

Endocrinología **Ginecológica**: Claves para la práctica en la actualidad

Compiladoras

María Patricia Hormaza Ángel

Laura Isabel Jaramillo Jaramillo



618.1
H812

Hormaza Ángel, María Patricia, Jaramillo Jaramillo, Laura Isabel, Compiladoras / Endocrinología Ginecológica: Claves para la práctica en la actualidad / María Patricia Hormaza Ángel, Laura Isabel Jaramillo Jaramillo, Compiladoras -- Medellín: UPB, 2024
317 p.; 16,5x23,5 cm.
ISBN: 978-628-500-147-5

1. Endocrinología – 2. Ginecología – 3. Ciclo Menstrual – 4. Síndrome del Ovario Poliquístico – 5. Endometriosis – 6. Disfunciones Sexuales Psicológicas

CO-MdUPB / spa / rda
SCDD 21 / Cutter-Sanborn

© Varios autores
© Editorial Universidad Pontificia Bolivariana
Vigilada Mineducación

Endocrinología Ginecológica: Claves para la práctica en la actualidad

ISBN: 978-628-500-147-5 (versión digital)
Primera edición, 2024
Escuela Ciencias de la Salud

Gran Canciller UPB y Arzobispo de Medellín: Mons. Ricardo Tobón Restrepo

Rector General: Padre Diego Marulanda Díaz

Vicerrector Académico: Álvaro Gómez Fernández

Decano de la Escuela de Ciencias de la Salud y Director de la Facultad de Medicina: Marco Antonio González Agudelo

Coordinadora (e) Editorial: Maricela Gómez Vargas

Producción: Ana Milena Gómez Correa

Corrección de Estilo: Alexis Arbey Ramírez López

Diagramación: María Isabel Arango Franco

Imagen portada: Shutterstock 2231112609

Dirección Editorial:

Editorial Universidad Pontificia Bolivariana, 2024

Correo electrónico: editorial@upb.edu.co

www.upb.edu.co

Medellín - Colombia

Radicado: 2314-18-06-24

Prohibida la reproducción total o parcial, en cualquier medio o para cualquier propósito sin la autorización escrita de la Editorial Universidad Pontificia Bolivariana.



Enfoque de la anticoncepción hormonal

Elizabeth Cataño Muñoz

Médica, Especialista en Ginecología y Obstetricia de la Universidad Pontificia Bolivariana.

Mónica Restrepo Moreno

Médica, Especialista en Ginecología y Obstetricia de la Universidad Pontificia Bolivariana. Especialista en cirugía endoscópica ginecológica Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud.

Laura Isabel Jaramillo Jaramillo

Médica, Especialista en Ginecología y Obstetricia de la Universidad Pontificia Bolivariana. Unidad Ginecología Hospital Pablo Tobón Uribe. Unidad Maternoinfantil Clínica Universitaria Bolivariana.

Introducción

El tema de la anticoncepción hormonal y no hormonal es un reto para la práctica clínica diaria, ya que cada método diferente tiene sus propias particularidades, ventajas y desventajas que hacen que se deba realizar una selección precisa de la paciente para poder garantizar eficacia y adaptación al método. A continuación se presenta un breve resumen de los métodos anticonceptivos hormonales, así como de sus características, con el fin de poner a la mano del lector algunas herramientas que le permitan tomar decisiones a la hora de asesorar a una paciente.

Así mismo, se abordan algunas situaciones particulares en las cuales se debe ser más selectivo para el momento de la elección anticonceptiva como en migraña, epilepsia y otras condiciones frecuentes en la práctica clínica.



■ Generalidades

Abordar el tema de la autonomía reproductiva se hace fundamental cuando se está hablando de enfoque anticonceptivo, es un derecho de las mujeres que les permite decidir si desean o no concebir una gestación y, por tanto, si desean postergar un embarazo por cualquier motivo; para lo cual se dispone en la actualidad de una gran variedad de métodos anticonceptivos¹. Estos buscan evitar la fecundación y, en consecuencia, un embarazo, lo cual se logra a través de diferentes mecanismos que se expondrán más adelante en el presente capítulo².

