

## PREGUNTAS FRECUENTES SOBRE ANTICONCEPTIVOS HORMONALES ORALES (AHO) Y NUEVAS FORMAS DE ADMINISTRACIÓN DE ANTICONCEPTIVOS

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 están garantizadas siempre que se tomen de la forma adecuada, lo que quiere decir que, en este campo, el cumplimiento cobra una gran importancia. El farmacéutico, en su práctica profesional, constata los numerosos errores cometidos por las usuarias de anticonceptivos orales, y, con frecuencia, debe resolver las múltiples dudas e inquietudes que aquéllas le plantean. Por esta razón, hemos considerado útil recoger aquí algunas de las cuestiones relacionadas con los AHO y que, ya sea por su frecuencia o por su interés, pueden servir de ayuda al farmacéutico. Por otro lado, la reciente introducción en el mercado de nuevas presentaciones (parche, anillo vaginal, implante subcutáneo) de los anticonceptivos hormonales, está generando numerosas dudas tanto a las usuarias como al farmacéutico dispensador. Con este motivo, incluimos también una descripción de dichas especialidades y de las ventajas reales que suponen frente a los AHO tradicionales.

En este artículo no hemos contemplado las interacciones medicamentosas de los AHO, puesto que este tema fue motivo de un artículo en el Albarello nº4/2002.

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

Los anticonceptivos combinados actúan fundamentalmente inhibiendo la ovulación, lo que se consigue cuando se han tomado siete píldoras consecutivas. Por tanto, aunque estrictamente hablando

los AHO combinados son efectivos desde el primer momento si se toman coincidiendo con el primer día de regla, se recomienda un método no hormonal adicional durante 7 días la primera vez que se utilizan (no en ciclos sucesivos).<sup>(1-5)</sup>

Los anticonceptivos unitarios, con sólo progestágeno, actúan fundamentalmente por espesamiento del moco cervical (a las dosis de progestágeno que contienen, no siempre se inhibe la ovulación). Este efecto se consigue a las 24 horas de la toma, y es máximo a las 48 horas. También se recomienda utilizar un método de refuerzo la primera vez que se emplean.<sup>(1-3)</sup>

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.<sup>(2,3,5)</sup>

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

Antes que nada, es preciso señalar que las instrucciones de los prospectos de los distintos AHO combinados del mercado, las difundidas por las Asociaciones de Planificación Familiar etc., pueden ser contradictorias y, con frecuencia, complicadas e incómodas para las usuarias.

Después de una revisión exhaustiva, hemos llegado a la conclusión de que la llamada "regla de los siete días" para los AHO combinados, es una buena solución de compromiso entre la seguridad y la sencillez/comodidad para la usuaria. Por tanto, sin perjuicio de otras indicaciones diferentes que puedan señalarse en los

prospectos u otras fuentes sobre los anticonceptivos combinados, ante el olvido de una o más píldoras daremos las siguientes instrucciones:

### No deben pasar más de 7 días sin tomar las píldoras. En caso de olvido deben tomarse durante 7 días consecutivos.

- Si no han pasado más de 12 horas desde la última dosis, tomar la píldora en el momento y seguir con la pauta habitual. No hay posibilidad de embarazo, y no es preciso adoptar ninguna medida adicional.
- Si han pasado más de 12 horas desde la última dosis, o si se han olvidado una o más píldoras, se recomienda tomar sólo la última dosis olvidada (dejando las demás en el blíster), 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.

## SUMARIO

Preguntas sobre anticonceptivos hormonales orales. pags. 1 - 4

- 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 asegurar la efectividad del preparado.** <sup>(3,6)</sup>

- En el caso de los AHO unitarios, con sólo progestágeno, si se olvidan una o más píldoras o existe un retraso de más de 3 horas en la toma habitual, se recomienda tomar la píldora en el momento en que se recuerde, y utilizar un método adicional no hormonal durante las 48 horas siguientes. Si se ha producido el olvido o el retraso en la toma y no se ha empleado método de refuerzo, se aconseja hacer una prueba de embarazo a los 15 días del suceso e interrumpir el tratamiento si fuese positiva. <sup>(2,7,8)</sup>

