

ANTICONCEPTIVOS DE CICLO EXTENDIDO. ¿ES NECESARIA LA REGLA?

Dra. María Luisa Mancera Girón. Ginecóloga FJD.
Unidad Endometriosis

Índice

- 1. Introducción**
- 2. Casos clínicos**
 - 1. Acné e hirsutismo**
 - 2. Síndrome de ovario de ovario poliquístico (SOP)**
 - 3. Sangrado menstrual abundante (SMA)**
 - 4. Dismenorrea**
 - 5. Síndrome premenstrual**
- 3. Pautas prolongadas en anticoncepción**

1. Introducción

Anticoncepción oral combinada

- Es el segundo método anticonceptivo utilizado en España.
- El porcentaje supera el 20%, con claro predominio de la forma oral.

Preservativo	28,4 %	
Píldora	21,7 %	} 25,6 %
Anillo vaginal	3,4 %	
Parche	0,5 %	} 26,8 %
Píldora gestágenos	0,2 %	
Implante	0,8 %	} 1,2 %
Intramuscular	0,2 %	
DIU (Cobre)	3,5 %	} 6,9 %
DIU (Hormonal)	3,4 %	
Vasectomía	4,5 %	} 7,8 %
Ligadura / oclusión trompas	3,3 %	
Coito interruptus	0,1 %	
Naturales	0,1 %	
Otros	0,8 %	
Ninguno	24,8 %	
NS/NC	4,1 %	

1. Introducción

Anticoncepción oral combinada

- En la actualidad, las mujeres piden beneficios añadidos para la salud.
- Se pretende un incremento en el bienestar físico y psicológico y, consecuentemente, un aumento en el nivel de salud.
- Forma segura de anticoncepción y de obtener beneficios no anticonceptivos.
- Reducción de los efectos secundarios y las complicaciones cardiovasculares.
- Desde 1989 se eliminaron todas las referencias a los límites de edad, pudiendo administrarse a todas las mujeres sanas y no fumadoras hasta la menopausia.

1. Introducción

Exámenes previos

- Historia médica detallada
- Medición de presión arterial
- Documentar índice de masa corporal
- La mayoría de los grupos, incluyendo, American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), The World Health Organization (WHO) y Royal College of Obstetricians and Gynecologists (RCOG) están de acuerdo en que otros procedimientos (citología, examen mamario, screening ETS) no son necesarios antes de prescribir anticonceptivos orales.

Seguimiento

- No son necesarios exámenes médicos específicos cuando se prescriben ACO por deseo de anticoncepción.

