.

Más recientemente, la FDA ha autorizado la comercialización de Lybrel®, un anticonceptivo que suprime la menstruación, a través de su toma diaria y continuada, también indicado para mujeres con problemas asociados a la menstruación.

En general, estas pautas de reducción de menstruación pueden ser seguras, efectivas y aceptables para muchas mujeres, ya sea por problemas asociados a la misma o simplemente por una mejora en la calidad de vida ⁵. Ninguna de estas especialidades de pauta trimestral o continua ha sido aprobada en España.

Otras formas de administración

Parches Evra®

- ▶ ¿Qué es Evra®?
- ▶ ¿Cómo se utilizan los parches?
- ▶ ¿Qué hacer si el parche se despega total o parcialmente?
- ▶ ¿Qué ventajas e inconvenientes presenta frente a los AHO?

Evra® es un parche anticonceptivo transdérmico de tipo matricial

que combina un progestágeno (norelgestromina) y un estrógeno (etinilestradiol). El principal mecanismo de acción es la inhibición de la ovu-

Parche	Norelgestromina	Etinilestradiol
Contenido total (1 semana)	6 mg	600 µg
Liberación /24 horas	150 µg	20 µg

lación.

Este sistema de liberación transdérmica presupone un ciclo de 28 días (4 semanas). Se aplica el mismo día de la semana durante tres semanas consecutivas (21 días) y se descansa la cuarta semana. El nuevo ciclo anticonceptivo comienza al día siguiente de la semana sin parche. Por ejemplo, si se fijan los lunes, se pondrá el parche cada lunes durante tres lunes consecutivos y se descansará el cuarto lunes. El quinto lunes comenzará un nuevo ciclo de tres semanas con parche y la siguiente se descansa y así sucesivamente. En ningún caso puede haber más de 7 días de descanso sin parche entre ciclos de dosificación. Si esto sucede, se debe utilizar al mismo tiempo un anticonceptivo no hormonal durante 7 días^{9,12}.

Se debe aplicar en la piel limpia y seca del glúteo, parte exterior del brazo o parte superior del torso, salvo en senos y piel irritada. Cada parche consecutivo debe ponerse en un sitio diferente de la piel con el fin de evitar una posible irritación.

Si el parche se despega parcialmente o se cae, se debe volver a colocar en el mismo sitio siempre que no hayan pasado más de 24 horas, no siendo necesario tomar otras medidas anticonceptivas. Pero si transcurren más de 24 horas, se debe aplicar un nuevo parche y comenzar

un nuevo ciclo de cuatro semanas. Durante los primeros 7 días de este nuevo ciclo se deberá utilizar al mismo tiempo otro método anticonceptivo no hormonal¹³.

La ventaja que ofrecen los parches anticonceptivos Evra® frente a

La
anticoncepción
oral de
emergencia
o postcoital
nunca debe
sustituir
a un método
anticonceptivo
convencional

los AHO combinados radica en la comodidad de la forma de administración. En relación a esto, un estudio concluye que el cumplimiento terapéutico es superior con los parches que con los comprimidos y supone, por tanto, una mejora en la eficacia del tratamiento¹³. Sin embargo, a

igual cumplimiento, en estudios comparativos con AHO, ambos son bien tolerados, aunque las reacciones en el punto de aplicación, mastodinia y dismenorrea son significativamente más frecuentes con el parche.

Entre los posibles inconvenientes, señalar la "indiscreción" de la localización del parche, los frecuentes (5%) desprendimientos (totales o parciales) de los parches y que no es apto para mujeres con problemas dermatológicos ni para mujeres con peso superior a 90 kg¹¹.

Nuvaring®, anillo vaginal

- ▶ ¿Qué es Nuvaring®?
- ▶ ¿Tiene efecto anticonceptivo desde el primer día de uso?
- ▶ ¿Cuál es la pauta de administración?
- ▶ ¿Qué hay que hacer si se expulsa accidentalmente?
- ▶ Precauciones especiales
- ▶ ¿Aporta alguna ventaja frente a los anticonceptivos orales combinados?

Es un anillo vaginal anticonceptivo combinado que libera diariamente 15µg de etinilestradiol (estrógeno) y 120µg de etonorgestrel (progestageno). Se trata de un anillo flexible, transparente, fabricado con Evatane, un plástico que contiene los principios activos dispersos uniformemente y que, a través de una membrana circundante al plástico, controla la liberación de las hormonas desde el anillo¹⁴.

El efecto anticonceptivo se debe a la inhibición de la ovulación. La protección anticonceptiva se alcanza a los 7 días de comenzar a utilizar Nuvaring®, por lo que debe recomendarse utilizar un método de barrera complementario durante este periodo de tiempo.

Cada Nuvaring® está concebido para un solo ciclo, que comprende 3

semanas de uso del anillo, seguidas de un periodo de una semana sin anillo, en el que se produce la hemorragia por privación. Después de una semana de descanso se inserta un nuevo anillo. Por ejemplo, si el anillo se inserta un martes a las 22:00 h, debe ser retirado el martes tres semanas más tarde, aproximadamente a las 22:00 h, y el martes siguiente debe insertarse un nuevo anillo.

