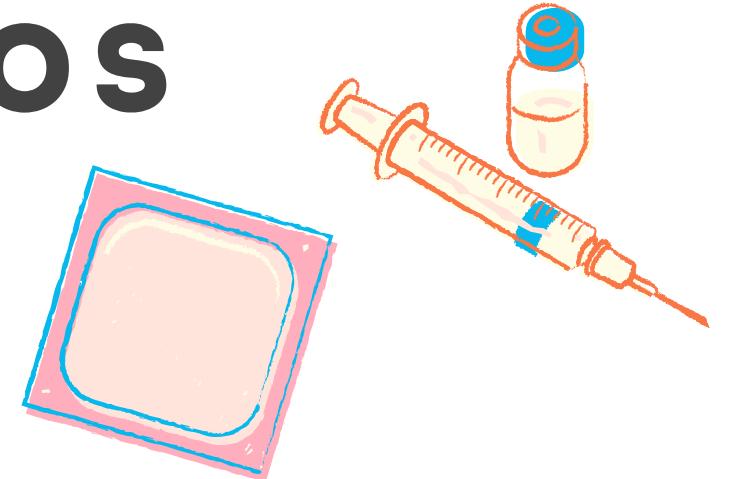


## BENEFICIOS EXTRACONCEPTIVOS DE LOS ANTICONCEPTIVOS HORMONALES



### MÁS ALLÁ DE LA ANTICONCEPCIÓN...

- El beneficio principal de la anticoncepción hormonal (AH), consiste en ayudar a mujeres a planificar y espaciar los embarazos, evitar embarazos no planificados y reducir el número de abortos.
- A este efecto se le añaden beneficios necesarios para mejorar la salud ginecológica o general de la paciente, ya sea para tratar condiciones previas o para prevenir alguna patología o condición adicional individual.
- En los últimos años, se han aprobado algunas indicaciones terapéuticas, especialmente de los anticonceptivos orales combinados (AOC), y otras presentaciones ya que la dosis y tipo del estrógeno y progestina pueden cumplir acciones medicamentosas.

## DISMENORREA PRIMARIA

Uno de los beneficios no anticonceptivos más conocidos y documentados de la píldora es la reducción o eliminación de la dismenorrea primaria. Se ha demostrado que todas las formulaciones de AOC, incluidas las de baja dosis, son eficaces en el alivio de los síntomas de la dismenorrea primaria y sugieren utilizar la terapia durante 3 a 6 meses.

- Una revisión de Cochrane, en 2023, concluye que los AOC son eficaces para tratar la dismenorrea con un nivel de evidencia alto, pero pueden provocar efectos adversos como sangrado irregular, cefalea y náuseas.
- La evidencia disponible sugiere que el uso de AOC podría asociarse con una reducción del ausentismo escolar o laboral relacionado con la dismenorrea.

**EL ANILLO VAGINAL ES IGUAL DE EFICAZ EN EL MANEJO DE DISMENORREA CRÓNICA IDIOPÁTICA QUE LOS AOC.**



## SÍNDROME PREMENSTRUAL

El uso de AOC representa una estrategia terapéutica eficaz y bien fundamentada para el manejo del síndrome premenstrual (SPM).

La evidencia científica revisada sugiere que los AOC, proporcionan una estabilización hormonal, la supresión de la ovulación y la modulación de las vías neuroendocrinas, que se refleja en la reducción de la dismenorrea y la mejora en el estado de ánimo depresivo. Por lo tanto, los AOC se consideran una alternativa superior en casos que buscan simultáneamente anticoncepción y alivio sintomático del SPM, ofreciendo un perfil favorable de eficacia y tolerabilidad a largo plazo en comparación con el uso crónico de AINEs.

**LAS PÍLDORAS DE PROGESTÁGENO SOLO DROSPIRENONA 4 MG Y DESOGESTREL 0,075 MG COMO OPCIÓN PARA EL MANEJO DE LA DISMENORREA LO QUE ABRE NUEVAS POSIBILIDADES PARA EL TRATAMIENTO. ESTUDIOS FUTUROS DEBEN CONFIRMAR DATOS.**



# SÍNDROME PREMENSTRUAL



## LAS PÍLDORAS DE DROSPIRENONA Y ETINILESTRADIOL REGIMEN 24-4

Los AOC de 3 mg drospirenona y 20 µg de etinilestradiol son una nueva generación de anticonceptivos:

1. Reduce la producción de estrógeno y disminuye los niveles de prostaglandinas, vasopresina y oxitocina al inhibir la ovulación. En comparación con el régimen convencional 21/7, el régimen 24/4 produce una mayor inhibición de la ovulación y disminuye el intervalo libre de hormonas.
2. Puede inhibir la proliferación endometrial y reducir la producción de prostaglandinas en el endometrio al inhibir la ovulación.
3. Contiene el progestágeno único drospirenona, que tiene un perfil farmacológico que combina efectos progestágenos, antimineracorticoides y antiandrogénicos y no exhibe ningún efecto estrogénico, androgénico o glucocorticoide, disminuyendo la retención hídrica y de sodio inducida por el estrógeno, así como otras reacciones adversas.



