



El presente artículo corresponde a un archivo originalmente publicado en el **Boletín del Hospital Clínico para sus graduados en provincia**, actualmente incluido en el historial de **Ars Medica Revista de Ciencias Médicas**. Este tiene el propósito de evidenciar la evolución del contenido y poner a disposición de nuestra audiencia documentos académicos originales que han impulsado nuestra revista actual, sin embargo, no necesariamente representa a la línea editorial de la publicación hoy en día.

NORMAS PARA EL MANEJO DE LA ANTICONCEPCION HORMONAL

Las normas que a continuación se exponen, comprenden los siguientes capítulos:

1. Ficha clínica
2. Criterio de selección de pacientes
3. Indicaciones y contraindicaciones
4. Esquemas de administración
5. Efectos laterales y complicaciones
6. Cierres
7. Control de las pacientes en anticoncepción hormonal
8. Contracepción hormonal parenteral.

1. FICHA CLINICA.

Para el manejo de las pacientes que se someterán o están utilizando anticoncepción hormonal, puede utilizarse cualquier ficha clínica, pero los datos que a continuación se indican no pueden omitirse, pues constituyen la base para el criterio de selección de las pacientes que eventualmente puedan ser sometidas a este tipo de procedimiento anticonceptivo.

1.1. Datos personales

N° observación

Nombre

Domicilio

Edad

Teléfono disponible

Fórmula obstétrica

Edad del cónyuge

Desea nuevo embarazo No

Fecha último parto/aborto.

Si (Fecha
aprox.)

1.2. Anamnesis

1.2.1. Edad de la menarquia

1.2.2. Menstruaciones

1.2.2.1. Frecuencia Cadadías

1.2.2.2. Ritmo Regular Irregular 1.2.2.3. Cantidad Escasa Normal Abundante

1.2.2.4. Fecha 3 últimas menstruaciones:

1.2.2.5. Dismenorrea No Si Moderada Intensiva

1.2.3. Síndrome Premenstrual

1.2.3.1. Cefalea Si No 1.2.3.2. Mastalgias Si No 1.2.3.3. Irritabilidad Si No 1.2.3.4. Edemas Si No

1.2.4. Síndrome Ovulatorio

1.2.4.1. Dolor Si No 1.2.4.2. Spotting Si No 1.2.4.3. Mucorrea Si No

1.2.5. Relaciones Sexuales

1.2.5.1. Frecuencia (cada....días) (...veces por semana)

1.2.5.2. Líbido Normal Ausente 1.2.5.3. Orgasmo Presente Ausente
Ocasional

1.2.6. Anticonceptivos Previos

1.2.6.1. Tipo utilizado

1.2.6.1.1. DIU

1.2.6.1.2. Ritmo

1.2.6.1.3. Otros

1.2.6.2. Comienzo

1.2.6.3. Término

1.2.6.4. Causa de abandono

1.2.7. Enfermedades Ginecológicas

1.2.8. Cauterizaciones

1.2.9. Enfermedades hepáticas

1.2.10. Diabetes

1.2.11. Patología del embarazo

1.2.11.1. Macrosomia

1.2.11.2. Eclampsismo

1.2.11.3. Prurito

1.2.11.4. Ictericia

1.3. Examen Físico

1.3.1. Peso Kgs.

1.3.2. Talla Cms.

1.3.3. Presión arterial mmHg

1.3.4. Cloasma Si No 1.3.5. Acné Si No 1.3.6. Hiperqueratosis Si No

1.3.7. Vello

1.3.7.1. Cara Normal Aumentado 1.3.7.2. Extremidades Normal Aumentado 1.3.7.3. Pubis Normal Aumentado

1.3.8. Mamas

1.3.8.1. Eutróficas

1.3.8.2. Hipotróficas

1.3.8.3. Hipertróficas

1.3.9. Várices

Si No

1.3.10. Genitales externos

1.3.11. Genitales internos

1.3.11.1. Vagina

1.3.11.2. Cuello uterino

1.3.11.3. Cuerpo uterino

1.3.11.4. Anexos

1.3.12. PAP

2. CRITERIO DE SELECCION DE PACIENTES.

El manejo de la anticoncepción hormonal oral debe ser el producto de un proceso de elaboración selectiva que permita su uso sin peligros de efectos laterales indeseados y de complicaciones. Para estos propósitos, debe considerarse :

