

Los contraceptivos orales y la mujer de más de 35 años

R. KIRKMAN

University of Manchester, Palatine Centre, 63/65 Palatine Road, Manchester M20 9LJ, Reino Unido

Resumen

Todos los métodos de control de la natalidad son más efectivos en las mujeres mayores de 35 años, pero conforme son más las mujeres que se incorporan al mundo laboral y los grupos de población y las familias se desplazan, se plantea la necesidad de un método de contracepción que sea al mismo tiempo altamente efectivo y reversible. La píldora combinada reporta unos beneficios sanitarios considerables a las mujeres mayores no fumadoras: una disminución del riesgo de fibroides, cáncer de endometrio, cáncer de ovario, nódulos mamarios benignos, alteraciones menstruales y otros síntomas molestos. Con respecto al cáncer de mama, la opinión general es que la utilización de la píldora no añade un riesgo adicional.

Los datos recientes del estudio del Royal College of General Practitioners británico, que apuntaban a una relación entre el uso de la píldora y las enfermedades cardiovasculares en las mujeres de mayor edad, ahora indican claramente que este riesgo sólo existe cuando la mujer que utiliza la píldora es fumadora. Ni el público en general ni los médicos son conscientes de la mayor seguridad y ausencia de efectos secundarios que son característicos de los eficaces preparados de dosis bajas que se han introducido en los últimos tiempos.

Los médicos que en el pasado advertían a las mujeres fumadoras que debían dejar de utilizar la píldora a los 35 años ahora deberían reconsiderar el equilibrio entre riesgo y beneficio.

La píldora que contiene sólo progestágeno es muy eficaz en las mujeres mayores y constituye un método alternativo de control de la natalidad muy aceptable para muchas mujeres que presentan contraindicaciones al empleo de la píldora combinada.

El aumento de las gonadotropinas en un momento concreto denota un fallo ovárico y no excluye la ovulación en los meses siguientes. Por lo tanto, la contracepción es aconsejable hasta disponer de una evidencia clara de que las menstruaciones espontáneas han cesado, o una prueba incontestable del fallo ovárico menopáusico durante varios años.

Introducción

Las estadísticas de Escocia (Tabla 1) demuestran que las mujeres de mayor edad han empleado el control de la natalidad cada vez más desde 1961, cuando se comenzaron a utilizar los métodos modernos, con una disminución del 81% en el número total de nacimientos en el grupo de edad de los 40 a 44 años, comparado con sólo un 26% de reducción en el grupo de edad de 25 a 29 años. Las mujeres son conscientes de que con la edad aumenta el riesgo de anomalías fetales, así como de complicaciones del embarazo y del parto, y en aquellos lugares en los que no se dispone de un método contraceptivo eficaz la frecuencia de abortos provocados es alta.

Se observan grandes diferencias entre los distintos países, incluso dentro de Europa, en la utilización de los diversos métodos contraceptivos por parte de los distintos grupos de edad [1]. En Gran Bretaña y en los Estados Unidos en particular se constata actualmente una frecuencia elevada de esterilizaciones en las parejas mayores de 35 años, que contrasta con la amplia utilización de los contraceptivos orales (CO) por parte de las mujeres menores de 25 años.

Tabla 1 Tasas de fertilidad de acuerdo con la edad de la mujer. Nacidos vivos legítimos por 1000 mujeres casadas, Escocia

Año	Edad de la mujer en el momento del parto			
	25-29	30-34	35-39	40-44
1961-1965	226	130	64	18
1968	202,9	111,5	52,4	13,4
1970	183,5	97,2	42,1	10,9
1975	151,3	64,7	22,3	5,4
1980	167,7	76,3	21,9	3,8
1985	167,7	78,8	22,0	3,6
1990	166,9	95,5	26,8	3,4
% de descenso 1961-1990	26%	27%	58%	81%

Reproducida con permiso del Scottish Home and Health Department

El movimiento contra el uso de la píldora por las mujeres mayores comenzó en 1975 con el reporte de Mann, Vessey y Thorogood [2] y más tarde con el de Mann e Inman [3], en los cuales se destacaba el riesgo aumentado de muerte por infarto de miocardio entre las usuarias de los CO. El riesgo relativo era especialmente alto en el grupo de edad de 40 a 44 años, pero los investigadores no tenían información acerca del consumo de cigarrillos por parte de esas mujeres. A continuación de esos reportes en 1975 la agencia norteamericana de alimentos y medicamentos, el FDA, recomendó que las mujeres de más de 40 años no utilizaran la píldora.

