



SEGO

Sociedad Española de
Ginecología y Obstetricia

NOTA DE PRENSA

LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA (SEGO) AVALA LA SEGURIDAD Y EFICACIA DE LA ANTICONCEPCIÓN BASADA SÓLO EN GESTÁGENOS Y RECOMIENDA SU INCORPORACIÓN HABITUAL AL ASESORAMIENTO ANTICONCEPTIVO

- **Acaba de publicar un consenso que pone al día toda la evidencia científica acumulada en relación con estos métodos, los diferentes tipos, su eficacia y seguridad, sus indicaciones y contraindicaciones, y sus beneficios más allá de la anticoncepción**
- **La utilización de los métodos basados sólo en gestágenos (sin estrógenos) es mucho menos frecuente en España que la anticoncepción hormonal combinada (estrógenos más gestágenos) y solo se ha venido recomendando a las mujeres que no cumplen criterios de elegibilidad para esta última**
- **Aunque las píldoras de solo gestágenos (DSG) se han utilizado hasta ahora sobre todo durante la lactancia, los nuevos datos demuestran que son una opción en cualquier circunstancia, siendo un medicamento muy seguro y beneficioso frente al dolor menstrual, aunque con un patrón de sangrado del que es necesario informar previamente a las mujeres**
- **Con las píldoras de solo gestágenos en un 8% de los casos pueden existir cambios incómodos en el patrón de sangrado; en estos casos el consenso recomienda motivarla para que continúe ya que existe una alta probabilidad de que mejore, o cambiar de método**

Madrid, 14 de marzo de 2022.- La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) ha publicado un consenso que en el que avala y pone al día toda la evidencia científica acumulada en relación con la anticoncepción basada en solo gestágenos (sin estrógenos), mucho menos utilizada y más desconocida que la anticoncepción hormonal combinada (estrógenos más gestágenos). Según pone de manifiesto el documento en sus conclusiones, este tipo de anticonceptivos “puede utilizarse por diferentes vías con una alta eficacia y seguridad”. Estas vías son, en concreto, cuatro: la oral, consistente en comprimidos de desogestrel y drospirenona que son una alternativa a la píldora tradicional, con un efecto anticonceptivo de corta duración; la intramuscular, consistente en inyectables de acetato de medroxiprogesterona en depósito con un efecto de duración media; la subcutánea, consistente en un implante de etonorgestrel, con forma de varilla de 2 mm de diámetro y 4 cm de longitud que se coloca en la parte superior interna del brazo a nivel subdérmico, de larga duración; y la vía intrauterina,

consistente en un dispositivo intrauterino (DIU) de levonorgestrel, también de larga duración.

El consenso destaca que la anticoncepción sólo con gestágenos (ASG) es eficaz y segura, “pudiendo utilizarse en situaciones de lactancia y en aquellas situaciones en las que el uso de los anticonceptivos hormonales combinados (AHC) supone más riesgo que beneficios y en las que el riesgo resulta inaceptable (categorías 3 y 4). No obstante, la guía subraya que estos métodos no son exclusivos para aquellas mujeres que no cumplen criterios de elegibilidad para la AHC, sino que constituyen una opción para todas las mujeres, e incluye datos que avalan que la eficacia y efectividad de estos métodos es alta, “siendo mayor para aquellos cuyo cumplimiento es más independiente del manejo de la usuaria, como es el caso del implante y del DIU”.

No obstante, los autores del consenso indican que “es importante considerar que la eficacia y la efectividad de las píldoras de solo gestágeno es la misma que la del método más utilizado, que es la anticoncepción hormonal combinada”, por lo que califica a estos anticonceptivos orales como “una excelente alternativa en situaciones de limitación de atención médica”, como ha sucedido en la reciente epidemia por COVID-19, pudiendo ser una primera elección en consulta telefónica o después de un parto o un tratamiento puente en caso de tener que prolongar los métodos anticonceptivos de larga duración.