El ginecólogo y, en general, el personal de salud, se enfrentan diariamente a la consulta con enfoque en planificación familiar y anticoncepción, la cual supone un reto importante, ya que se requiere hacer un enfoque personalizado, buscando una mejor adherencia y adaptabilidad de la paciente al método anticonceptivo elegido².

■ Anticonceptivos de tipo hormonal

Característicamente este tipo de métodos anticonceptivos tiene la capacidad de impedir la concepción a través de su efecto sobre el eje hipotálamo-hipófisis-ovario, no obstante, no solamente son anovulatorios, sino que también tienen efectos no anovulatorios, pero anticonceptivos, como espesar el moco cervical e impedir el ascenso de espermatozoides³.

De acuerdo con su composición, estos pueden ser de solo progestágenos o combinados, que adicional a este incluyen también estrógenos. Por otra parte, existen diferentes vías de administración para los anticonceptivos de tipo hormonal que son³:

- Orales.
- Inyectables.
- Dérmicos.
- Subdérmicos.
- Vaginales.
- Intrauterinos.

■ Anticonceptivos de tipo no hormonal

Dentro de estos se tiene una amplia gama de posibilidades, todos se caracterizan porque su mecanismo anticonceptivo no está basado en inhibición de la ovulación, ya que no tienen ningún efecto sobre el eje. Dentro de estos se tienen³:

- Anticonceptivos de barrera (preservativo masculino, preservativo femenino, diafragma).
- Dispositivos intrauterinos no hormonales (T de cobre, T de oro).
- Anticoncepción quirúrgica tanto femenina como masculina.
- Anticonceptivos químicos (cremas, esponjas, óvulos, tabletas).

En este capítulo no se abordarán más detalles de este tipo de métodos, ya que se tiene como objetivo enfatizar en los de tipo hormonal.

■ Compuestos hormonales

A continuación, se llevará a cabo una revisión corta de los diferentes compuestos hormonales específicos disponibles más frecuentemente y sus características particulares, si bien existen muchos otros compuestos, se salen del objetivo de este capítulo y se invita al lector a revisar la bibliografía referenciada para ampliar el tema.

■ Compuestos progestágenos

Ciproterona: es el de mayor capacidad anti-androgénica, adicionalmente, progestágena, anti-gonadotrópica, anti-estrogénica y glucocorticoide, pero nada de anti-mineralcorticoide⁴.

Dienogest: después de la ciproterona, es el de mayor capacidad anti-androgénica, tiene propiedades progestágenas, anti-gonadotrópicas y parcialmente anti-estrogénicas y estrogénicas. Se considera una molécula híbrida, ya que tiene propiedades de la 19-nortestosterona y de la progesterona⁴.

Drospirenona: es el que sigue en capacidad anti-androgénica, característicamente tiene actividad anti-mineralcorticoide, lo que es algo particular entre el resto de



los compuestos. Una de las principales utilidades de este es que se ubica dentro de las primeras alternativas de tratamiento en el síndrome disfórico premenstrual^{4,5}.

Clormadinona: es un compuesto con capacidad anti-androgénica que se expresa en forma de glucuronidos a nivel renal. Además de lo mencionado, también tiene propiedades progestágenas, anti-gonadotrópicas y glucocorticoides, pero carece de actividad anti-mineralcorticoide⁴.

Nomegestrol: se sintetizó desde la década de los 80's, siendo un derivado de la 19-nor progesterona, con un comportamiento de agonista total del receptor de progesterona, pero superando su afinidad, la cual es del 125%⁶.

