TRADUCCIÓN DE ENUNCIADO DE LA OMS SOBRE ANTICONCEPCIÓN HORMONAL Y SALUD ÓSEA-1

Los anticonceptivos hormonales esteroideos, incluyendo anticonceptivos orales, inyectables e implantes, son de alta efectividad y ampliamente usados. Estos anticonceptivos tienen importantes beneficios para la salud, incluyendo beneficios no anticonceptivos, pero también tienen algunos riesgos para la salud. Para la mayoría de las mujeres, los beneficios para la salud superan claramente los potenciales riesgos. Han surgido algunos cuestionamientos respecto a la asociación del uso del acetato de medroxiprogesterona de depósito (AMPD), y el riesgo de pérdida de masa ósea. En respuesta, la OMS tuvo una reunión en Ginebra durante Junio 20-21, 2005 para evaluar la actual evidencia de la relación entre el uso de anticonceptivos hormonales esteroideos y la salud ósea.

La salud ósea puede verse influenciada por muchos factores incluyendo embarazo, lactancia y uso de anticonceptivos hormonales. El principal resultado clínico de interés para la salud ósea es que ocurran fracturas. Las medidas de Densidad Mineral Ósea (DMO) se utilizan generalmente para evaluar el riesgo de fractura, pero la exactitud de las medidas puede estar influenciada por los cambios de la composición del cuerpo, incluyendo cambios en la masa muscular y en la grasa corporal. Además, el riesgo de fractura está relacionado con muchos factores, y la DMO es sólo uno de ellos. La relación entre la disminución de la DMO y el aumento del riesgo de fractura ha sido mejor estudiada en mujeres en la pos-menopausia, entre las cuales el riesgo de cualquier fractura aumenta aproximadamente 1.5 veces para cada disminución de la desviación estándar (DS) en la DMO. Existe muy poca información sobre el impacto en grupos de jóvenes de los cambios en la DMO sobre el riesgo de fractura en el futuro.

El uso de fórmulas actuales de anticonceptivos orales combinados (AOC) podría causar algún efecto sobre la DMO que no es clínicamente significativa. Las usuarias adolescentes de AOC pueden ganar menor DMO en comparación con adolescentes no usuarias mientras que las usuarias peri menopáusicas generalmente muestran un aumento en la DMO en comparación con las mujeres peri menopáusicas no usuarias de AOC. Varios estudios han investigado el riesgo de fractura entre las mujeres postmenopáusicas con relación a la utilización del uso anterior de AOC, pero los hallazgos son inconsistentes. Los datos para otros anticonceptivos hormonales combinados, como los inyectables combinados, anillos vaginales y parches transdérmicos, son escasos o no existen.

En lo que se refiere a los métodos de sólo progestágenos los datos de implantes de levonorgestrel no sugieren ningún efecto adverso en la DMO. Otros anticonceptivos de baja dosis de sólo progesterona como la mini píldora, otros implantes subdérmicos y dispositivos intrauterinos con levonorgestrel no parecen tener efecto sobre la DMO aunque los datos para estos métodos son limitados.

1 La versión original en inglés puede consultarse en:

http://www.who.int/reproductivehealth/family_planning/bone_health.html

La utilización del AMPD para anticoncepción produce un estado hipo-estrogénico en las mujeres; algunos estudios mostraron que esto se puede asociar con la disminución de la DMO. Los datos indican que el uso de AMPD reduce la DMO en mujeres que han llegado a su punto más alto de masa ósea e impide la asimilación de mineral óseo entre aquellas mujeres que todavía no han llegado al punto más alto de masa ósea. La magnitud del efecto en la DMO es similar a través de varios estudios. Estudios transversales muestran una DMO más baja en usuarias de AMPD a largo plazo de aproximadamente 0.5 Desviaciones Estándar (DE) en la cadera y la columna en comparación a las que no son usuarias. En estudios longitudinales, adultos (≥ 18 años) y adolescentes (menarquia a < 18 años) ambos perdieron alrededor de 5 a 7 por ciento (aproximadamente 0.5 DE) de la DMO en los mismos lugares, después de 2 años de uso continuo de AMPD. La tasa de pérdida parece disminuir con el tiempo.

Cuando se descontinúa el uso del AMPD, la DMO aumenta nuevamente en las mujeres sin importar la edad, excepto para aquellas mujeres que han llegado a la menopausia. Entre personas adultas, los valores de la DMO parecen retornar a niveles comparables a los de no usuarias de AMPD dentro de un periodo de 2 a 3 años. No queda claro si la pérdida de DMO entre adolescentes usuarias de AMPD previene que se alcance el potencial punto más alto de masa ósea. Esto nos deja con la preocupación que las mujeres de mayor edad que llegan a la menopausia mientras sigan utilizando el AMPD puedan no tener la oportunidad de recuperar la densidad mineral del hueso antes de ingresar al periodo de pérdida de masa ósea normalmente asociado con la postmenopausia.

El riesgo absoluto de fractura es bajo durante los años reproductivos y no existen suficientes datos para evaluar si el uso del AMPD modifica este riesgo. Tampoco hay suficientes datos para evaluar si el uso de AMPD durante los años reproductivos afecta el riesgo de fractura durante el periodo de postmenopausia. Ya que el efecto en la DMO es altamente reversible, cualquier riesgo de incremento de fractura es probablemente muy pequeño.

Los datos con respecto al uso del otro anticonceptivo inyectable de sólo progestágeno enantato de noretisterona (EN-NET) son insuficientes para determinar si existe un efecto del EN-NET sobre la salud ósea. En ausencia de evidencia, la preocupación con respecto al AMPD y la salud ósea también se aplica al EN-NET.

El AMPD es altamente efectivo y es un método de anticoncepción ampliamente disponible que juega un rol importante en la mezcla de métodos anticonceptivos. Esto es particularmente cierto en regiones con una alta demanda insatisfecha y donde la mortalidad y morbilidad materna es alta. Cualquier decisión con respecto a la elección de un método anticonceptivo también debe considerar este hecho.

La OMS continuará monitoreando las investigaciones en esta área y revisará estas recomendaciones cuando nueva evidencia esté disponible. La OMS también incentiva investigaciones relevantes en esta área para llenar los vacíos de evidencia claves.

Recomendaciones con respecto al metabolismo de los huesos:

- No debe haber restricciones en el uso del AMPD, incluyendo no restricciones para el tiempo de uso entre mujeres de 18-45 años que sean por lo demás elegibles para usar este método.
- Entre adolescentes (menarquia a antes de los 18 años) y mujeres de más de 45 años, las ventajas del uso del AMPD generalmente sobrepasan las preocupaciones teóricas de seguridad respecto al riesgo de fractura. Ya que los datos son insuficientes para determinar si este es el caso para el uso a largo plazo entre estos grupos de edad, los riesgos generales y beneficios para el uso continuo del método deben ser reconsiderados a través del tiempo con cada usuaria en forma individual.
- Recomendaciones respecto al uso del AMPD también son aplicables a EN-NET.
- No debería existir restricción para el uso de métodos anticonceptivos de sólo progestágenos entre mujeres que por lo demás son elegibles para usar estos métodos, incluyendo no restricciones sobre la duración del uso.
- No deberían existir restricciones sobre el uso de métodos anticonceptivos hormonales combinados entre mujeres que por lo demás son elegibles para usar estos métodos, incluyendo no restricciones sobre la duración del uso