### ¿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. <sup>(8)</sup> Este efecto tiende a disminuir con el tiempo de uso, y es muy raro al cabo de 6 meses. <sup>(9)</sup>

- 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. <sup>(7,9)</sup>

- 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. <sup>(7,9)</sup>

### ¿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 plazo. <sup>(9)</sup>

### ¿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, 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 2ª-3ª semana postparto, para que los estrógenos no interfieran con la estabilización de los procesos de coagulación y fibrinólisis. <sup>(4,5,7,9,10)</sup>

### ¿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. Para suprimirla, habría que continuar con un envase nuevo, sin respetar la preceptiva semana de descanso. 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 preparado. <sup>(9)</sup>

### ¿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 2-4 horas (1, 7, 9) desde la toma de una píldora, se recomendará a la usuaria tomar otra píldora de un envase nuevo (en previsión de estas 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. <sup>(7)</sup>

• Si la usuaria sufre un proceso severo con vómitos o diarrea, sería recomendable suspender la terapia anticonceptiva y reiniciarla con una nueva menstruación <sup>(7)</sup>. 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 <sup>(3)</sup>. También podría recomendarse el uso del anticonceptivo por vía vaginal (a dosis doble en este caso), durante los días que se mantiene el cuadro de vómitos y/o diarrea. <sup>(9)</sup>

### ¿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.

En los casos en que los AHO sean *realmente* los responsables del aumento de peso, 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. <sup>(1,2,7)</sup>

## NUEVAS FORMAS DE ADMINISTRACIÓN

### Parches Evra®

¿Qué es Evra®?

¿Cómo se utilizan los parches?

¿Qué hacer si el parche se despegó total o parcialmente?

¿Qué ventajas 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 ovulación.

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. <sup>(2,11)</sup>

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 despegó 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 trascurren 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 hormonal. <sup>(11)</sup>

La ventaja que ofrecen los parches anticonceptivos Evra® frente a 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 tratamiento. <sup>(12)</sup>

Sin embargo, a igual cumplimiento, los parámetros de eficacia y seguridad son similares en ambos grupos. <sup>(11)</sup>

### 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 15mcg de etinilestradiol (estrógeno) y 120mcg de etonorgestrel (progestagénico). 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 anillo. <sup>(13)</sup>

El efecto anticonceptivo se debe a la inhibición de la ovulación y al aumento de la viscosidad del moco cervical, dificultando así el acceso de los espermatozoides al óvulo. La protección anticonceptiva se alcanza a los 7 días de comenzar a utilizar Nuvaring®, por lo que debe recomendarse utilizar un método de barrer a 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. Después de una semana de descanso se inserta un nuevo anillo. Por ejemplo, si el anillo se inserta un martes a las 22:00h, debe ser retirado el martes tres semanas más tarde, aproximadamente a las 22:00h, 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) y reinsertar se 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

PARCHE	NORELGESTROMINA	ETINILESTRADIOL
Contenido total (1 semana)	6 mg	600mcg
Liberación/24 horas	150mcg	20mcg

no hormonal complementario hasta que el dispositivo permanezca en la vagina durante siete días consecutivos. <sup>(2,13)</sup>

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 ambiente. <sup>(13)</sup>

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 par a la anticoncepción, que por su forma farmacéutica parece favorecer el cumplimiento terapéutico. <sup>(13)</sup>

### Implanon®: anticoncepción a largo plazo

¿Qué es un implante?

¿Qué composición tiene?

¿Cómo se inserta?

¿Qué ventajas presenta frente a los AHO?

En general, un implante es un dispositivo polimérico portador del fármaco que se implanta en el tejido subcutáneo o en distintas cavidades corporales. Tienen utilidad en los casos en los que se requiere la administración prolongada del fármaco durante periodos comprendidos entre días y años. <sup>(14)</sup>

Implanon®, es un implante subcutáneo que 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 vinil-etileno). El mecanismo de liberación se basa en un sistema de membrana controlada. <sup>(15)</sup>

Implanon® es un anticonceptivo parental unitario, es decir, de sólo progestágeno que se administra a vía subcutánea, y cuya eficacia es de 3 años. <sup>(3,15)</sup> Contiene 68 mg de etonorgestrel, metabolito activo del desogestrel, que se va liberan-

do 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.