Levonorgestrel: tiene una rápida absorción y biodisponibilidad, es importante resaltar que genera una disminución en la globulina fijadora de esteroides sexuales (SHBG por su sigla en inglés) del 50%. Carece de actividad anti-androgénica, glucocorticoide y anti-mineralcorticoide⁴. Tiene propiedad progestágena, anti-gonadotrópica y anti-estrogénica.

■ Compuestos estrogénicos

A continuación, se listan los compuestos estrogénicos más comúnmente empleados dentro de los preparados hormonales, es de resaltar que el etinilestradiol es el más comúnmente prescrito en la actualidad y se caracteriza por ser un estrógeno artificial de alta potencia y con una vida media larga⁷.

- Etinilestradiol.
- Valerato de estradiol.
- Enantato de estradiol.
- Cipionato de estradio.
- 17b Estradiol.
- Estradiol hemihidrato.

■ Dispositivos intrauterinos

Los dispositivos intrauterinos se constituyen como alternativas de planificación familiar con una eficacia del 99%. Cuando se habla de este tipo de métodos se

tienen dos posibilidades, los dispositivos o sistemas liberadores de levonorgestrel y los dispositivos no hormonales³.

Para la inserción del dispositivo es necesario tener en cuenta que, si se inserta en los primeros siete días del inicio del sangrado menstrual, no requiere protección anticonceptiva adicional. Por otra parte, si se inserta en el periodo posterior a esto, se requerirán al menos siete días de protección anticonceptiva⁸.

Los primeros son dispositivos que tienen un sistema liberador de levonorgestrel con diferentes cantidades, en el mercado se dispone del Mirena[®] (52 mg – duración 7 años), Jaydess[®] (13,5 mg – duración 3 años) y Kyleena[®] (19,5 mg – duración 5 años), el Mirena es el único que tiene indicación dual, no solamente para anticoncepción, sino que además es empleado para el manejo de hemorragia uterina anormal.

Se aclara que se mencionan los nombres comerciales, ya que son las únicas formas existentes en el mercado actualmente en nuestro país, no se tiene ningún conflicto de interés con el laboratorio⁹.

■ Anticonceptivos inyectables de solo progesterona

La inyección intramuscular de acetato de medroxiprogesterona (AMDP) ha sido un punto controversial en el campo de la anticoncepción, este compuesto ejerce un efecto inhibitorio gonadotrópico que deriva en la anovulación de la paciente⁹. La discusión que se genera alrededor de este tipo de método anticonceptivo, se origina en el efecto gonadotrópico mencionado, más específicamente su acción sobre el pico de la hormona luteinizante que conlleva a un hipoestrogenismo, estado que es bien conocido por favorecer la resorción ósea; no obstante, esta pérdida ósea tiene un pico estimado a los dos años, pero lo más importante es que se considera que es casi totalmente reversible¹⁰.

■ Anticonceptivos orales de solo progestágeno

Se caracterizan, como su nombre lo indica, porque su único componente es un progestágeno. Cuando se inician dentro de un plazo de cinco días después del sangrado menstrual no se requiere protección anticonceptiva adicional¹⁰. Es



importante educar a las pacientes en que tienen un margen de error estrecho, por lo que no se deben omitir tomas y se deben tratar de administrar en el mismo horario, cuando se omite una píldora más de tres horas se debe tomar inmediatamente se pueda y emplear protección adicional.

Tabla 1. Anticonceptivos de solo progestágeno.

Vía	Componente	Importante
Intramuscular	Acetato de medroxiprogesterona 150 mg/3 ml	Especial para maternas en periodo del puerperio, dado a que no interrumpen la lactancia materna.
Subcutánea	Acetato medroxiprogesterona 104 mg/0,65 mL	
Subdérmico	Etonogestrel 68 mg	No garantizan la regularidad y pueden generar sangrado intermenstrual.
	Levonorgestrel 150 mg	
Intrauterino	Levonorgestrel 13,6 mg	Tiene una duración de 5 años Libera 8 mcg/h
	Levonorgestrel 19,5 mg	Tiene una duración de 3 años Libera 12,6 mcg/h.
	Levonorgestrel 52 mg	Tiene una duración de 7 años. Libera.
Oral	Drospirenona 3mg	Útil en pacientes en periodo del puerperio.
	Dienogest 2mg	Específico para el manejo de endometriosis, no tiene aprobación como anticonceptivo.