Con base en la evidencia disponible limitada, las Guías de la FSRH recomiendan que los síntomas del SPM pueden mejorarse en mujeres que usan AOC como método anticonceptivo y que se administre en un REGIMEN CONTINUO.

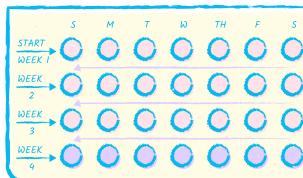
**SE RECOMIENDA EL USO DE ANTICONCEPTIVOS ORALES COMBINADOS PARA EL MANEJO DEL SPM Y TDPM, PREFIRIENDO AQUELLOS QUE CONTENGAN DROSPIRENONA.**

Un estudio sobre las píldoras de progestágeno sólo drospirenona 4 mg y desogestrel 0,075 mg plantea como opción para el manejo de la dismenorrea. Estudios futuros deben confirmar datos.

# SANGRADO MENSTRUAL ABUNDANTE (SMA)

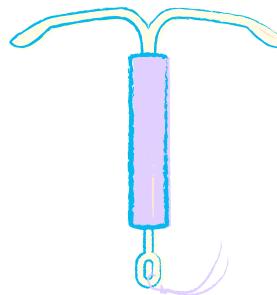
Desde 2007, las Guías del Instituto Nacional de Salud y Excelencia Clínica del Reino Unido (NICE) sobre el sangrado menstrual abundante, indican que los AOC y los progestágenos orales cíclicos se pueden usar para el manejo del SMA, pero generalmente serían de segunda línea, después del sistema intrauterino liberador de levonorgestrel (SIU-LNG)

## AOC



- Los AOC, usados durante seis meses, reducen el SMA entre 12 % a 77 %.
- Los patrones de sangrado mejoran con la administración de anticoncepción continua.
- Actualmente la combinación de valerato de estradiol con dienogest (VE/DNG) es el anticonceptivo oral indicado para el tratamiento del SMA. Su particular régimen cuadrifásico y la potente actividad uterotrópica explica su óptimo control del ciclo y sangrado de suspensión más breve. Además, se observaron mejoras significativas en la hemoglobina, el hematocrito y la ferritina.
- El VE/DNG reduce sustancialmente la abundancia de flujo menstrual con respecto a otros AOC.

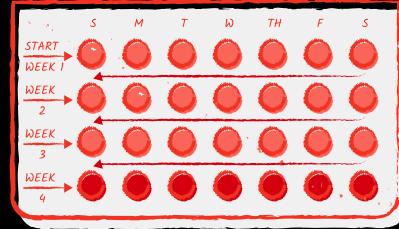
## SIU LNG



- El método anticonceptivo más efectivo para reducir el sangrado menstrual es el SIU-LNG de 52 mg, en caso que la paciente cumpla con los criterios para su colocación..
- Actualmente está aprobado para el tratamiento de la menstruación abundante y se ha demostrado que reduce el sangrado hasta en un 92 %.
- Cochrane, en 2022, realizó una revisión del manejo del SMA, concluyendo que el SIU-LNG es el tratamiento de primera línea para reducir la sangrado menstrual; seguido por los antifibrinolíticos, en el segundo lugar, y los progestágenos de ciclo largo en el tercero.

# ENDOMETRIOSIS

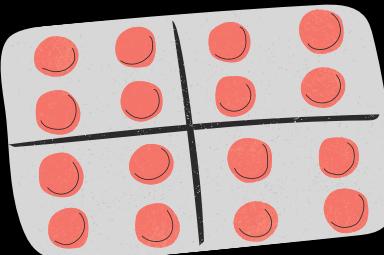
Las Guías NICE de endometriosis y ESHRE indican que la anticoncepción hormonal tiene un papel importante en el manejo de esta patología.



## Anticoncepción hormonal combinada

La evidencia sugiere el uso de AOC de **forma continua** para el tratamiento de la endometriosis y sus síntomas (dismenorrea, dolor pélvico no cíclico y dispareunia).

El uso post-operatorio de AOC redujo el riesgo de recurrencia de la enfermedad. Sin embargo, no hay evidencia suficiente para conclusiones definitivas.



## Píldoras de sólo progestina

Tanto el acetato de noretindrona como el dienogest (DNG), cuentan con aprobación internacional para el tratamiento de la endometriosis y pueden ser mejores que los AOC (menos efectos trombóticos).

El DNG de 2 mg ofrece una alternativa eficaz y tolerable a la cirugía para el manejo a largo plazo de endometriosis.



## Progestinas no orales

El acetato de medroxi-progesterona de depósito demostró su uso seguro. Tanto el SIU-LNG de 52 mg como el implante de etonorgestrel mejoraron significativamente el dolor pélvico, la dismenorrea y la calidad de vida, sin diferencias significativas entre los perfiles de los grupos de tratamiento.