Los efectos anticonceptivos de Implanon® se producen por inhibición de la ovulación, que se consigue tras el primer día de la inserción, y aumento de la viscosidad del moco cervical.

La inserción de Implanon® 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 min) y sencillo. Sin embargo, presentan cierto riesgo de infección en el lugar del implante, lo cuál puede ser problemático para mujeres diabéticas. <sup>(15)</sup>

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 sólo 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. <sup>(3,7)</sup>

Arantza Viamonte  
Mónica Godino

### BIBLIOGRAFÍA

1. Navarro H, Morera J. Los anticonceptivos orales: criterios de selección, utilización y manejo. *Inf Ter Sist Nac Salud* 1997; 21: 1-10.
2. Hutchinson TA & Shahan DR (Eds): DRUGDEX® System. MICROMEDEX, Greenwood Village, Colorado. Vol. 118 expires [12/2003].
3. Sweetman SC Editor. Martindale. Guía completa de consulta farmacoterapéutica 1ª Ed. Barcelona: Pharma Editores, S.L; 2003.
4. Mtawali G, Pina M, Angle M, Murphy C. El ciclo menstrual y su relación con los métodos anticonceptivos: una guía para capacitadores en salud reproductiva [en línea] PRIME 1998 [citado de 29 de octubre de 2003]. Disponible en: URL: [http://www.intrah.org/PDF/MenCyc\\_SP.pdf](http://www.intrah.org/PDF/MenCyc_SP.pdf).

5. McEvoy GK Editor. AHFS Drug Information. Bethesda: American Society of Health-System Pharmacists; 2002.
6. Korver T, Goorissen E, Guillebaud J. The combined oral contraceptive pill: what advice should we give when tablets are missed?. *British Journal Obstet Gynaecol* 1995; 102: 601-607.
7. Bonacho I. Guía de contracepción. Guías clínicas [en línea] 2002 [citado de 3 de noviembre de 2003]. Disponible en: URL: <http://www.fisterra.com/guias2/anticoncepcion.htm>.
8. El Médico Interactivo. Diario Electrónico de la Sanidad [en línea] nº 892-10 de Enero de 2003 [citado de 15 de octubre de 2003]. Disponible en: URL: <http://www.medynet.com>.
9. Grupo de Trabajo sobre Anticoncepción Oral. Sociedad Española de Contracepción. Manual de Anticoncepción Hormonal Oral [en línea] Madrid 1997 [citado de 11 de noviembre de 2003]. Disponible en: URL: <http://www.sec.es/aho>.
10. Serrano A, Lacal JF, Jiménez F, Lorenzo I, López-Torres J. Utilización de métodos anticonceptivos durante el período de lactancia. *Aten Primaria* 1996; 18(7): 56-64.
11. Evra®. Ficha técnica. Lab Janssen-Cilag Internacional N.V. 2002.
12. Archer DF 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.
13. Nuvaring®. Monografía de producto. N.V. Organon Española, S.A. 2001.
14. Alamo MC. Investigación y desarrollo de nuevos sistemas de administración de medicamentos. En: Santos B, Guerrero MD, Editores. Administración de medicamentos. Teoría y práctica. 1ª Ed. Madrid: Ediciones Díaz de Santos, S.A; 1994. p.321-340.
15. Implanon®. Cuestionario de evaluación técnica para Laboratorios. Lab Organon Española, S.A. 2000.

### Centro de Información de Medicamentos

#### Directora

Maria Puy Pérez

#### Farmacéuticas

Maria Pilar Ardanaz

Eva Armendáriz

Mónica Godino

Arantza Viamonte

#### Teléfonos

948 22 48 05 - 948 22 16 16

#### Fax

948 22 16 16

#### e-mail

[cimna@redfarma.org](mailto:cimna@redfarma.org)

#### Edita:

Colegio Oficial de Farmacéuticos de Navarra. c/ Navas de Tolosa, 19-3º  
31002 PAMPLONA

#### Depósito legal:

NA-569/2003

### Horario del CIM

**Lunes a Viernes:** de 7,30 h. a 14,30 h.  
de 16,30 h. a 19,30 h.

**Sábados:** de 8 h. a 14h.