2.1. Antecedentes personales.

2.1.1. Edad

2.1.2. Antecedentes mórbidos

2.1.2.1. Hipertensión arterial

2.1.2.2. Insuficiencia cardíaca o cardiopatías capaces de provocarla

2.1.2.3. Insuficiencia renal

2.1.2.4. Diabetes mellitus o sacarina

2.1.2.5. Psicopatías

- 2.1.2.6. Enfermedad tromboembólica
- 2.1.2.7. Várices y flebitis
- 2.1.2.8. Discracias sanguíneas
- 2.1.2.9. Ictericias

2.1.3. Antecedentes ginecoobstétricos.

- 2.1.3.1. Actividad sexual
 - 2.1.3.1.1. Estado de la líbido
 - 2.1.3.1.2. Orgasmo, presencia o ausencia o dificultad en lograrlo.
- 2.1.3.2. Características de los ciclos sexuales.
 - 2.1.3.2.1. Oligomenorrea
 - 2.1.3.2.2. Polimenorrea
 - 2.1.3.2.3. Amenorreas
- 2.1.3.3. Características de las menstruaciones.
 - 2.1.3.3.1. Hipomenorrea
 - 2.1.3.3.2. Hipermenorrea
- 2.1.3.4. Síndrome y/o tensión premenstrual.
- 2.1.3.5. Características de los embarazos.
 - 2.1.3.5.1. Número de embarazos
 - 2.1.3.5.2. Fluctuaciones del peso durante el embarazo.
 - 2.1.3.5.3. Presencia o no de edemas durante embarazos
 - 2.1.3.5.4. Presencia o no de cloasma y su intensidad
 - 2.1.3.5.5. Presencia de ictericia y/o prurito durante embarazos
- 2.1.3.6. Mastopatías cíclicas médicas
- 2.1.3.7. Tolerancia a anticoncepción hormonal previa.

2.2. Examen Físico

- 2.2.1. Peso corporal
- 2.2.2. Presión arterial
- 2.2.3. Presencia de várices o varicocidades
- 2.2.4. Presencia de pigmentaciones cutáneas
- 2.2.5. Estado de las mamas
 - 2.2.5.1. Hipertrofia mamaria
 - 2.2.5.2. Hipotrofia mamaria
 - 2.2.5.3. Mastoplasia o dolor en mamas
 - 2.2.5.4. Adenosis mamaria
 - 2.2.5.5. Fibroadenoma mamario
- 2.2.6. Presencia de acné
- 2.2.7. Presencia de hirsutismo

2.3. Antecedentes Familiares.

- 2.3.1. Hipertensión arterial
- 2.3.2. Diabetes mellitus o sacarina
- 2.3.3. Ictericia y/o prurito de embarazo
- 2.3.4. Ictericia y/o prurito de anticoncepción hormonal.

3. INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES.

3.1. Elementos clínicos que hacen recomendable la anticoncepción hormonal.

- 3.1.1. Polimenorrea (2.1.3.2.2.)
- 3.1.2. Hipermenorrea (2.1.3.3.2.)
- 3.1.3. Mastopatía cíclicas médicas (2.1.3.6.)
(2.2.5.3.) (2.2.5.4.)
- 3.1.4. Delgadez (2.2.1)
- 3.1.5. Astenia e hipotensión (2.2.2.)

3.2. Elementos clínicos que constituyen contraindicación de anticoncepción hormonal.

- 3.2.1. Antecedentes mórbidos señalados en números 2.1.2.1. a 2.1.2.8.
- 3.2.2. Ictericia, como antecedente, si ha ocurrido en embarazo (2.1.3.5.5.), o si ha sido de carácter hepatocelular; la ictericia obstructiva no constituye contraindicación, siempre que se haya corregido la obstrucción; si no se dispone de antecedentes suficientes que permitan hacer esta distinción, se recomienda abstenerse de su indicación.
- 3.2.3. Examen físico
 - 3.2.3.1. Sobrepeso (2.2.1.)
 - 3.2.3.2. Hipertensión arterial (2.2.2.)
 - 3.2.3.3. Presencia de várices (2.2.3.)
 - 3.2.3.4. Presencia de pigmentación cutánea intensa (2.2.4.)
 - 3.2.3.5. Hipertrofia mamaria (2.2.5.1.)
 - 3.2.3.6. Acné (2.2.6.)
 - 3.2.3.7. Hirsutismo (2.2.7.)