En aquel tiempo el Dr. Inman era el oficial médico principal del CSM británico, y es de destacar el hecho de que el CSM nunca puso un límite de edad máximo a la utilización de la píldora. En 1977 el FDA norteamericano revisó la información de los envases de los distintos CO para hacer constar el riesgo adicional que presentan las mujeres fumadoras, pero los médicos continuaron enfatizando la edad como una contraindicación para el empleo de la píldora. En 1981, en el amplio estudio de grupo llevado a cabo por el Royal College of General Practitioners (RCGP) británico [4] se demostró que existía un aumento del riesgo cardiovascular tanto en relación con la edad como con el tabaco, pero un análisis posterior de los mismos datos realizado en 1989 puso de manifiesto que el riesgo era significativo sólo en las mujeres mayores que *además* eran fumadoras [5]. En 1989 un subcomité del FDA norteamericano recomendó que se eliminara el límite de edad superior para la utilización de la píldora siempre y cuando la mujer gozase de buena salud y no fuese fumadora.

Las mujeres mayores se benefician más que las jóvenes de los otros efectos no contraceptivos de la utilización de los CO combinados. La píldora combinada (COC) ofrece una protección notable frente a las menstruaciones irregulares y abundantes [6], los fibroides [7], la tensión premenstrual [8,9], y la patología mamaria benigna [10], trastornos todos ellos que se hacen más frecuentes conforme la mujer se acerca a la menopausia. La opinión general de los expertos es que la utilización de la píldora en los años fértiles medios y tardíos de la mujer no representa un riesgo adicional de cáncer de mama, y por el contrario el ofrece una protección significativa frente al cáncer de ovario [11] y de endometrio [12]. Las estadísticas que aparecen en la Tabla 1 muestran que, mientras que las tasas de nacimientos en las mujeres de 40 años o más experimentaron un descenso paulatino hasta 1977, que se ha mantenido hasta ahora, en las mujeres de 30 a 39 años se observó una caída paralela hasta alrededor de 1977, y a partir de entonces un claro aumento de las tasas de nacimientos. Este hecho también se ha constatado en Francia [13], y puede ser atribuido a las mujeres profesionales que esperan a edades superiores para empezar a tener hijos, y también a aquéllas que han tenido fracasos matrimoniales y que en relaciones posteriores desean tener otros hijos. Debido a estos cambios sociales para muchas mujeres es importante mantener abierta la opción de tener otros hijos, pero también lo es el disponer de un contraceptivo de gran eficacia.

Todos los métodos son más efectivos en las mujeres de más de 35 años. Los datos de Vessey et al. [14] se obtuvieron en un grupo de mujeres muy disciplinadas que se sometían a controles médicos regulares en Inglaterra, y la tasa general de fallos es inferior a la que normalmente se suele reportar. Se debe notar, sin embargo, que en el grupo de mujeres disciplinadas de más de 35 años la minipíldora que contiene sólo

un progestágeno es un método contraceptivo altamente eficaz, con una tasa de fallos de menos de uno por 200 mujeres-años de utilización. Se puede administrar a las mujeres fumadoras, a las hipertensas, y a todas aquellas con trastornos que hacen que los estrógenos estén contraindicados, pero, por supuesto, no está indicada para el control de las irregularidades menstruales.

