



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.

V. Capítulo

EFFECTOS COLATERALES DE LA TERAPIA ANTICONCEPTIVAHORMONAL

Comparando los efectos colaterales más consistentes con signos y síntomas que ocurran durante períodos fisiológicos de exceso o deficiencia endógena de excreción, se elabora una clasificación etiológica de ellos de acuerdo al supuesto tipo de desequilibrio endocrino.

Desequilibrio

Sintomatología

- | | |
|--------------------------|---|
| - Exceso estrogénico: | <ol style="list-style-type: none"> 1. - molestias gastrointestinales: náuseas. 2. - retención de líquidos: edema, aumento de peso, cefalea, <u>mas</u> <u>tal</u> <u>gia</u>, hipertensión, <u>sindro</u> <u>me</u> <u>del</u> <u>tunel</u> <u>carpeal</u>. 3. - efectos sobre estructuras <u>sen</u> <u>sibles</u> <u>a</u> <u>estrógenos</u>: <u>mioma</u> <u>u</u> <u>terino</u>; <u>adenosis</u> <u>mamaria</u>; <u>cloas</u> <u>ma</u>. |
| - Déficit estrogénico : | <ol style="list-style-type: none"> 1. - bochornos 2. - efectos sobre estructuras <u>sen</u> <u>sibles</u> <u>a</u> <u>estrógenos</u>: <u>atrofia</u> <u>vulvo</u>-<u>vaginal</u>; <u>dispareunia</u>. |
| - Exceso progesterónico: | <ol style="list-style-type: none"> 1. - aumento del apetito y de peso 2. - fatigabilidad, depresión. 3. - disminución de la libido. |

Estos últimos tienden a aumentar con los tratamientos prolongados, y son especialmente intensos con las preparaciones que contienen dosis masivas de progestágenos potentes. Algunos

efectos laterales, tales como la cefalea, las hemorragias intermenstruales, de cualquier tipo y la amenorrea, pueden tener causas múltiples, en que se combinan o alternan las condiciones de exceso o déficit estrogénico o progesterónico.

El extremo polimorfismo desplegado por algunos efectos colaterales y la respuesta divergente de las usuarias o productos idénticos, han llevado a algunos autores a considerar dichos efectos como de origen psicológico.

Si es correcta la suposición del papel del desequilibrio endocrino en la génesis de algunos efectos laterales, es evidente que debe obtenerse algún alivio al cambiar de preparación. Aquéllos debido a exceso de estrógenos, disminuyen usando una preparación menos estrogénica y aquéllos por exceso de progestágenos, con una preparación que tenga menos acción en este sentido. La experiencia clínica demuestra que es posible eliminar o minimizar los efectos laterales utilizando las preparaciones que tengan el efecto adecuado a los síntomas a corregir. En este sentido es de interés la clasificación de los anticonceptivos orales de acuerdo a su potencial total, que han realizado algunos autores (Mears, Handbook of Oral Contraception 1965, London, Churchill; Ostergaard, Act. Gynec. Scand. 48:57. 1969; Dickey and Dorr, Obst. and Gynec. 33:273. 1969; Brit. Méd. J. 1:690. 1968) que sigue a continuación.

Anticonceptivos Orales Clasificados según potencia total.-

<u>Potencia total</u>	<u>Productos</u>
Fuerte progestágeno y débil estrogénico	- Anovlar - Gynovlar - Norlestrin - Norinyl 1
Débil progestágeno y débil estrogénico	- Volidan

Potencial totalProductos

Fuerte progestágeno y fuerte estrogénico

- Lindión
- Noraciclina
- Ovulen
- Ortho-novum
- Nuvacon

Débil progestágeno y fuertes estrogénico

- Enavid
- Conavid

Fuerte Estrogénico

- Sequens
- Serial 28

A continuación, analizaremos en detalle algunos de los efectos colaterales más frecuentes o llamativos.

1.- Aumento de peso.-

Se describe esta situación, sobrepasando los 5 Kgs. en un 16% de las usuarias, pero en general sobre pasa el 45%, siendo el efecto más frecuente. Puede deberse precozmente y al iniciarse en forma brusca a retención de líquidos, lo que ocurre en un tercio o en la mitad de los casos y es más evidente en mujeres que acusan retención premenstrual o en mujeres que engordan mucho con los embarazos. Su corrección se obtiene con el uso de diuréticos suaves o con la reducción de dosis de progestágenos.

Se describe aumento del apetito en un 43%, el que podría relacionarse con el efecto anabólico de los preparados. El aumento del apetito conduce a un aumento del régimen alimenticio, que a su vez condiciona el aumento de peso, el que es más intenso en mujeres que inician el tratamiento anticonceptivo con sobrepeso. El régimen de alimentación aumentado podría estar en relación con el hecho

que muchas usuarias no se cuidan o lo exageran, porque esperan subir de peso; otras, porque el aumento de peso lo atribuirán a las tabletas, finalmente, habrá mujeres que en realidad aumentan o no limitan la ingesta, porque se sienten mejor. No obstante las explicaciones dadas para el aumento de peso, debe tenerse presente, que durante la vida sexual activa, es decir, durante el período en que se establece la terapia anticonceptiva hormonal, se asiste, por término medio, a un aumento de peso que fluctúa en 500 gramos al año, lo que no es un elemento despreciable en terapia que se mantendrán durante el período largo de uso.

