

Consideraciones para el uso de AO en la premenopausia

Una mujer de 45 años de edad acude a usted quejándose de bochornos, insomnio y dolores de cabeza, con sangrados menstruales que se presentan cada tres semanas. La paciente dejó de fumar hace seis meses, después de 25 años de tabaquismo, y sus antecedentes familiares incluyen osteoporosis, hipertensión e hipercolesterolemia. Su tensión arterial es normal. Su perfil de colesterol revela un nivel de 34 mg/dL de lipoproteínas de alta densidad (HDL) y 150 mg/dL de lipoproteínas de baja densidad (LDL). La medición de la densidad ósea indica osteopenia. Físicamente es delgada y por lo demás saludable, y su examen ginecológico es normal. ¿Cuál sería el tratamiento adecuado?

POR: DR. ANDREW KAUNITZ, DR. LEON SPEROFF Y DRA. FELICIA STEWART

Los expertos aconsejan que se considere el uso de anticonceptivos orales (AO) de dosis bajas (20-35 mcg de estrógeno). Para la paciente premenopáusica, los AO tienen varias ventajas sobre el reemplazo hormonal.¹ Los beneficios incluyen la anticoncepción eficaz (en caso necesario), menstruaciones regulares, tratamiento de la menorragia y/o dismenorrea, disminución de los síntomas vasomotores, una mayor densidad ósea con menos fracturas y la prevención de cáncer ovárico y endometrial.²

“En mi práctica cotidiana, estoy tratando un número cada vez mayor de mujeres premenopáusicas con AO, muchas de las cuales no necesitan la anticoncepción”, comentó el Dr. Andrew Kaunitz. “En este tipo de paciente en particu-

lar, el uso de un AO formulado con progestágenos de 3a. generación podría ser particularmente adecuado para mejorar sus parámetros de lipoproteínas”.

Los AO utilizados durante los años de transición a la menopausia ofrecen una forma anticonceptiva confiable, una característica que no ofrece la terapia de reemplazo hormonal (TRH). Las mujeres premenopáusicas se pueden beneficiar de la prevención del embarazo. El índice de abortos entre las mujeres de 40 años y mayores sólo es excedido por el de las adolescentes.³

El impacto de los miedos pasados en el uso de AO

Las dudas para la utilización de AO en las mujeres de mayor edad se remontan a mediados de los

años 80, cuando estos agentes no fueron aprobados por la FDA para las mujeres mayores de 35 años de edad, recuerda el Dr. Leon Speroff, quien entonces era jefe del Comité de Práctica Ginecológica para el American College of Obstetricians and Gynecologists, (ACOG) en Washington, DC. El Dr. Speroff, invitó en ese momento a los miembros de la FDA a una reunión con el comité del ACOG para escuchar la opinión de los médicos sobre la hipótesis de que las píldoras de dosis baja eran seguras para las mujeres saludables no fumadoras. Como resultado, la FDA quitó el límite de edad, a pesar de que el juicio aún no estaba apoyado por datos relevantes.

“Los datos epidemiológicos subsecuentes confirmaron que las píldoras de dosis baja son seguras para las mujeres mayores salu-

dables, sobre todo si no son fumadoras y tienen presiones sanguíneas normales”, comentó el Dr. Speroff. “A pesar de esto, aún está presente este miedo, sobre todo entre los internistas y los médicos familiares”.

Las advertencias contra el uso de AO en las mujeres mayores de 35 años se difundieron ampliamente durante una década, coincidió la Dra. Felicia Stewart. Esas “contraindicaciones” se basaron en la asociación observada entre el uso temprano de dosis más altas de AO y un aumento en el riesgo de ataque cardíaco y apoplejía, observó la especialista. Después, investigaciones mejor sustentadas encontraron que el riesgo observado se relacionaba principalmente con el tabaquismo y no con la edad, pero durante una década muchas mujeres y sus médicos habían escuchado las advertencias, y la práctica continuó basándose en los datos erróneos.

Las dosis bajas de AO pueden reducir el riesgo futuro de osteoporosis mediante la reducción de la aceleración del recambio óseo y posiblemente el aumento de la

masa ósea.⁴ El Dr. Kaunitz se refirió a un estudio recientemente publicado en el cual se reveló que las usuarias de la píldora pueden reducir su riesgo de fracturas posmenopáusicas.⁵

En un estudio de casos y controles en Suecia, se evaluó la historia del uso de AO en mil 327 casos de fractura de cadera y en tres mil 312 controles seleccionados aleatoriamente en mujeres de 50 a 81 años de edad. Comparado con las mujeres que nunca habían usado AO, la administración de éstos después de los 40 años se asoció con un riesgo significativamente menor de fractura de cadera; en contraste, el uso antes de los 30 años no redujo significativamente ese riesgo, mientras que las mujeres que usaron AO entre los 30 y 40 años de edad experimentaron un riesgo medio de fractura de cadera.

“Una advertencia del estudio es que la mayor parte del uso de AO en el pasado involucró las píldoras antiguas con una dosis mayor de estrógeno que los AO actualmente en uso” continuó el Dr. Kaunitz. No obstante, proporciona una fuerte evidencia de que en

la década previa a la menopausia, el uso de AO de combinación puede reducir el riesgo de fracturas en décadas posteriores de la vida.

Las mujeres premenopáusicas también podrían esperar protección anticonceptiva eficaz mediante el uso constante del condón o de un método de barrera, así como del dispositivo intrauterino o el uso de un implante anticonceptivo”, aclaró la Dra. Stewart. Los AO atenúan los cambios hormonales bruscos durante el ciclo menstrual y para muchas mujeres próximas a la menopausia, estos cambios son desagradables y a menudo se asocian con efectos secundarios como patrones irregulares de sangrado o el síndrome premenstrual.

“El tabaquismo es un factor de riesgo importante al evaluar el uso adecuado de los AO. El tratamiento con anticonceptivos orales está contraindicado para las fumadoras mayores de 35 años”, puntualizó el Dr. Kaunitz. En esta población, el especialista sugiere el uso de píldoras con progestágenos solos, dispositivos intrauterinos, o anticonceptivos de barrera para el control de la natalidad.

Referencias:

1. Sulak PJ. Oral contraceptives: Therapeutic uses and quality-of-life benefits – Case presentations. *Contraception* 1999; 59:35S-38S.
2. Kaunitz AM. Oral contraceptive use by perimenopausal women: An evidence-based approach. Presented at the

Contraceptive Technology Quest for Excellence Conference. Atlanta; October 1999.

3. Mishell DR Jr., Stenchever MA, Droegemueller W, et al. *Comprehensive Gynecology*, 3rd ed. St. Louis: Mosby-Year Book; 1997, pp. 405, 532-533.

4. Association of Reproductive Health Professionals. Women's health in the perimenopause: An integrated approach. *Clinical Proceedings* 1999; December:3.
5. Michaelsson K, Baron JA, Farahmand BY, et al. Oral contraceptive use and risk of hip fracture: A case-control study. *Lancet* 1999; 353:1,481-1,484.