3.3. Antecedentes familiares señalados en números 2.3.1. a 2.3.4. aún cuando no constituyen contraindicación obligan a tenerlos presentes frente a síntomas o signos que sugieran su presencia (cefaleas, poliuria, polidipsia, prurito, orinas oscuras, etc.) y que de confirmarse constituyen contraindicación de su uso.

3.4. Elementos clínicos que imponen control estricto y pueden determinar reemplazo de la anticoncepción hormonal por otro procedimiento.

- 3.4.1. Disminución o pérdida de la libido (2.1.3.1.1.)
 - 3.4.2. Disminución o desaparición del orgasmo (2.1.3.1.2.)
 - 3.4.3. Oligomenorrea (2.1.3.2.1.)
 - 3.4.4. Amenorrea (2.1.3.2.3.)
 - 3.4.5. Síndrome y/o tensión premenstrual (2.1.3.4.)
 - 3.4.6. Aparición de cloasma (2.1.3.5.4.)
 - 3.4.7. Edemas (2.1.3.5.3.)
 - 3.4.8. Exageración del peso corporal (2.1.3.5.2.)
 - 3.4.9. Aparición de acné (2.2.6.)
 - 3.4.10. Aparición de hirsutismo (2.2.7.)
 - 3.4.11. Aparición de hipertensión arterial (2.2.2.)
 - 3.4.12. Aparición de síndrome diabético (poliuria, po lidipsia, poligafia, glucosuria) (2.1.2.4.)
 - 3.4.13. Aparición de fenómenos psicopáticos (nerviosis mo, cambios de carácter, crisis histeriformes, neuropáticas, etc.) (2.1.2.5.)
 - 3.4.14. Aparición de fenómenos sugerentes de tromboem**bolismo** (calambres musculares, dolor y edemas de extremidades inferiores, migraña o cefaleas persistentes, dolor torácico de comienzo brusco, desgarró hemoptoico, transtornos visuales, etc.) (2.1.2.6.)
 - 3.4.15. Aparición de ictericia y/o prurito (2.1.2.9).
- 3.5. Recomendaciones para la mujer que está sometida a anticoncepción hormonal y que será intervenida quirúrgicamente: suspensión de suministro anticonceptivo desde seis semanas antes de la intervención y seis semanas después de ella.

4. ESQUEMAS DE ADMINISTRACION.

4.1. Píldora diaria.

Los anticonceptivos hormonales orales de que se dispone actualmente, están constituidos fundamentalmente por tabletas que contienen un estrógeno y un progestágeno, es decir, constituyen el tipo de terapia anticonceptiva denominada "combinada".

El empleo de las píldoras anticonceptivas se hace siguiendo las siguientes normas : En el primer ciclo, se administra la tableta a partir del quinto día, considerando como primero, el primer día de sangramiento menstrual. En cada ciclo, se utilizan 21 tabletas, a razón de 1 tableta diariamente. La hora más oportuna de su administración es la que corresponde al momento en que la usuaria se acuesta para su reposo nocturno. Aquellas personas que tienen jornada de trabajo nocturno deben tomar la tableta en el momento de comenzar el reposo diurno. En todo caso, debe insistirse en adquirir el hábito de tomar la tableta todos los días a la misma hora. Si involuntariamente, por olvido, se ha omitido una tableta, debe tomarse tan pronto como se percate de ello, salvo que esto ocurra al momento que corresponde a una nueva ingestión; en tal caso, se toma solamente la tableta que corresponde al día, omitiendo la olvidada del día anterior.

El día de la semana más recomendable para comenzar a ingerir las tabletas es el día viernes, pues en esta forma, no habrá sangramientos genitales ningún día sábado ni domingo.

Al término de la ingestión de las 21 tabletas, (si se ha empezado un día viernes corresponderá un día jueves), se descansan 7 días (hasta el día jueves siguiente inclusive) y se reinicia un nuevo ciclo de suministro de tabletas. Con este esquema, se mantiene

la regularidad de la píldora durante 21 días alternando con un período de descanso de 21 días.

El comenzar a administrar las píldoras al día quinto del sangramiento genital en los ciclos que siguen al primero, no permite la regularidad mencionada, pues el día de aparición de la hemorragia genital puede cambiar en cada ciclo.