A pesar de ello, la utilización en España de estos métodos es muy baja, incide el consenso, que recomienda incorporarlos de forma habitual en el asesoramiento anticonceptivo. De acuerdo a la encuesta realizada en 2020 por la Sociedad Española de Contraconcepción, el uso de los métodos anticonceptivos basados en solo gestágeno oscila entre el 4% del DIU y el 0,4% del inyectable, siendo el del implante de un 1,4% y el de la píldora de solo un 0,7%. Esta última se ha venido utilizando, indica el consenso, sobre todo durante la lactancia, aunque es una opción en cualquier circunstancia. “Se trata de un medicamento muy seguro, con efecto beneficioso sobre la dismenorrea (afección menstrual que se caracteriza por calambres menstruales severos y frecuentes y dolor relacionado con la menstruación). Su hándicap es que en algunos casos presenta un patrón de sangrado que puede provocar la reacción negativa de la usuaria, por lo que resulta imprescindible informar previamente. “La píldora sólo gestágeno (PSG) con 4 mg de drospirenona tiene un alto índice de eficacia y una larga vida media, lo que permite una flexibilidad en la ingesta superior a otros anticonceptivos libres de estrógeno. Presenta un patrón de sangrado más favorable que otros métodos solo gestágenos, lo que hace que la tasa de abandonos por causa del sangrado sea menor”, indica el consenso en sus conclusiones.

En relación con el resto de métodos basados en solo gestágenos, el documento de la SEGO indica en estas conclusiones que el implante de etonogestrel es un anticonceptivo hormonal subdérmico de acción prolongada (3 años) que “debe ser insertado y retirado por un profesional formado y familiarizado con las técnicas”. Su eficacia y efectividad contraceptiva es superior al 99%. El efecto secundario más frecuente que condiciona la discontinuación del método es el sangrado irregular. “La aceptación de los cambios en el patrón de sangrado puede mejorarse informando previamente de la elección del método y tranquilizando a la usuaria si aparece”, señalan los autores. Por su parte, los

inyectables intramusculares aportan beneficios reconocidos a las pacientes que presentan epilepsia. Con respecto al retorno a la fertilidad la espera puede ser más prolongada que la que ocurre con otros métodos. Las mujeres con menor peso corporal parecen tener un retorno a la fertilidad más temprano que aquellas que presentan índice de masa corporal (IMC) más elevados. Finalmente, el DIU-LNG aporta beneficios más allá de la anticoncepción reconocidos como tratamiento de patologías que cursan con atrofia muscular espinal o dismenorrea.

En relación con todos estos métodos, el consenso indica que tras iniciar su uso es probable que las mujeres experimenten cambios en su patrón de sangrado menstrual habitual, siendo impredecibles de antemano. Estos cambios pueden estar relacionados con la frecuencia (ausencia, disminución, sangrados más frecuentes o continuos), la intensidad (disminución o aumento), o la duración del sangrado y se desconoce el mecanismo exacto que provoca la alteración del patrón de sangrado. “El sangrado frecuente y el sangrado prolongado se consideran patrones desfavorables para la mayoría de las mujeres”, explica el consenso, que, no obstante, recomienda que “si la paciente se muestra insatisfecha con el patrón de sangrado tras tres meses de uso, hay que intentar motivarla para continuar, ya que existe una alta probabilidad de que mejore, y si no, que cambie de método”.

El consenso también establece que hay que intentar tratar el sangrado molesto y prolongado y que debe considerarse que el patrón de sangrado puede cambiar en cualquier momento durante el uso de uno de estos métodos. “El manejo del sangrado inaceptable asociado al uso de anticonceptivos de solo estrógenos debe incluir una correcta anamnesis, excluir infecciones de transmisión sexual (ITS) y embarazo, revisar la última citología y la necesidad de actualizarla, así como una exploración física valorando la realización de una ecografía pélvica. Una vez descartado el embarazo, infección u otro proceso patológico, se debería tranquilizar a la usuaria, considerar el tratamiento médico y citar para control”, indican los autores.

En relación con el seguimiento, el consenso establece que “las visitas deben individualizarse y no siempre serán necesarias”. En el caso de la píldora y del implante solo se recomiendan “si la usuaria lo cree necesario o el profesional sanitario prevé que aparezca algún problema”. En el caso del inyectable, debe realizarse un seguimiento cada 3 meses coincidiendo con la siguiente aplicación del método. Y en el caso del DIU, el consenso recomienda una visita de seguimiento después de la primera menstruación o a las 3-6 semanas después de la inserción. Estas visitas, indican los autores, “deben, como mínimo, incluir el abordaje de cuestiones relacionadas con los efectos secundarios u otros problemas que hayan surgido, insistir si procede en el correcto uso del método y valorar la protección contra las enfermedades de transmisión sexual”.

Para más información:

**Gabinete de comunicación de Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO)
Manuela Hernández (651 867 278) / Jesús Herrera (625 872 780)**