Fuente: Elaboración propia de los autores.

Anticonceptivos hormonales combinados

Estos anticonceptivos se componen de una combinación de estrógeno con progestágeno. Los más empleados son los anticonceptivos orales, no obstante, también se tiene el anillo vaginal, los inyectables combinados y el parche transdérmico⁸.

Para el parche, anillo vaginal y los anticonceptivos orales combinados, es necesario resaltar que cuando se inician dentro de un plazo de cinco días después del sangrado menstrual no se requiere protección anticonceptiva adicional⁸.

Tabla 2. Anticonceptivos hormonales combinados.

Vía	Componente	
Oral microdosis	Etinilestradiol 35 mcg	Ciproterona 2 mg (17 ^a -hidroxiprogesterona)
		Etinilestradiol 30 mcg
	Etinilestradiol 30 mcg	Ciproterona 2mg (17 ^a -hidroxiprogesterona)
		Dienogest 2mg (19 nortestosterona)
		Drospirenona 3mg (Testosterona)
		Clormadinona 2mg (17 ^a -hidroxiprogesterona)
		Levonorgestrel 150 mg
		Desogestrel 150 mg
Gestodeno 75 mg		
Oral baja dosis	Etinilestradiol 20 mcg	Ciproterona 2 mg (17 ^a -hidroxiprogesterona)
		Dienogest 2 mg (19 nortestosterona)
		Drospirenona 3 mg (Testosterona)
		Clormadinona 2 mg (17 ^a -hidroxiprogesterona)
		Levonorgestrel 100 mg
		Levonorgestrel 90 mg
		Desogestrel 150 mg
		Gestodeno 75 mg
Oral ultra baja dosis	Etinilestradiol 15 mcg	Gestodeno 60 mg



Vía	Componente	
Oral	Estradiol hemihidrato 1,5 mg	Dienogest 2 mg (19 nortestosterona)
Oral	Valerato de Estradiol	Dienogest (19 nortestosterona)
Oral	17b Estradiol 1,5 mg	Nomegestrol 2,5 mg (17 ^a -hidroxiprogesterona)
Oral	17b Estradiol 1,5 mg	Drospirenona 2 mg (Testosterona)
Intramuscular	Valerato de Estradiol 5 mg	Noretisterona 50 mg
	Cipionato de Estradiol 5 mg	Medroxiprogesterona 25 mg
	Enantato de Estradiol 10 mg	Dihidroxi progesterona 150 mg
Anillo vaginal	Etinilestradiol 3,474 mg	Etonorgestrel 11 mg
	Etinilestradiol 2,7 mg	Etonorgestrel 11,7 mg
Transdérmico	Etinilestradiol 20 mcg	Norelgestromina 15 mcg

Fuente: Elaboración propia de los autores.

■ Anticonceptivos orales combinados

Las píldoras de anticonceptivos orales combinados se componen como su nombre lo indica, por estrógenos y progestágenos, anteriormente en este capítulo se mencionaron los compuestos disponibles y, en la Tabla 2, se pueden evidenciar las combinaciones de estos. Su mecanismo de acción está dado por las acciones hormonales sobre el eje hipotálamo-hipófisis-ovario; de igual manera, producen atrofia folicular, atrofia endometrial, espesamiento del moco cervical y alteración en la motilidad tubárica¹¹.