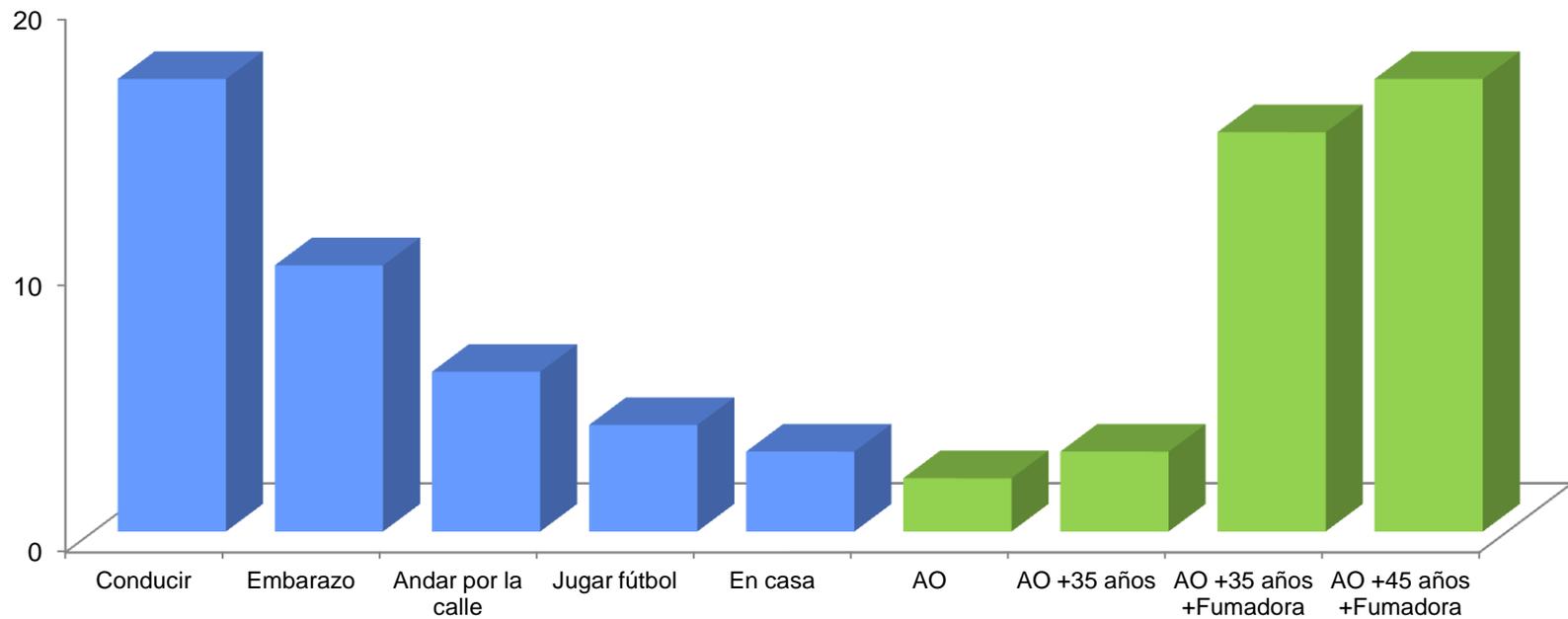
1. Introducción

Factores de riesgo que contraindican ACO combinada

- Hipersensibilidad a cualquiera de los ingredientes activos y los excipientes.
- Trombosis venosa (actual o previa).
- Diabetes mellitus.
- Hipertensión arterial (sistólica ≥ 160 mmHg o Diastólica ≥ 100 mmHg).
- Hábito de fumar (≥ 15 cigarrillos/día).
- Enfermedad hepática.
- Tumores en genitales o mama.
- Sangrado vaginal de origen desconocido.
- Migraña con síntomas neurológicos focales.