Se ha descrito, reducción de peso con la terapia oral en aquellas mujeres que han ido aumentando de peso a consecuencia de repetidos embarazos, que con el tratamiento anticonceptivo se han evitado. (Cl. Obst. and Gynec. 11: 716-733 (Sept. 1968).

2.- Modificaciones en la libido.-

Son variables y difíciles de estudiar. Se ha descrito su aumento en la literatura en proporciones que varían entre el 1,4 y el 50%, lo que indudablemente está indicando la variabilidad de la respuesta.

Por otro lado, la disminución de la libido se ha concentrado en el 25%. Se ha descrito esta disminución en algunos casos en los ciclos iniciales de tratamiento, y se ha encontrado que el esquema secuencial es beneficioso si se persiste la alteración, después de haberse eliminado causales, domésticas, etc. Se ha relacionado la disminución de la libido especialmente con el uso de grandes dosis de progestágenos.

3.- Cloasma.-

Es frecuente, describiéndose en un 29%. De éstos, el 87% tuvieron manifestaciones similares durante embarazos. Se

presenta indistintamente con terapia combinada o secuencial.

A diferencia del cloasma del embarazo, tiene resistencia a desaparecer al suspenderse la medicación.

4.- Hipertensión arterial.-

Constituye una limitación para el uso de las terapias combinada y secuencial.

Como mecanismo etiopatogénico de ella, se ha postulado:

- a) la concentración plasmática del sustrato renina puede elevarse en usuarias de anticonceptivos hormonales de 2 a 5 veces en relación a controles;
- b) la renina se eleva así como sucede durante el embarazo, bajo administración de estrógenos y de progestágenos. Estos cambios pueden observarse también en mujeres bajo tratamiento anticonceptivo hormonal que no son hipertensas.
- c) insistiendo siempre en la alteración del mecanismo renina-angiotensina-aldosterona, la secreción de ésta se eleva durante el embarazo, así como durante la anticoncepción hormonal. aún cuando se administre bajo una dieta con alta ingestión de cloruro de sodio.

Debe insistirse que no todas las usuarias llegan a ser hipertensas, lo que supone que a la terapia hormonal se agregan como factores etiopatogénicos otros que combinados con la terapia provocan la elevación de las cifras tensionales.

Como conducta práctica, frente a este problema es recomendable:

- a) investigar la presión antes de indicar y administrar terapia anticonceptiva hormonal.

- b) si se comprueba hipertensión arterial, evitar su uso.
- c) si durante el tratamiento anticonceptivo hormonal, se comprueba aparición de cifras tensionales elevadas, suspender su uso.
(Brit. Med. J. 2:378 (May 16, 1970))

5.- Síndrome del túnel carpeal.-

Consiste en la aparición de sensación de enfriamiento, dolor, punzada y prurito, alternando con sensación de quemadura paroxística, a lo largo de la distribución anatómica del nervio mediano. Al examen, se aprecia hipostesia a lo largo del trayecto del mediano, debilidad y atrofia de los músculos de la eminencia tenar y dolor a nivel de la zona en que el nervio mediano pasa del antebrazo a la mano, es decir, en la muñeca. Hay evidencias clínicas de retención de líquidos, especialmente en forma premenstrual. Al suspender la terapia, regresa todo, menos la atrofia muscular; al reestablecer la terapia, el cuadro se reinstala. Este síndrome puede hacer su aparición desde el primer ciclo de terapia anticonceptiva, siendo el promedio antes de efectuar la consulta, 45.2 ciclos. La irrecuperabilidad de la atrofia muscular hace imperativa su busca orientada.

Como etiopatogenia del síndrome se ha postulado la retención líquida, que provocaría edema de la zona de paso del mediano bajo el túnel osteofibroso del carpo y determinaría la compresión del nervio. La retención líquida es evidenciada por el aumento de peso, presente en el 32.2 % de las pacientes. Es el componente estrogénico al que se ha atribuido la retención líquida, ya que la progesterona se comporta como natriurética,

Se sugiere que pacientes con síndrome premenstrual intenso o con tendencia a ganar de peso fácilmente, o aquellas

en cuyos embarazos el peso aumenta en forma exagerada, eviten terapia hormonal anticonceptiva que contenga estrógenos, restringiendo sal y líquidos especialmente durante la segunda mitad del ciclo y si aún persisten edemas, usen diuréticos.

(Amer. J. Obst. Gynec. 107:1265-1267 (Aug.15. 1970)

6.- Normas generales.-

Conviene advertir a las usuarias que no habrá efectos laterales, o que a lo más serán muy tenues y transitorios. Es preciso establecer la relación entre la terapia y los efectos laterales que se describen, para lo cual es indispensable que éstos no se hayan presentado anteriormente, que las mujeres los refieran espontáneamente, no después de interrogatorio dirigido, que persistan mientras se administra la terapia o por lo menos en su comienzo, que desaparezcan al suprimirla o suspenderla, que no exista otra causal para su aparición.

Una vez aparecido un efecto lateral, se hace necesario distinguir si es real o imaginario, si es inducido o coïncidente, lo que se ve favorecido con el análisis recién mencionado.

Referencias:

- 1) Pernik J.A.M.A. 199: 601-605 (Feb.27 1967)
- 2) Kennin y Col. Arch. Int. Med. 123: 362-365 (April 1969)
- 3) Meses y Col. Brit. Med. J. 2: 75-79 (July 14 1962)