



**Activa 21<sup>®</sup>**  
Levonorgestrel 0.15mg  
+Ethinilestradiol 0.03mg



Preservativo

# USO DE ANTICONCEPTIVOS Y PERIMENOPAUSIA

El período de la perimenopausia se caracteriza por importantes cambios biológicos, psicológicos y sociales.

Desde el punto de vista reproductivo los cambios experimentados por la mujer en esta etapa incluyen la baja fertilidad, pero aún existe una elevada tasa de embarazos, de abortos espontáneos, y anomalías cromosómicas entre otros.<sup>1</sup>

De cualquier forma, es importante tener una conducta anticonceptiva activa durante la perimenopausia, pues 80% entre los 40 y 44 años aún presenta riesgo de embarazo, además que la gestación en esta etapa implica mayores riesgos.<sup>1</sup>

En las mujeres perimenopáusicas se debe usar un método anticonceptivo eficaz y seguro para tener una transición adecuada desde la anticoncepción hasta la Terapia Hormonal de Reemplazo (THR), siempre evaluando relación Riesgo-Beneficio, tomando en cuenta la prescripción de estos hasta 1 año después de la última menstruación espontánea.<sup>2</sup>

La OMS considera que es mayor el riesgo que se presenta en la mujer teniendo un embarazo a estas edades, que los posibles riesgos por ACO, de tal manera que se autorizó su uso hasta la menopausia.

Y que la edad no contraindica ningún método anticonceptivo, por lo tanto, las opciones de ACO disponibles para mayores de 40 años serán las mismas que para jóvenes, teniendo en consideración solo ciertas situaciones como el tabaquismo.

De preferencia se usarán anticonceptivos con dosis bajas de estrógenos y progestinas con bajo efecto androgénico.

Aprovechando así que en los últimos años se ha visto una disminución de las dosis de estos componentes anticonceptivos, lo que se refleja en menor riesgo.<sup>1,2,3</sup>

### **Anticonceptivos orales combinados:**

Pueden ser utilizados en mujeres de bajo riesgo, sin comorbilidad y en no fumadoras, como prevención al Tromboembolismo Venoso (TEV), siendo demostrado en estudios el bajo riesgo a (TEV); el riesgo aumenta sólo en dosis mayores de 30 mcg de Etinilestradiol (EE), por esto son los ACO apropiados para mujeres mayores a 40 años, reduciendo la brecha de anticoncepción y TRH, así las mujeres al cumplir los 50 no abordan la anticoncepción.<sup>2</sup>

Es indispensable tener en cuenta que la TRH en dosis habituales no suprime las

gonadotropinas ni prevendrá la ovulación, por lo que no se considera una opción anticonceptiva. <sup>1</sup>

Las mujeres y el personal médico pueden usar cualquiera de las alternativas disponibles. La elección va a depender de ciertos factores adicionales a su estado perimenopáusico, siempre teniendo en cuenta la premisa del tratamiento individualizado. <sup>4</sup>

Siendo recomendable prescribir los de menor dosis hormonal posible, como lo son 20-30cg de EE. <sup>1</sup>

### **Anticoncepción Hormonal como tratamiento en insuficiencia ovárica prematura:**

Las mujeres con insuficiencia ovárica prematura (IOP) presentaran más temprano los síntomas que deterioran su calidad de vida. Los estrógenos juegan un papel fundamental en la homeostasis ósea, haciendo perdurar por más tiempo la vida media de los Osteocitos. <sup>5</sup>

El tratamiento tradicional de la IOP consiste en la terapia hormonal con Estradiol y Etinilestradiol, presente en la mayoría de los ACO. <sup>5</sup>

Se analizaron historias clínicas de mujeres con IOP para comparar uso de ACO dosis: (30mcg EE + Levonorgestrel) en forma continua con dosis baja de Terapia Hormonal, (0,625 estrógeno conjugado + medroxiprogesterona) o estradiol continuo E2 (1mg + Noretisterona).

Evaluándose la densidad mineral ósea (DMO) cada 1-2 años, calculándose la diferencia entre los valores de DMO final e inicial, en columna lumbar, fémur total y cuello femoral. <sup>5</sup>

Se analizaron 119 mujeres con IOP, edad promedio de 30-39 años, observándose incremento de la masa ósea (lumbar y fémur) en mujeres con ACO. Con un efecto menor en aquellos con terapia hormonal en altas dosis. <sup>5</sup>

En columna lumbar, las diferencia entre densidad mineral ósea fueron mayores en el grupo de ACO. <sup>5</sup>

Para los estrógenos sintéticos orales, las dosis son tan bajas como 0.02mg/día EE, estos previenen una mayor pérdida de masa ósea cuando se usa desde la prevención. <sup>6</sup>

En contraste con la mayoría de otros informes, se describieron aumento significativo en niveles serios de Fosfatasa

alcalina específica del hueso (Presente en la formación de hueso), después de 3 años, con dosis de 20 mcg de Etinilestradiol y 100mcg de Levonorgestrel, o 30mcg de EE y 150 mcg de LNG en mujeres de 20-35 años. <sup>7</sup>

En general todos los estudios para evaluar el efecto de la administración de estrógenos sobre la masa ósea en mujeres menopáusicas han llegado a conclusiones similares, reduciendo la remodelación ósea y la tasa de pérdida de tejido esquelético. <sup>6</sup>

## Referencias bibliográficas

1. Bucheli R, Noba E. Anticoncepcion Hormonal. Segunda edición 2021. Quito; Imprenta Mariscal Cía. Ltda.
2. Siseles N, De Melo N, De Melo L, Gutiérrez P, Schüle M. Anticoncepcion en la transición a la menopausia.
3. Blümel J, Vallejo M. Anticoncepcion en la premenopausia. Ginecol Obstet Mex. 2020;88 (Supl 1): S109.S120. <https://doi.org/10.24245/gom.v88iSupl1.3846>
4. Zurita J. Anticoncepcion en la perimenopausia. XXVIII Act en Ginecol Obstet. Universidad de Antioquia
5. Gamarra L, Bonacordi C, Yela D, Benetti C. Masa ósea en mujeres con insuficiencia ovárica prematura: un estudio comparativo entre la terapia hormonal y los anticonceptivos orales combinados. Menopause 2020. Jun22. <https://doi.org/10.1097/GME.00001592>
6. Balash J. Sex steroids and bone: Current perspectives. Human Reproduction Update. Vol 9. Nro 3. 207-222. 2003. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmg017>
7. Hermann M, Seibel M. The effects of hormonal contraceptives on bone turnover markers and bone Health. Clinical Endocrinology (2010), 72, 571-583. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2265.2009.03688.x>



Esta publicación ha sido editada por **GENERACION DIGITAL INTEGRAL LATAM S.A.S. (GDI)** y su contenido no es responsabilidad del laboratorio auspiciante. Queda estrictamente prohibida la difusión, distribución o reproducción de este contenido, sin la previa autorización de **GENERACIÓN DIGITAL INTEGRAL LATAM S.A.S.** y el laboratorio auspiciante.

 **FAES FARMA**

**Activa 21<sup>®</sup>**  
Levonorgestrel 0.15mg  
+Etinilestradiol 0.03mg

**X<sup>TREM</sup>**  
Preservativo

Los conceptos y las opiniones expresadas en el presente material corresponden a los autores y no necesariamente reflejan la opinión del laboratorio patrocinador.

Material diseñado con fines educativos y dirigido al cuerpo médico.