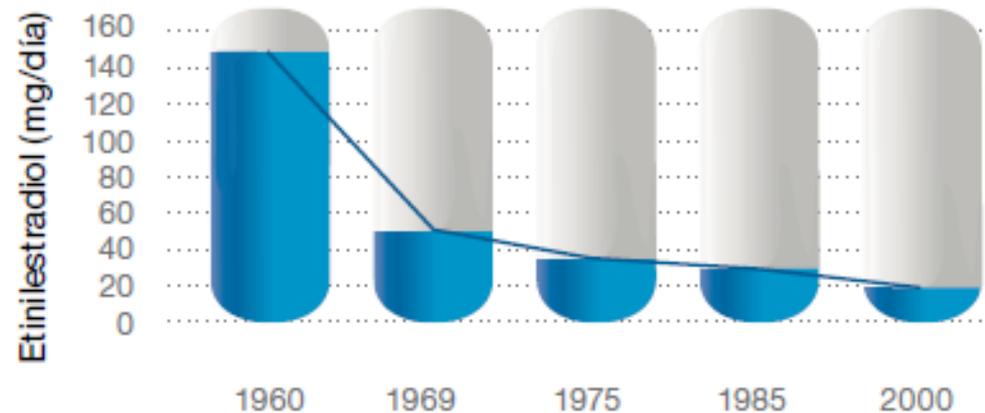
1. Introducción

Mortalidad asociada al uso de ACO sin otros factores



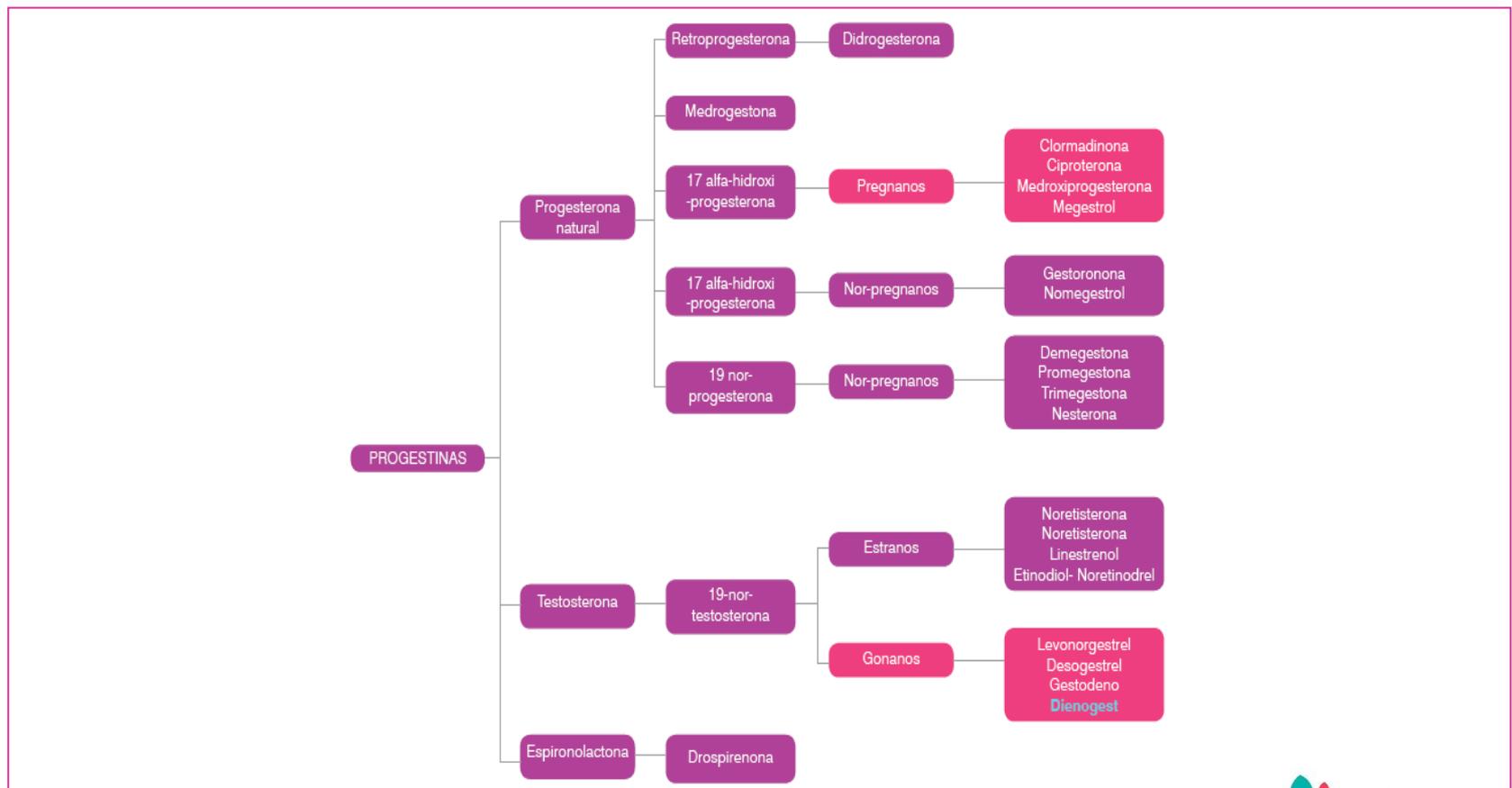
Evolución etinilestradiol

CURVA DE DISMINUCIÓN DE DOSIS DE ETINILESTRADIOL



1. Introducción

Clasificación de gestágenos



Clasificación de gestágenos

- 1ª generación:
 - Acetato de medroxiogesterona
 - Noretindrona
 - Linnestrenol
- 2ª generación:
 - Levonorgestrel
 - Acetato de ciproterona
- 3ª generación:
 - Desogestrel
 - Norgestimato
 - Gestodeno
- 4ª generación:
 - Dienogest
 - Drospirenona