La regularidad en la administración de la píldora además de permitir crear con mayor posibilidad el hábito de la ingestión de la terapia anticonceptiva, tiene la ventaja de que frente a un sangramiento genital abundante y prolongado, lo que puede ocurrir especialmente durante los primeros meses de administración, se constituye en el procedimiento que hace posible cohibir la pérdida sanguínea.

4.2. Ampolla mensual.

La anticoncepción hormonal con la administración de una ampolla mensual conteniendo la mezcla anticonceptiva se practica aplicando la inyección, en forma intramuscular, 5 a 8 días después del primero de la menstruación. Con la variación, se pretende remedar la longitud de los ciclos previos, ya que en general, el sangramiento genital aparece alrededor de 20 a 22 días después de inyectada la mezcla anticonceptiva.

4.3. Píldora mensual.

La píldora mensual, aún no disponible para uso clínico y que contiene la mezcla anticonceptiva, se administra entre los días 20 y 24 del ciclo, dada la diferente metabolización de su componente progestágeno.

5. EFFECTOS LATERALES Y COMPLICACIONES

Las tabletas pueden provocar manifestaciones subjetivas de intolerancia gástrica, consistentes en náuseas y aún vómitos, de duración variable, que pasan espontáneamente después de algunos días. Estas molestias son otra justificación para la ingestión de las tabletas en el momento de comenzar el reposo, sea nocturno o diurno según el caso, pues en esta forma se minimizan. En caso que la intolerancia sea de tal intensidad que provoque resistencia a su uso y/o amenaza de abandono del procedimiento, las tabletas pueden administrarse acompañadas de un antiácido o alcalino (tipo bicarbonato, papellitos alcalinos, etc.). Pero es preciso insistir en que estas molestias cesan espontáneamente después de alguno o de algunos ciclos.

En el párrafo 3.4., aparece el listado de elementos clínicos y las circunstancias que pueden determinar el reemplazo de la anticoncepción hormonal por otro procedimiento. En general, todas las complicaciones a que dá origen la terapia anticonceptiva hormonal, se tratan con la suspensión de la administración de la sustancia anticonceptiva como primer paso, debiendo adicionarse medidas complementarias según las diferentes manifestaciones que deben ser motivo de control y de tratamiento directamente por el médico.

Durante la ingestión de tabletas pueden aparecer sangramientos genitales, sean de tipo hemorrágico (hemorragia intermenstrual) o goteo (spotting). Estas, como las manifestaciones de intolerancia gástrica, cesan espontáneamente en los ciclos siguientes. Según su intensidad y/o tolerancia, puede ser necesario prescribir algunas indicaciones terapéuticas. En primer lugar, no debe suspenderse la administración de sustancia anticonceptiva, por este motivo, durante el transcurso de un ciclo. Esta

determinación según intensidad y/o tolerancia, debe adoptarse al término del ciclo. Con este predicamento, se obtiene, por un lado, que el ciclo sea completo, lo que adquiere su verdadera dimensión y valor cuando se practica una evaluación de número y seguimiento de ciclos; por otra parte, se evita la aparición de un sangramiento genital intenso que es lo que precisamente ha provocado el fenómeno en discusión, como consecuencia de la privación hormonal brusca y prematura. Se puede combatir el sangramiento intermenstrual elevando la dosis (duplicando y aún triplicando la administración) de las mismas tabletas anti-conceptivas durante 3 o 5 días, teniendo la precaución de completar el ciclo en marcha con la dosis habitual. Debe insistirse en que estas complicaciones desaparecen después de algunos ciclos.

Para los esquemas con ampolla y píldora mensual, valen todas las consideraciones acerca de efectos laterales y complicaciones que se han señalado para la píldora diaria.

6. CIERRES DURANTE TRATAMIENTO ANTICONCEPTIVO HORMONAL.

6.1. Cierres relevantes.

- 6.1.1. Embarazo accidental. Debe considerarse como tal toda concepción ocurrida durante el uso de un procedimiento anticonceptivo.
- 6.1.2. Suspensión por razones médicas. Incluye toda suspensión de la terapia hormonal anticonceptiva, debido a molestias que puedan relacionarse con su administración. (3.4.).