■ Anillo vaginal

Este dispositivo de inserción vaginal por la paciente es un anillo flexible que se compone de etinilestradiol y etonorgestrel; se encarga de la inhibición de la ovulación, engrosamiento del moco cervical y alteración en la motilidad tubárica. Cuando se inserta en un plazo de cinco días del sangrado menstrual no se requiere de protección adicional, pero cuando se inserta posterior a esto, si se

hace necesario emplear un método adicional por siete días⁸. Una característica importante es que este puede retirarse durante las relaciones sexuales por un tiempo que debe ser menor a tres horas, no obstante, el mismo puede dejarse en su posición durante las relaciones sexuales sin inconvenientes¹².

■ Parche transdérmico

Es un parche cuya composición se basa en anticoncepción hormonal combinada, específicamente con etinilestradiol y norelgestromina, que libera constantemente el preparado hormonal, evitando así el desarrollo de picos estrogénicos. Una ventaja de este es que evita el metabolismo hepático de primer paso. La duración de cada parche es de una semana, se debe cambiar el mismo día de cada semana por tres semanas y posterior a esto se espera una semana, similar a los regímenes de píldoras de 21 días con descanso¹³.

■ Implantes subdérmicos

Los implantes subdérmicos hormonales se componen de un sistema con una eficacia del 99% que es liberador de solo progestina. En el medio actual, se puede encontrar Implanon[®] (68 mg de etonorgestrel – 1 barra) y del Jadelle[®] o Sino-Implant[®] (75 mg levonorgestrel – 2 barras)⁹. Cuando se inserta en un plazo de siete días del sangrado menstrual no se requiere de protección adicional, pero cuando se inserta posterior a esto, si se hace necesario emplear un método adicional por siete días⁹. El mecanismo anticonceptivo incluye un engrosamiento del moco cervical, adelgazamiento endometrial e inhibición de la ovulación. Es importante saber que a través de este método no se puede garantizar regularidad del ciclo menstrual y se pueden presentar sangrados irregulares⁹.

■ Anticoncepción en situaciones especiales

Anticoncepción y migraña

Debido al riesgo establecido de enfermedad vascular en las pacientes con migraña y al riesgo de evento cerebrovascular en pacientes con condiciones especiales usuarias de anticonceptivos orales, surge la preocupación de su uso en pacientes



con migraña; por tal motivo, diferentes sociedades han establecido sugerencias al respecto. No obstante, no hay una recomendación única y absoluta sobre el uso de anticonceptivos orales en pacientes con migraña. En aquellas pacientes con migraña sin aura, debido a que esta no está establecida como un factor de riesgo para un evento cerebrovascular, no se tienen restricciones particulares frente al uso de anticonceptivos orales, más aún si es una paciente sin comorbilidades ni factores de riesgo adicionales. Por otro lado, en la migraña con aura se prefieren otras alternativas antes que los anticonceptivos orales, y se contraindica si, adicionalmente, tiene factores de riesgo vasculares o trombofilias congénitas o adquiridas. Dentro de los factores de riesgo adicionales que se consideran se encuentran¹⁴:

- Edad > 35 años.
- Enfermedad cardíaca isquémica.
- Enfermedad cardíaca con potencial embólico.
- Diabetes mellitus.
- Historia familiar de enfermedad arterial.
- Hiperlipidemia.
- Hipertensión.
- Obesidad (IMC > 30 kg/m²).
- Tabaquismo.
- Enfermedad sistémica asociada con evento cerebrovascular (anemia de células falciformes, enfermedades del tejido conectivo).