Nuvaring® puede ser insertado y retirado fácilmente por la propia mujer no siendo necesario que el anillo quede ubicado en torno al cuello del útero, ya que la posición dentro de la vagina no es crucial para su eficacia. En caso de que el anillo sea expulsado accidentalmente, debe lavarse con agua fría o tibia (no caliente) e insertarse inmediatamente. Si permanece fuera de la vagina más de 3 horas, puede reducirse la eficacia anticonceptiva por lo que se deberá utilizar un método anticonceptivo no hormonal complementario hasta que el dispositivo permanezca en la vagina durante siete días consecutivos^{9,14}.

En cuanto a precauciones especiales, Nuvaring® se conserva en nevera entre 2°C y 8°C, como máximo hasta 2 años. Presenta una estabilidad a temperatura ambiente (inferior a 30°C) de 4 meses, por lo que al dispensarse hay que anotar la fecha de dispensación en el envase, y comentar a la paciente que no debe insertarse después de 4 meses si lo conserva a temperatura ambiente¹⁴.

En ensayos clínicos, Nuvaring® ha demostrado alta eficacia anticonceptiva, siempre que haya un buen cumplimiento por parte de la usuaria. En este punto es donde el anillo vaginal presenta una ventaja frente a los AHO, ya que en diversos estudios se ha registrado un elevado cumplimiento. Por tanto, el anillo vaginal supone una opción terapéutica más para la anticoncepción que por

su forma farmacéutica parece favorecer el cumplimiento terapéutico¹⁴.

Como posibles inconvenientes, citar que no es adecuado para mujeres con prolapso uterino o estreñimiento pertinaz¹¹.

Anticoncepción a largo plazo

Implantes subdérmicos de progestágenos: Implanon®, Jadelle®

- ▶ ¿Qué es un implante?
- ▶ ¿Qué composición tienen?
- ▶ ¿Cómo se insertan?
- ▶ ¿Qué ventajas e inconvenientes presentan frente a los AHO?

En general, un implante es un dispositivo polimérico portador del fármaco que se implanta en el tejido subcutáneo. Tienen utilidad en los casos en los que se requiere la administración prolongada del fármaco durante periodos comprendidos entre días y años¹⁵.

Los implantes subdérmicos suponen una nueva vía de administración de progestágenos solos. Tras su inserción en la cara interna del brazo, liberan de forma controlada el progestágeno¹¹.

Existen comercializadas dos presentaciones: Implanon® (68 mg etonorgestrel, cuya eficacia es de 3 años) y Jadelle® (75 mg de levonorgestrel, cuya eficacia es de 5 años)^{16,17}.

Implanon® consiste en una varilla flexible, no biodegradable y en cuyo núcleo matriz se encuentra el principio activo, etonorgestrel, recubierto por una película de EVA® (copolímero de acetato de vinilo-etileno). El mecanismo de liberación se basa en un sistema de membrana controlada¹⁶.

Etonorgestrel, metabolito activo del desogestrel, se va liberando a lo

largo de los tres años de la siguiente manera: hasta la 5-6 semana de uso 60-70 mcg/día y disminuye aproximadamente hasta 35-45 mcg/día al final del primer año, a 30-40 mcg/día al final del segundo año y a 25-30 mcg/día al final del tercer año^{1,16}.

Jadelle® consiste en dos cilindros flexibles que liberan levonorgestrel como contraceptivo de mantenimiento hasta un máximo de 5 años, aunque tras 4 años de uso debería considerarse la sustitución del implante, sobre todo en mujeres que pesan más de 60 kg.

Aproximadamente se liberan 100 µg/día de levonorgestrel en el primer mes siguiente a la inserción, que disminuye al año aproximadamente a 40 µg/día, seguido de 30 µg/día después de 3 años, y alrededor de 25 µg/día después de 5 años¹⁷.

La inserción de ambos implantes debe realizarse en condiciones asépticas, por un médico que esté familiarizado con el procedimiento, ya que si no se inserta correctamente, entre otras cosas, puede producirse la expulsión del mismo. Tanto el proceso de implantación como de extracción suele ser rápido (3-5 minutos) y sencillo. Sin embargo, presentan cierto riesgo de infección en el lugar del implante, lo cual puede ser problemático para mujeres diabéticas^{16,17}.

El implante, al igual que los parches y el anillo vaginal, supone una alternativa para aquellas mujeres en las que el cumplimiento por vía oral sea problemático o simplemente prefieran esta vía de administración. Por otro lado, como se trata de progestágenos solos, al igual que ocurre con los anticonceptivos orales unitarios, se optará por ellos en caso de contraindicaciones o intolerancia al componente estrogénico de otros preparados, y siempre que no existan contraindicaciones para su uso y

la mujer acepte el patrón de sangrado que éstos provocan ^{1,3}.

Este sistema induce trastornos del ciclo menstrual (hemorragias frecuentes, irregulares o prolongadas) en la mayoría de las usuarias, lo que origina abandonos de tratamiento. En el brazo portador de los implantes han sido más frecuentes las tromboflebitis y flebitis superficiales ¹¹.