1. Introducción

Preparados ACO combinados actuales

ACETATO DE CIPROTERONA/EE

- Diane 35
 - Gyneplén *
- } 2 mg/35 mcg

LEVONORGESTREL/EE

- Loette *
 - Keriette *
 - Levobel *
 - Linelle *
 - Anaomi *
 - Ovoplex *
 - Microgynon
 - Rigevidon *
 - Triagynon
 - Triciclor
- } 100/20 mcg
- } 150/30 mcg
- } 50/30mcg
- Seasonique (84 +7 comp): CICLO EXTENDIDO



© picture-alliance/dpa

* Financiado SNS

1. Introducción

Preparados ACO combinados actuales

DESOGESTREL/EE

- Bemasive 0.15/0.02 mg
- Suavuret 0.15/0.02 mg
- Microdiol 0.15/0.03 mg
- Gracial 0.025/0.04 mg

NORGESTIMATO/EE

- Edelsin 0.25/0.035 mg *

GESTODENO/EE

- Gestinyl 0.075/ 0.02 mg
- Gynovin 0.075/0.03 mg
- Harmonet 0.075/0.02 mg
- Meliane 0.075/0.02 mg
- **Melodene 0.06/0.015 mg (24+4 comp)**
- Melteva 0.075/0.02 mg
- **Minesse 0.06/0.015 mg (24+4 comp)**
- Minulet 0.075/0.03 mg
- Tevalet 0.075/0.03 mg
- Trigynovin 0.05/0.03 mg
- Triminulet 0.05/0.03 mg

1. Introducción

Preparados ACO combinados actuales

DROSPIRENONA/EE

- Liofora
 - Yasminelle
 - Antinelle
 - Dretinelle
 - Drosbelalle
 - Drosianelle
 - Drosurelle
 - Cleodette
 - Yaz
 - Drosbelalleflex
 - Daylette
 - Drelle
 - Drospil
- 3/0.02 mg
- 24+4

DROSPIRENONA/EE

- Yasmin
 - Yira
 - Dretine
 - Drosbella
 - Drosiane
 - Drosure
 - Antin
- 3/0.03 mg

1. Introducción

Preparados ACO combinados actuales

DIENOGEST/EE

- Sibilla *
 - Cecilia * *
 - Verezana *
 - Ailyn
 - Danielle
 - Donabel
- } 2/0.03 mg

CLORMADINONA/EE

- Balianca
 - Belara
 - Elynor
- } 2/0.03 mg

NOMEGESTROL/EE

- Zoely 2.5/1.5 mg (24+4 comp)

VALERATO DE ESTRADIOL/DIENOGEST

- Qlaira

1. Introducción

Preparados ACO combinados actuales

NORELGESTROMINA/EE

- Evra 6 mg/600 mcg



ETONOGESTREL/EE

- Nuvaring 0.12/0.015 mg



2. Casos clínicos

PACIENTE 1

- Mujer de 28 años, que acude a la consulta por exceso de vello y acné facial. Aunque lo ha tenido desde siempre, cada vez le afecta más.