Anticoncepción hormonal en la adolescencia

El panorama actual de la práctica clínica ginecológica en la paciente adolescente en muchas ocasiones se enfrenta al panorama de iniciar anticoncepción hormonal, sea por el objetivo de la planificación familiar o como terapia farmacológica a diferentes irregularidades menstruales que se pueden presentar en esta etapa vital de la mujer, derivado de la inmadurez del eje hipotálamo-hipófisis-ovario. Es importante resaltar que se debe educar a la población en dejar diferentes tabúes que se tienen respecto a este tema, haciendo énfasis en dos preceptos importantes, el primero es que la anticoncepción no promueve una vida sexual más temprana o desordenada; el segundo, que contrario a lo anterior, la anticoncepción es un importante mecanismo para prevenir embarazos de alto riesgo y no deseados. Por lo anterior, en la consulta ginecológica es fundamental garantizar la conserjería y se deben eliminar las barreras para acceder a la anticoncepción cuando esta se requiere⁹.

Los DIU son opciones seguras y efectivas para la anticoncepción en la adolescente, dada su efectividad y fácil adherencia al método. De igual manera, una ventaja adicional que otorga este método anticonceptivo es que puede llevar a reducción del sangrado menstrual y la presencia de dismenorrea en la paciente adolescente, derivada, como se mencionó anteriormente, en algunas ocasiones por inmadurez del eje⁹.

La inyección intramuscular de medroxiprogesterona en la actualidad aún supone un punto álgido de controversias, debido a los efectos potenciales ya mencionados en este capítulo sobre la DMO. Si bien es un método de fácil adherencia en las pacientes, no se debe olvidar que puede generar sangrado intermenstrual, lo que en muchas ocasiones puede ser molesto para la paciente^{9,15,16}.

Los implantes subdérmicos a través de su liberación de progestágeno logran su eficacia anticonceptiva, no obstante, al igual que la inyección intramuscular, no garantiza regularidad en el ciclo menstrual y pueden generar sangrado intermenstrual, una pequeña ganancia de peso o acné⁹.

Finalmente, los anticonceptivos orales combinados son una alternativa frecuente en la población adolescente, principalmente por que pueden dar regularidad y, adicionalmente, aquellos que tienen beneficios antiandrogénicos son los más empleados por dicha causa⁹.

Anticoncepción y Epilepsia

En la consulta ginecológica es fundamental considerar las patologías crónicas que pueda tener la paciente y, por tanto, potencialmente se requiera de un enfoque particular al momento de definir la anticoncepción, específicamente en la paciente con epilepsia se hace necesario tener en cuenta dos aspectos cruciales: la eficacia anticonvulsiva y la eficacia anticonceptiva¹⁷.

En este tipo de pacientes, se tiene un riesgo adicional cuando se va a enfrentar a un embarazo, en consecuencia, abordar la eficacia anticonceptiva es un aspecto clave para garantizar la prevención de un embarazo no buscado. Los fármacos anticonvulsivantes tienen la capacidad de actuar como inductores hepáticos, acelerando así el metabolismo y como consecuencia pueden afectar la unión de los esteroides sexuales a las proteínas séricas; derivado de lo anterior, se puede alterar la eficacia anticonceptiva¹⁷.



No todos los medicamentos antiepilépticos tienen la capacidad de alterar el metabolismo hepático, dentro de los medicamentos antiepilépticos considerados más potentes como inductores se encuentran la carbamazepina, fenobarbital y fenitoína. A continuación, se presenta un resumen de los medicamentos inductores y las opciones anticonceptivas para las usuarias de dichos medicamentos¹⁷.

Tabla 3. Efecto inductor de los antiepilépticos y método anticonceptivo recomendado.

Grado de inducción	Fuerte	Débil	No inductor
Fármacos	Fenobarbital Fenitoína Carbamazepina	Topiramato Lamotrigina Clobazam	Ácido valproico Clonazepam Levetiracetam
Alternativas anticonceptivas	DIU* SIU* Progesterona de depósito	DIU* SIU* Implantes subdérmicos de progestina	DIU* SIU* Implantes subdérmicos de progestina Parches transdérmicos Anillos vaginales Anticonceptivos orales

Fuente: Elaboración propia de los autores.

Nota: *DIU: Dispositivos intrauterinos (T de cobre, T de oro); SIU: sistemas intrauterinos (dispositivos liberadores de levonorgestrel).