La actitud de muchas mujeres frente a la píldora combinada se basa en formulaciones que se descartaron hace mucho tiempo por contener unas dosis demasiado altas. La información sobre la píldora que reciben las mujeres de todo el mundo les llega a través de los titulares de los medios de comunicación, cuyas ventas aumentan al destacar los riesgos y consideran que la salud no es una noticia a publicar. En una revisión realizada en 1985 [15] en mujeres de 8 países en desarrollo, se observó que una gran proporción de las mujeres estudiadas creían que el uso de la píldora representaba un aumento del riesgo de anemia, es decir, ignoraban totalmente su efecto protector frente a la anemia. Son muchísimas las mujeres de todo el mundo que creen que la píldora les hará ganar peso. En un estudio multicéntrico reciente [6] que incluyó 1000 mujeres y en el que se compararon dos preparados actuales de dosis bajas, se observó un aumento de peso promedio de sólo 0.5 kg en las mujeres mayores de 30 años que fueron controladas durante 6 meses. Yo sugeriría que las mujeres de esta edad que no recibiesen ningún tratamiento seguramente presentarían un aumento de peso de la misma magnitud. En el mismo estudio se pudo constatar una frecuencia muy baja de efectos secundarios, un control del ciclo muy efectivo, y la ausencia total de embarazos durante el tiempo que las mujeres tomaron los preparados estudiados. Por lo tanto, considero muy poco justificado el continuar recetando los preparados que contienen 50 μg o más del estrógeno y dosis altas del gestágeno. La utilización de los preparados actuales de dosis bajas disminuye los efectos secundarios y con ello aumenta la aceptabilidad y la tasa de continuación.

Otra razón por la que los efectos secundarios de la píldora son menos frecuentes en la mujer de hoy es que los médicos están mejor informados acerca de cuáles de ellas no deben recibir los COC - las que presentan una historia previa de trombosis o hipertensión, o las fumadoras, son orientadas hoy en día hacia algún otro método contraceptivo. Es importante que el médico realice un examen manual de las mamas de las mujeres mayores para descartar la presencia de nódulos, y también que no administre los CO como medio de controlar las hemorragias vaginales irregulares sin antes haber excluido la presencia de posibles causas no hormonales, como pudiera ser un cáncer cervical o una infección pélvica.

Uno de los problemas principales que todavía no hemos resuelto es cómo saber cuándo interrumpir el tratamiento contraceptivo hormonal. En poblaciones que no utilizan el control de la natalidad en absoluto se observa que la fertilidad se ha perdido de cinco a diez años antes de la época promedio de la menopausia. Por lo tanto, la fertilidad es probablemente muy baja en las mujeres que presentan signos evidentes de perimenopausia, tales como sofocaciones y oligomenorrea. Sin embargo, Metcalf y otros [16,17,18] han demostrado que todavía pueden producirse ciclos ovulatorios espontáneos en mujeres típicamente climatéricas aun cuando las gonadotropinas estén elevadas. Sherman et al. [17], que controló ocho mujeres de 46

a 56 años de edad durante la menopausia, demostró que en una de ellas los ciclos anovulatorios típicos fueron seguidos por un ciclo aparentemente ovulatorio, con aumento de los valores de progesterona hasta un máximo de 19 ng/ml mientras los niveles de FSH continuaban estando notablemente elevados, con picos de 1400 ng/ml. Quisiera hacer notar que un trabajo de transferencia de embriones [19] puso de manifiesto, en todos los grupos de hasta 44 años de edad, que las tasas de embarazo eran mayores en las mujeres previamente amenorreicas que en aquéllas que tenían ciclos menstruales. Los regímenes habituales de terapéutica hormonal sustitutiva no son contraceptivos, como demuestra el reporte anecdótico [20] de un embarazo en una mujer de 52 años que tomaba Prempak C después de 6 meses de amenorrea y sofocaciones. No conozco ninguna prueba que pueda predecir con absoluta confianza el final de los ciclos fértiles y, por lo tanto, sólo puedo ofrecer las siguientes orientaciones empíricas:

- En las mujeres con ciclos naturales, continuar el control de la natalidad hasta que haya pasado un año sin períodos.
- En las mujeres con hemorragias vaginales inducidas por deprivación, si la mujer presenta un buen estado de salud y no es fumadora, sugiero que se le continúe administrando una de las píldoras combinadas actuales de dosis bajas hasta los 50 años de edad. A partir de ese momento las opciones son:
 - Cambiar a un método de barrera o espermicida y evaluar el estado menopáusico durante un cierto período de tiempo; o
 - Cambiar a un tratamiento sustitutivo hormonal, administrándole, además, la minipíldora que contiene únicamente un progestágeno; o bien
 - Arriesgarse.