2. Casos clínicos

Acné e hirsutismo

- Acné e hirsutismo son manifestaciones exceso de andrógenos en sangre o con mayor sensibilidad de los receptores de los tejidos a estas hormonas.
- El acné, prevalencia en adolescencia: 35-90%.
- El hirsutismo aparece en el 5-10% de mujeres en edad reproductiva. Se define por la presencia de pelo terminal en localizaciones en las que habitualmente no se encuentra en la mujer (cara, mejilla o encima del labio).
- Se recomienda combinación de gestágenos antiandrogénicos:

- ACETATO DE CIPROTERONA: no tiene indicación como anticonceptivo.
- DIENOGEST: mayor potencia antiandrogénica
- DROSPIRENONA
- ACETATO DE CLORMADINONA

No
levonorgestrel

3-6 meses

2. Casos clínicos

PACIENTE 2

- Mujer de 18 años con reglas irregulares (cuatro o cinco en un año) desde la menarquia.
- Aumento de vello, especialmente en cara y abdomen.
- Intenta perder peso desde hace años sin conseguirlo a pesar de estar siempre a dieta.



2. Casos clínicos

Síndrome de ovario poliquístico (SOP)

- Endocrinopatía más frecuentes en edad fértil (6-15%).
- Patología compleja con gran heterogeneidad clínica.
- Diagnóstico en adolescencia
- Enfermedad crónica.
- Manifestaciones principales hiperandrogenismo y anovulación crónica.
- Los ovarios pueden presentar aspecto “poliquístico” en ecografía.
- Frecuente que se acompañe de hiperinsulinismo, resistencia a la insulina y obesidad.
- Consecuencias a medio plazo, como infertilidad, y a largo plazo, como síndrome metabólico, y riesgo aumentado de cáncer de endometrio.

2. Casos clínicos

Síndrome de ovario poliquístico (SOP)

- Abordaje multidisciplinario e individualizado, tratamiento a largo plazo variable según distintos períodos de vida de la mujer.
- Los ACO constituyen el tratamiento farmacológico de elección en mujeres con SOP sin deseo genésico.
 - Regulación del ciclo menstrual.
 - Disminución de sangrado abundante asociado a ciclos anovulatorios.
 - Mejora de síntomas de hiperandrogenismo.
 - Protección frente a hiperplasia y cáncer de endometrio.
 - Anticoncepción eficaz.

2. Casos clínicos

Síndrome de ovario poliquístico (SOP)

- Se recomienda combinación de gestágenos antiandrogénicos

- DIENOGEST
- DROSPIRENONA
- ACETATO DE CLORMADINONA

Mínimo 6 meses

2. Casos clínicos

PACIENTE 3

- Mujer de 46 años, refiere aumento de la cantidad de sangre menstrual desde hace unos 6 meses.
- Sus menstruaciones han sido siempre abundantes, pero ahora lo son más. El sangrado le obliga a modificar actividades cotidianas como el vestido o la práctica de ejercicio.



2. Casos clínicos

Sangrado menstrual abundante (SMA)

- Pérdida excesiva de sangre menstrual que interfiere con una actividad física normal, o bien empeora la calidad de vida de la mujer desde un punto de vista emocional o social.
- Entre 8 y el 27 % de mujeres en edad fértil. Más frecuente en la adolescencia y la perimenopausia.
- Descartadas las causas orgánicas, responde alteración en la integridad del eje gonadal con afectación de la ovulación.

CICLO NORMAL	
Intervalo	21-35 días
Duración de sangrado	≤8 días
Cantidad de sangrado	20-80 mL/ciclo

2. Casos clínicos

Sangrado menstrual abundante (SMA)

- Se recomienda ACO con efecto gestagénico potente en endometrio

- DIENOGEST
- DIENOGEST/ VALERATO DE ESTRADIOL
- VALORAR ACO DE CICLO CONTINUO VS EXTENDIDO: FORMULACIONES 24+4 COMP O SEASONIQUE (84+7 COMP).
- EN MUJERES CON CONTRAINDICACIÓN PARA ESTRÓGENOS, VALORAR DIU LEVONORGESTREL VS DESOGESTREL ORAL EN PAUTA CONTINUA

2. Casos clínicos

PACIENTE 4

- Mujer de 39 años, consulta por cuadro de dolor abdominal y pélvico desde mitad de ciclo con exacerbaciones en las menstruaciones, de larga evolución y leve mejorías con antiinflamatorios.