6.2. Cierres no relevantes.

- 6.2.1. Suspensión por razones médicas, derivadas de aparición de condiciones intercurrentes que no se relacionen con el uso de la anticoncepción hormonal, u otras razones médicas (3.5.)
- 6.2.2. Suspensión por planeamiento de un nuevo embarazo.
- 6.2.3. Suspensión por razones personales, diferentes a las señaladas en párrafos anteriores, y aquella indicada a solicitud de la usuaria o de su pareja sin explicación.
- 6.2.4. Suspensión por decisión médica, incluye a la suspensión en casos en que se desee realizar un examen en una mujer no sometida a la influencia hormonal o un cambio de esquema, o un cambio de método y que no se deban a razones médicas. Esto es especialmente corriente en casos de trabajo de investigación.
- 6.2.5. Cierre por no continuación de seguimiento. Incluye toda mujer cuya observación no es continuada, aunque se sabe que continúa bajo el uso del esquema de anticonceptivos prescrito, como es el caso de aquellas mujeres que son enviadas para continuar su control a otra clínica. Debe incluirse en este caso aquellas mujeres que mueren por causa no relacionada con el tratamiento a que están sometidas, (accidentes, por ejemplo).
- 6.2.6. Cierre por pérdida de seguimiento o cierre por inasistencia. Incluye a toda mujer que se ha retrasado tres o más meses de un control programado y de la cual no se ha tenido información por teléfono, correo o visita domiciliaria.

7. CONTROLES.

Los controles a que debe someterse la usuaria a un procedimiento hormonal anticonceptivo deben realizarse de acuerdo con las siguientes normas :

7.1. Citaciones.

- 7.1.1. 1a. citación - después de la 1a. menstruación que aparece al comenzar un esquema anticonceptivo.
- 7.1.2. 2a. citación - a los tres meses de comenzar el esquema anticonceptivo.
- 7.1.3. 3a. citación - a los seis meses de comenzar el esquema anticonceptivo.
- 7.1.4. 4a. citación - a los doce meses de comenzar el esquema anticonceptivo.

En esta forma, durante el primer año se efectúan cuatro controles, además de las consultas necesarias para indicar el procedimiento anticonceptivo hormonal.

- 7.1.5. A partir del término del 1er. año, los controles pueden efectuarse cada seis meses con indicación bien precisa, que la usuaria debe concurrir a control en caso de que aparezcan algunos de los elementos clínicos que pueden determinar reemplazo de la anticoncepción hormonal por otro procedimiento y que están señalados anteriormente. (3.4.).

7.2. Control clínico.

Además de los datos habituales de todo control médico, debe dejarse expresa constancia de los siguientes puntos :

7.2.1. Fecha

7.2.2. Anamnesis.

- 7.2.2.1. Estado anímico - Habitual
 Depresión Euforia
- 7.2.2.2. Estado de fuerzas - Habitual
 Astenia Euforia
- 7.2.2.3. Cefalea - Si No
- 7.2.2.4. Náuseas - Si No
- 7.2.2.5. Mareos - Si No
- 7.2.2.6. Somnolencia - Si No
- 7.2.2.7. Líbido - Normal Ausente
- 7.2.2.8. Orgasmo - Presente Ausente
 Ocasional
- 7.2.2.9. Mastalgias - Si No
- 7.2.2.10 Dolores abdominales - Si No
- 7.2.2.11 Prurito - Si No

7.2.3. Examen físico

- 7.2.3.1. Peso Kgs.
- 7.2.3.2. Presión arterial mmHg.
- 7.2.3.3. Galactorrea
- 7.2.3.4. Cloasma
- 7.2.3.5. Várices
- 7.2.3.6. Hepatomegalia Si No

8. CONTRACEPCION HORMONAL PARENTERAL.

- 8.1. De uso mensual. Se regirán por las normas de la contracepción hormonal oral.
- 8.2. De depósito. Los contraceptivos inyectables de depósito actualmente en uso están constituidos por pro - gestágenos puros, de los que se inyectan a dosis e intervalos variables según diferentes esquemas.

En general, se pueden aplicar las mismas indicaciones, contraindicaciones y recomendaciones de manejo dadas para los otros tipos de contracepción hormonal. Sin embargo, hay algunas recomendaciones particulares, que inciden especialmente en la selección de pacientes a usarlos.

Deben reservarse solamente para aquellas mujeres que no desean tener nuevos embarazos, o sea, para aque - llas que no pueden considerarse en planificación fa - miliar, sino que estiman que su función reproductiva está terminada. Según esta consideración, deberían reservarse para mujeres sobre 40 años. Debe adver - tírseles la posibilidad de establecimiento de amenorrea, que de seguir las normas expuestas en el párrafo anterior, no requiere tratamiento.