Además del potencial efecto que puede generar el medicamento antiepiléptico sobre la eficacia anticonceptiva, también es necesario tener en cuenta el efecto del metabolismo de los anticonceptivos sobre los medicamentos antiepilépticos, quienes, a su vez, a través de alteraciones enzimáticas potencialmente conllevan a una disminución de los medicamentos antiepilépticos de hasta 20-40% en algunas ocasiones. Nuevamente se invita al lector a remitirse a la tabla 1 para analizar las combinaciones de anticonceptivo/antiepiléptico más seguras¹⁸.

Anticoncepción y obesidad

En la paciente con obesidad se debe tener en cuenta que esta es un factor de riesgo independiente para el desarrollo de enfermedad tromboembólica, por tanto, es

necesario tener en cuenta este y otros potenciales factores de riesgo que pueda tener la paciente para decidir el método anticonceptivo hormonal a emplear¹⁹.

Otro punto para tener en cuenta en la paciente con obesidad es que algunos de los métodos se pueden ver afectados en cuanto a eficacia anticonceptiva, debido a la condición de la paciente²⁰.

Anticoncepción y endometriosis

Debido a que la endometriosis es una enfermedad crónica y hormonal, su principal manejo es con medicamentos hormonales, todos ellos con efecto anticonceptivo²¹. Los ACOS, los sistemas intrauterinos con Levonorgestrel y las progestinas han demostrado mejorar los síntomas de la endometriosis, en especial cuando inducen amenorrea. Sin embargo, se ha identificado que, aunque mejoren los síntomas, no todos estos medicamentos evitan la progresión de la enfermedad. Por lo anterior, antes de elegir un método anticonceptivo para este grupo de pacientes se debe tener en cuenta que sea uno que cumpla los dos papeles^{22,23}.

En algunos estudios se demostró que pacientes tratados con ACOS por dismenorrea, desarrollaron lesiones de endometriosis profunda durante su uso²⁴. Además, pacientes sometidas a cistectomía de ovario por endometriomas y tratadas posteriormente con dispositivo Levonorgestrel tuvieron recurrencia en el seguimiento²¹.

El Dienogest es el medicamento más estudiado y ha demostrado evitar la progresión de la endometriosis²². Aunque hay evidencia de que este tiene la capacidad de inhibir la ovulación y, por tanto, la plausibilidad fisiológica de actuar como anticonceptivo aún no ha sido probado para este fin, por lo que deberían usarse en conjunto con un método de barrera²⁵. Se espera que en un futuro cercano se pueda contar con la aprobación del Dienogest como anticonceptivo o con estudios de nuevas progestinas que eviten la progresión de la Endometriosis.

■ Conclusión

El abordaje del tema de anticoncepción hormonal y no hormonal no puede ser resumido en un algoritmo o en un capítulo, la consejería y decisión de la anticoncepción es un tema dinámico que depende de las características



específicas de cada paciente. Es necesario hacer un interrogatorio detallado, identificar necesidades y preferencias que permitan la selección de un método ideal para la paciente.