2. Casos clínicos

Dismenorrea

- Dolor agudo o espasmódico en hipogastrio. Puede asociar dolor lumbar.
- Puede empezar una semana antes de la menstruación y empeorar durante ésta.
- Mujeres en edad fértil: 25-60%.
- 1-15% dismenorrea severa.
- Tiende a permanecer toda la vida fértil, si bien disminuye con la edad.
- Es una importante causa de incapacitación laboral, automedicación y consulta.
- ACO de forma cíclica o continua:

- DIENOGEST
- Pautas prolongadas o continuas

2. Casos clínicos

PACIENTE 5

- Mujer de 16 años, traída a la consulta por su madre porque desde la menarquia (14 años) presenta malestar general, labilidad emocional, mastodinia, distensión abdominal, cefalea, náuseas y vómitos precediendo a cada menstruación.
- Desea tratamiento globalmente eficaz y que actúe de modo preventivo.



2. Casos clínicos

Síndrome premenstrual

- Síntomas psicofísicos y emocionales que pueden experimentar las mujeres en cada ciclo, entre la ovulación y el inicio de la menstruación
- Dos requisitos:
 - Carácter cíclico
 - Intensidad suficiente como para alterar la calidad de vida de la paciente.

- DROSPIRENONA/EE 3/0.02 MG
- PAUTA 24+4 COMPRIMIDOS

PAUTAS PROLONGADAS EN ANTICONCEPCIÓN

Un poco de historia...

- El número de menstruaciones que experimentan las mujeres modernas difieren notablemente de los que experimentan las mujeres en comunidades preagrícolas.
- Las mujeres occidentales 3 veces más períodos menstruales.

SOCIEDAD CAZADORA-RECOLECTORA:

- Primera regla: 16 años
- Primer hijo: 19 años
- Lactancia 3-4 años
- Total 6 hijos vivos
- Menopausia 47 años

160
OVULACIONES

MUJER OCCIDENTAL CONTEMPORÁNEA:

- Primera regla: 12 años
- Primer hijo: 24 años
- Lactancia 3 meses
- Total 1-2 hijos
- Menopausia 50 años

450
OVULACIONES

PAUTAS PROLONGADAS EN ANTICONCEPCIÓN

Un poco de historia...

- Incremento en las tasas de cáncer reproductivo entre las mujeres de naciones industrializadas.
- No existe evidencia que sugiera que el ciclo menstrual normal represente algún ritmo inherente al sistema nervioso central que pudiera resultar perjudicial interrumpir.
- Adquisición cultural.