Mirena®: sistema intrauterino de liberación de levonorgestrel


- ▶ ¿Qué es Mirena®?
- ▶ ¿Presenta alguna ventaja frente al DIU de cobre?
- ▶ ¿Para qué tipo de usuarias está especialmente indicado?

Mirena® contiene 52 mg de levonorgestrel y la tasa inicial de liberación es de 20 µg/día, siendo eficaz durante 5 años. Se basa en una estructura de polietileno, alrededor de cuyo brazo vertical se dispone un cilindro que contiene una mezcla de levonorgestrel y polidimetilsiloxano. El cilindro está cubierto por una membrana de polidimetilsiloxano que regula la liberación de la hormona ¹⁸.

Existen en el mercado dos tipos de dispositivos intrauterinos: liberador de cobre y liberador de hormona (levonorgestrel): Mirena®. En los ensayos clínicos, el DIU de levonorgestrel ha mostrado ser algo más eficaz en la prevención de embarazos

que los DIU de cobre < 250 mm³ y una eficacia similar a los de cobre > 250 mm³. Con el DIU de levonorgestrel se observa una mayor incidencia de amenorrea que con los DIU de cobre ¹¹.

Durante los primeros meses puede dar lugar a sangrados intermitentes. Tras 3-6 meses de tratamiento se ha reseñado la aparición de un 20% de casos de amenorrea ¹¹.

El DIU de levonorgestrel puede ser una alternativa anticonceptiva especialmente beneficiosa para mujeres no nulíparas con menstruaciones abundantes y prolongadas, y en las que la posible amenorrea (con la incertidumbre de un posible embarazo) no suponga un rechazo ¹¹. 

Bibliografía

1. Sweetman SC Editor. Martindale. Guía completa de consulta farmacoterapéutica 1ª Ed. Barcelona: Pharma Editores, S.L.; 2005.
2. Guía práctica en anticoncepción oral. Basada en la evidencia. Sánchez R, Martínez O. Madrid, 2003 [citado de 27 de junio de 2007]. Disponible en: URL: <http://www.sec.es/publicaciones/manuales/GuiaPracticaAnticOral.pdf> manual sec nuevo
3. Bonacho I. Anticoncepción. Guías clínicas [en línea] 2006 [citado de 27 de junio de 2007]. Disponible en: URL: <http://www.fisterra.com/guias2/anticoncepcion.htm>.
4. Agencia española de medicamentos y productos sanitarios. Ficha técnica Cerazet®. Lab. Organon Española, S.A. 2004.
5. Sociedad Española de Contracepción. Actualización del manejo clínico de los anticonceptivos hormonales. Conferencia de Consenso. Aranjuez (Madrid); noviembre 2005 [citado de 27 de junio de 2007]. Disponible en: URL: http://www.sec.es/publicaciones/conf_consenso/anticonceptivos_hormonales
6. World Health Organization. Selected Practice Recommendations for Contraceptive Use [citado de 27 de junio de 2007]. Disponible en: URL: <http://www.who.int/reproductivehealth>.
7. Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care. UK Selected Practice Recommendations for Contraceptive Use 2005 [citado de 27 de junio de 2007]. Disponible en: URL: <http://www.ffprhc.org.uk>.
8. Grupo de Trabajo sobre Anticoncepción Oral. Sociedad Española de Contracepción. Manual de Anticoncepción Hormonal Oral. Madrid 1997 [citado de 27 de junio de 2007]. Disponible en: URL: <http://www.sec.es/aho>.
9. Hutchinson TA&Shahan DR (Eds): DRUGDEX® System. MICROMEDEX, Greenwood Village, Colorado. Vol. 133 expires [9/2007].
10. Gallo MF, López LM, Grimes DA, Schulz KF, Helmehorst FM. Anticonceptivos combinados: efectos sobre el peso (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: URL: <http://www.update-software.com> (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 1. Chichester UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
11. Anticonceptivos, ¿qué hay de nuevo?. Infac 2004; 12 (8): 35-40.
12. Evra®. Ficha técnica. Lab Janssen-Cilag Internacional N.V. 2002.
13. Archer D.F et al. Assesment of compliance with a weekly contraceptive match (Ortho Evra™/Evra™) among North American Women. Fertility and Sterility 2002; 77(Suppl II):27-31.
14. Nuvaring®. Monografía de producto. N.V. Organon Española, S.A. 2001.
15. Alamo M.C. Investigación y desarrollo de nuevos sistemas de administración de medicamentos. En: Santos B, Guerrero Mª. D, Editores Administración de medicamentos. Teoría y práctica. 1ª Ed. Madrid: Ediciones Díaz de Santos, S.A; 1994.p.321-340.
16. Implanon®. Cuestionario de evaluación técnica para Laboratorios. Lab Organon Española, S.A. 2000.
17. Jadelle®. Ficha técnica. Lab. Schering España, S.A. 2003.
18. Agencia española de medicamentos y productos sanitarios. Mirena®. Lab. Schering España, S.A. 2006.