En este estadio cada mujer ha de ser tratada individualmente, tomando en consideración su nivel de fertilidad previo y su grado de motivación para seguir cualquier método de control de la natalidad.

La mayor parte de los estudios que he citado se llevaron a cabo en países desarrollados con tasas relativamente altas de trastornos cardíacos y cifras bajas de mortalidad materna. Sin embargo, podemos esperar que los países en desarrollo se moverán en la misma dirección conforme las mujeres de esos lugares alcancen un mayor nivel de vida, con un menor trabajo físico y el acceso a una alimentación más refinada y una ingesta calórica mayor. Mi mensaje principal en relación con el uso de los COC por las mujeres mayores es que estos preparados ya no están prohibidos para ellas y pueden representar la mejor opción, tanto desde el punto de vista médico como social, siempre y cuando la mujer goce de buena salud y no sea fumadora.

Bibliografia

1. Riphagen FE, Leher P. A survey of contraception in five West European countries. *J Biosoc Sci.* 1989;21:23-46.
2. Mann JI, Vessey MP, Thorogood M et al. Myocardial infarction in young women with special reference to oral contraceptive practice. *Br Med J.* 1975;2:241.
3. Mann JI, Inman WHW. Oral contraceptives and death from myocardial infarction. *Br Med J.* 1975;1:245.
4. Royal College of General Practitioners' Oral Contraception Study. Further analysis of mortality in oral contraceptive users. *Lancet.* 1981;1:541-6.
5. Croft P, Hannaford PC. Risk factors for acute myocardial infarction in women: evidence from the Royal College of General Practitioners' Oral Contraception Study. *Br Med J.* 1989;298:165-8.
6. Kirkman RJE. Clinical comparison of two low dose oral contraceptives in women over 30 years of age. 1992, en prensa.
7. Ross RK, Pike MC, Vessey MP, Bull D, Yeates D, Casagrande JT. Risk factors for uterine fibroids: reduced risk associated with oral contraceptives. *Br Med J.* 1986;293:359-62.
8. Kutner SJ, Brown WL. Types of oral contraceptives, depression and premenstrual symptoms. *J Nerv Men Dis.* 1972;155(3):153-62.
9. Warner P, Bancroft J. Mood, sexuality, oral contraceptives and the menstrual cycle. *J Psychosom Res.* 1988;32(4):417-27.
10. Vessey MP, Doll R, Peto R, Johnson B, Wiggins P. A long term follow-up study of women using different methods of contraception - an interim report. *J Biosoc Sci.* 1976;8:373-427.
11. Cancer and Steroid Hormone Study of the Centres for Disease Control and the National Institute of Child Health and Human Development. The reduction in risk of ovarian cancer associated with oral contraceptive use. *N Engl J Med.* 1987;316:650-5.
12. Cancer and Steroid Hormone Study of the Centres for Disease Control and the National Institute of Child Health and Human Development. Combination oral contraceptive use and the risk of endometrial cancer. *J Am Med Assoc.* 1987;257:796-800.
13. Toulemon L. Histological overview of fertility and age. *Maturitas Supl.* 1988;1:5-14.
14. Vessey M, Lawless M, Yeates D. Efficacy of different contraceptive methods. *Lancet.* 1982;1:841-2.
15. Grubb GS. Women's perceptions of the safety of the pill: a survey in eight developing countries. *J Biosoc Sci.* 1987;19:313-21.
16. Metcalf MG, Donald RA. Fluctuating ovarian function in a perimenopausal woman. *NZ Med J.* 1979;89:45-7.
17. Sherman BM, West JH, Korenman SG. The menopausal transition: Analysis of LH, FSH, estradiol and progesterone concentrations during menstrual cycles of older women. *J Clin Endocrinol Metab.* 1976;42:6290-336.
18. Metcalf MG. Incidence of ovulatory cycles in women approaching the menopause. *J Biosoc Sci.* 1979;11:39-48.
19. Edwards RG, Morcos S, Macnamee M et al. High fecundity of amenorrhic women in embryo-transfer programmes. *Lancet.* 1991;338:292-4.
20. Guillebaud J. Contraception for women over 35 years of age. *Br J Fam Plann.* 1992;17(4):115-8.