PAUTAS PROLONGADAS EN ANTICONCEPCIÓN

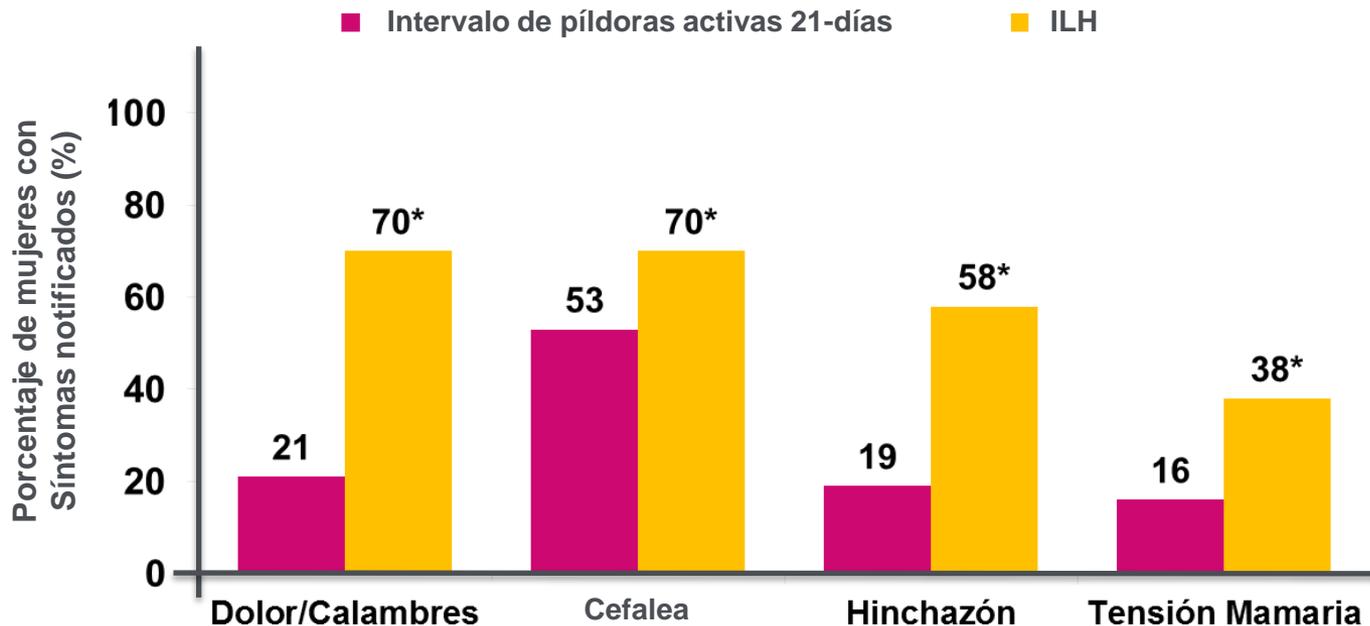
Intervalo libre de hormonas

- En su momento, finales de los años 50 y principios de los 60, la elección del régimen 21/7 respondió a inquietudes psicosociales y culturales y no médicas.
- Inducir ansiedad a la usuaria en la medida que podría significar un embarazo.
- Paso intermedio fue el régimen 24/4
- La pauta prolongada elimina el intervalo libre de hormonas por lo que minimiza el riesgo de embarazo y disminuye los eventos adversos derivados de este período:

- Cefaleas catameniales
- Tensión mamaria
- Dismenorrea
- Cambios de humor
- Síndrome premenstrual
- Y sobre todo la anemia secundaria a reglas copiosas.

PAUTAS PROLONGADAS EN ANTICONCEPCIÓN

Intervalo libre de hormonas



PAUTAS PROLONGADAS EN ANTICONCEPCIÓN

Modificación del intervalo libre de hormonas (ILH)

Objetivos de la modificación del ILH:

- Mejorar la supresión ovárica
- Disminuir el sangrado/manchado
- Minimizar los síntomas por privación

Métodos para alterar el ILH:

- Acortar el número de días del ILH
- Administración prolongada o continua de píldoras activas
- Píldoras para estabilizar el periodo (añadiendo una dosis baja de EE)

PAUTAS PROLONGADAS EN ANTICONCEPCIÓN

Modificación del intervalo libre de hormonas (ILH)

Utilizar cualquier anticonceptivo combinado monofásico vía oral, anillo o parche eliminando el periodo libre de tratamiento

PAUTAS PROLONGADAS EN ANTICONCEPCIÓN

TABLA V
PREPARADOS COMERCIALIZADOS EN PAUTA PROLONGADA Y CONT
(Ninguno Comercializado en España)

COMERCIALIZADO EN
ESPAÑA

Estrógeno	Gestágeno	Pauta	Intervalo libre de hormonas
30 µg EE	150 µg LNG	91 días: 84 días de píldoras activas + 7 días de placebo	7 días
30 µg EE 10 µg EE	150 µg LNG	91 días: 84 días de píldoras activas + 7 días de 10 µg EE	No
20 µg EE	100 µg LNG	91 días: 84 días de píldoras activas + 7 días de 10 µg EE	No
20 µg EE	90 µg LNG	365 días de píldoras activas	No

PAUTAS PROLONGADAS EN ANTICONCEPCIÓN

Presented at the European Board and College of Obstetrics and Gynaecology Meeting (EBCOG 2016)
May 19-21, 2016
Torino, Italy