# HIPERANDROGENISMO

Las siguientes propiedades de los AOC, los han consolidado como una alternativa terapéutica de primera línea en el hiperandrogenismo: disminución de la producción ovárica de andrógenos, aumento de la globulina transportadora de hormonas sexuales (SHBG) y reducción de la fracción libre de testosterona.

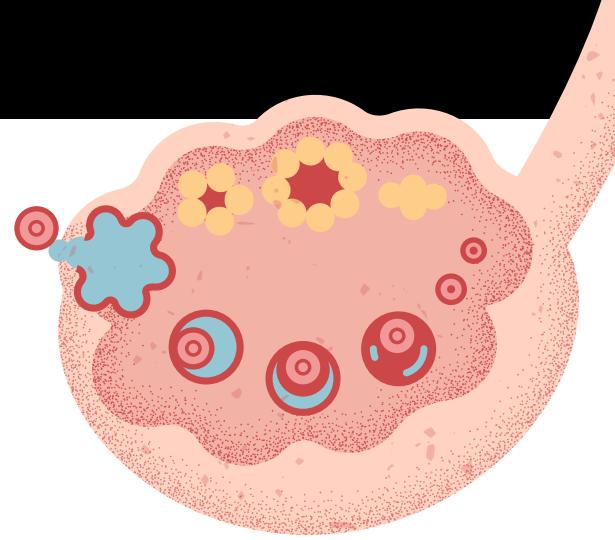
## AOC Y SOP

El hiperandrogenismo, ya sea clínico o bioquímico, es una de las características centrales del Síndrome de Ovarios Poliquísticos (SOP) y parte de sus criterios diagnósticos. Éste es una de las endocrinopatías más frecuentes en mujeres y constituye la principal causa de hiperandrogenismo en edad reproductiva.

Los AOC con progestinas que poseen actividad antiandrogénica directa, serían los de primera línea. Estos son: **el acetato de ciproterona, el acetato de clormadinona, la drospirenona, el dienogest y el acetato de nomegestrol**. Su uso está respaldado por evidencia sólida y forma parte de las buenas prácticas clínicas en el manejo del SOP.

### RECOMENDACIONES EN ESTOS CASOS:

- El acetato de ciproterona/etinilestradiol está autorizado para su uso en el acné moderado a grave, resistente al tratamiento, relacionado con la sensibilidad a los andrógenos y/o hirsutismo, aunque conlleva un pequeño aumento del riesgo de tromboembolismo venoso. Como segunda linea, siguen los AOC con progestinas antiandrogénicas.
- Los AOC son el tratamiento farmacológico de primera línea para la irregularidad menstrual y el hiperandrogenismo, sin ninguna combinación específica recomendada y con preferencia por formulaciones con dosis más bajas de EE.



# BIBLIOGRAFÍA

- Curiel MA. Beneficios no contraceptivos de la anticoncepción hormonal. En: Bajares de Lilue M, González Blanco M, Pizzi La Veglia R, editoras. Consenso: Anticoncepción hormonal. Actualización 2023. Rev Obstet Ginecol Venez. 84(sup 1):128-144. DOI 10.51288/0084S107
- Simpson J. The new FSRH guideline on Combined Hormonal Contraception: how does it change practice? BMJ Sex Reprod Health. 2019;45(2):85. DOI: 10.1136/bmjsrh-2018-200295.
- Tian Y, Zhao Z. Aplicación clínica y evaluación de comprimidos de drospirenona y etinilestradiol (II). Drug Eval. (2017) 14:42–6.
- Becker CM, Bokor A, Heikinheimo O, Horne A, Jansen F, Kiesel L, et al.; ESHRE Endometriosis Guideline Group. ESHRE guideline: endometriosis. Hum Reprod Open. 2022 Feb 26;2022(2):hoac009. doi: 10.1093/hropen/hoac009.
- Teede HJ, Tay CT, Laven JJE, Dokras A, Moran LJ, Piltonen TT, et al. International PCOS Network. Recommendations From the 2023 International Evidence-based Guideline for the Assessment and Management of Polycystic Ovary Syndrome. J Clin Endocrinol Metab. 2023;00:1-23. DOI: 10.1210/clinem/dgad463.
- Leon-Larios, F., et al. (2024). Influence of menstrual pain and symptoms on activities of daily living and work absenteeism: A cross-sectional study. Reproductive Health, 21(1), 25.
- Pedro-Antonio Regidor & Enrico Colli (2022) The progestin-only pills drospirenone 4 mg and desogestrel 0.075 mg as an option for the management of dysmenorrhea and mastodynia, Gynecological Endocrinology, 38:11, 978-982, DOI:10.1080/09513590.2022.2134339
- Bofill Rodriguez M, Dias S, Jordan V, Lethaby A, Lensen SF, Wise MR, et al. Interventions for heavy menstrual bleeding; overview of Cochrane reviews and network meta-analysis. Cochrane Database Syst Rev. 2022; 5(5): CD013180. DOI: 10.1002/14651858.CD013180.pub2.