■ Referencias bibliográficas

1. World Health Organization, Reproductive Health and Research. Selected Practice Recommendations for Contraceptive Use [Internet]. 3rd edition. Geneva: WHO; 2005 [citado 16/09/2023]. Disponible en: www.who.int/reproductive-health
2. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos. OMS, Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas. 3a edition. 2018.
3. Ministerio Nacional de Salud. Métodos Anticonceptivos. Guía práctica para profesionales de la salud. Buenos Aires. 2014.
4. Schindler AE, Campagnoli C, Druckmann R, Huber J, Pasqualini JR, Swcheppe KW, et al. Classification and pharmacology of progestins. *Maturitas*. 2003;46 Suppl 1:S7-S16.
5. Lopez LM, Kaptein AA, Helmerhorst FM. Oral contraceptives containing drospirenone for premenstrual syndrome. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;(2):CD006586.
6. Nelson AL. An update on new orally administered contraceptives for women. *Expert Opin. Pharmacother*. 2015;16(18):1-14.
7. Vasquez D, Ospino AM. Anticonceptivos orales combinados. *Ginecol Obstet Mex*. 2020;88(Supl 1):S13-S31.
8. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos. 3ª ed. 2018.
9. Todd N, Black A. Contraception for Adolescents. *J Clin Res Pediatr Endocrinol*. 2020;12(1):28-40.
10. Khosla S, Oursler MJ, Monroe DG. Estrogen and the skeleton. *Trends Endocrinol Metab*. 2012; 23(11): 576-581.
11. Foidart JM, Wuttke W, Bouw GM, Geringer C, Heithecker R. A comparative investigation of contraceptive reliability cycle control and tolerance of two monophonic oral contraceptives containing either drospirenone or desogestrel. *Our J Contract Reproduce Health Care Off J Our Soc Contract*. 2000;5(2):124-34
12. Kerns J, Darney PD. Contraception: Hormonal contraceptive vaginal rings. In: Schreiber CA, editor. *UpToDate*. 2023.
13. Burkman RT. Contraception: Transdermal contraceptive patches. In: Schreiber CA, editor. *UpToDate*. 2023.

14. Sacco S, Ricci S, Degan D, Carolei A. Migraine in women: the role of hormones and their impact on vascular diseases. *J Headache Pain*. 2012;13:1777-189.
15. Davis AR, Westhoff C, O'Connell K, Gallagher N. Oral contraceptives for dysmenorrhea in adolescent girls: a randomized trial. *Obstet Gynecol*. 2005;106:97.
16. Committee on Adolescent Health Care. Committee Opinion No 699: Adolescent Pregnancy, Contraception, and Sexual Activity. *Obstet Gynecol*. 2017;129(5):e142-e149.
17. Voinescu PE, Pennell PB. Delivery of a Personalized Treatment Approach to Women with Epilepsy. *Semin Neurol*. 2017;37(6):611-623.
18. Harden C, Lu C. Epilepsy in Pregnancy. *Neurol Clin*. 2019;37(1):53-62.
19. Cipriani S, Todisco T, Scavello I, Di Stasi V, Maseroli E, Vignozzi L. Obesity and hormonal contraception: an overview and a clinician's practical guide. *Eat Weight Disord*. 2020;25(5):1129-1140.
20. Simmons KB, Edelman AB. Hormonal contraception and obesity. *Fertil Steril*. 2016;106(6):1282-1288.
21. Chen I, Veth VB, Choudhry AJ, Murji A, Zackhari A, Black AY, et al. Pre and postsurgical medical therapy for endometriosis surgery. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020;11:CD003678.
22. Abrao MS, Andres MP, da Cunha M, Borrelli GM, Neto JS. Clinical and Sonographic Progression of Bowel Endometriosis: 3-Year Follow-up. *Reprod Sci*. 2021; 28(3):675-682.
23. Becker CM, Bokor A, Heikinheimo O, Horne A, Jansen F, Kiesel L, et al. ESHRE guideline: endometriosis. *Hum Reprod Open*. Feb 2022;2022(2):hoac009.
24. Chapron C, Souza C, Borghese B, Lafay-Pillet MC, Santulli P, Bijaoui G, et al. Oral contraceptives and endometriosis: the past use of oral contraceptives for treating severe primary dysmenorrhea is associated with endometriosis, especially deep infiltrating endometriosis. *Hum Reprod*. 2011;26(8):2028-35
25. Klipping C, Duijkers I, Remmers A, Faustmann T, Zurth C, Klein S, et al. Ovulation-inhibiting effects of dienogest in a randomized, dose-controlled pharmacodynamic trial of healthy women. *J Clin Pharmacol*. 2012;52(11):1704-13.