Cycle Control With an Extended-Regimen Oral Contraceptive Combining Levonorgestrel and Ethinyl Estradiol

Rossella E. Nappi¹; Paloma Lobo Abascal²; Jennifer Hsieh³; Marie-Christine Micheletti⁴

¹Research Center for Reproductive Medicine, Gynecological Endocrinology and Menopause, Department of Obstetrics and Gynaecology, IRCCS San Matteo Foundation, University of Pavia, Pavia, Italy; ²Hospital Universitario Infanta Sofía, San Sebastián de los Reyes, Madrid, Spain; ³Teva Branded Pharmaceutical Products R&D, Inc., West Chester, PA, USA; ⁴Teva Europe Women's Health Medical Affairs, Amsterdam, The Netherlands



Contraception 73 (2006) 229–234

Contraception

Original research article

Safety and efficacy of an extended-regimen oral contraceptive utilizing continuous low-dose ethinyl estradiol

Freedolph D. Anderson^{a,*}, William Gibbons^a, David Portman^b

^aThe Jones Institute for Reproductive Medicine, Eastern Virginia Medical School, Norfolk, VA 23507-1627, USA

^bColumbus Center for Women's Health Research, Columbus, OH 43213-1562, USA

Received 3 May 2005; revised 1 September 2005; accepted 6 September 2005



The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care

ISSN: 1362-5187 (Print) 1473-0782 (Online) Journal homepage: <http://www.tandfonline.com/loi/tejc20>



Contraception 83 (2011) 55–61

Contraception

Original research article

Steady-state pharmacokinetics of an extended-regimen oral contraceptive with continuous estrogen^{☆,☆☆}

Charles E. DiLiberti^a, Christine M. O'Leary^a, Christopher H. Hendy^b, Donald H. Waters^a, Marya B. Margolis^{a,*}

^aTeva Pharmaceutical Industries, Ltd (formerly Barr Laboratories, Inc. which includes the subsidiaries Barr Laboratories, Inc. and Duramed Pharmaceuticals) Horsham, PA 19044, USA

^bNovum Pharmaceutical Research Services, Houston, TX 77042, USA

Received 13 January 2010; revised 25 June 2010; accepted 28 June 2010

Extended regimen combined oral contraception: A review of evolving concepts and acceptance by women and clinicians

Rossella E. Nappi, Andrew M. Kaunitz & Johannes Bitzer

To cite this article: Rossella E. Nappi, Andrew M. Kaunitz & Johannes Bitzer (2015): Extended regimen combined oral contraception: A review of evolving concepts and acceptance by women and clinicians, The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care, DOI: 10.3109/13625187.2015.1107894

To link to this article: <http://dx.doi.org/10.3109/13625187.2015.1107894>

PAUTAS PROLONGADAS EN ANTICONCEPCIÓN

Conclusiones

- Numerosos estudios han demostrado que los regímenes continuados son seguros y efectivos.
- No existe evidencia de riesgo adicional o diferente a los conocidos en las pautas clásicas.
- Cuando se inician se producen manchados y sangrados no programados que disminuyen con el paso del tiempo (generalmente 3 meses, igual que en pautas clásicas).
- La amenorrea favorece el estilo de vida de muchas mujeres.
- Disminuyen los síntomas no deseados derivados del intervalo libre de hormonas.

PAUTAS PROLONGADAS EN ANTICONCEPCIÓN

Conclusiones

- Buena comunicación médico-paciente, una mejor utilización de los ACO, obteniendo todas sus potencialidades.
- No basta con cambios en la actitud de las usuarias.
- Debe modificarse la de los profesionales sanitarios, adquiriendo los conocimientos basados en la evidencia que permitan desechar prejuicios.
- Todo ello en beneficio de la salud de las mujeres.



Muchas gracias



La salud persona a persona

DRA. MARÍA LUISA MANCERA GIRÓN

mluisa.mancera@quironsalud.es