Suplemento
Ginecol Obstet Mex. 2020;88(supl 1):S178-S188.

Función sexual femenina y anticoncepción hormonal

Female sexual function and hormonal contraception.

Santiago Palacios, Mariella Lilue

Resumen

La función sexual femenina siempre ha estado en la mitad de la polémica de la anticoncepción hormonal. Los efectos específicos de la píldora en la sexualidad femenina no son ni bien conocidos, ni bien entendidos. De hecho, de los miles de estudios científicos referentes a la anticoncepción hormonal pocos han evaluado su repercusión en la función sexual femenina. En este artículo se examinan los posibles efectos de los anticonceptivos hormonales orales combinados, hormonales no orales combinados (parche y anillo), y de los hormonales con solo progestinas (AHSP) (oral, implante, inyección, DIU).

Para ello hemos revisamos la literatura en Ingles por PubMed en los últimos 20 años. La mayor parte de los estudios revisados se centra, principalmente, en la determinación de hormonas y en el funcionamiento sexual y no en otros aspectos de la sexualidad.

Hasta la fecha hay pocos datos que justifiquen una indicación u otra. Por ello, la individualización, junto con los resultados clínicos, debe basar la creación de algoritmos que puedan satisfacer las preferencias sexuales y las relaciones individuales. La aceptabilidad sexual debería ser un punto imprescindible en la prescripción de anticonceptivos. Aún hacen falta más estudios que documenten la aceptación sexual de los métodos para las mujeres y sus parejas.

PALABRAS CLAVE: Conducta sexual; sexualidad; Anticonceptivos, orales, hormonales; anticonceptivos orales, combinados; progestinas; anticoncepción.

Abstract

Female sexual function has always been in the middle of the controversy of hormonal contraception. The specific effects of the pill on female sexuality are neither well known nor well understood. In fact, of the thousands of scientific studies concerning hormonal contraception, few have evaluated its impact on female sexual function. This article examines the possible effects of combined oral hormonal contraceptives, combined with non-oral hormonal contraceptives (patch and ring), and hormone progestin-only (AHSP) (oral, implant, injection, IUD). For this we have reviewed the literature in English by PubMed in the last 20 years. Most of the studies reviewed mainly focus on the determination of hormones and sexual functioning and not on other aspects of sexuality. To date, there are few data that justify one indication or another. Therefore, individualization, together with clinical results, should base the creation of algorithms that can satisfy sexual preferences and individual relationships. Sexual acceptability should be an essential point in the prescription of contraceptives. Further studies are needed to document the sexual acceptance of the methods for women and their partners.

KEYWORDS: Sexual Behavior; Sexuality; Contraceptives, Oral, Hormonal; Contraceptives Oral, Combined; Progestins; Contraception.

Instituto Palacios de Salud y Medicina de la Mujer, Madrid, España.

Recibido: 21 de octubre 2019

Aceptado: 4 de noviembre 2019

Este artículo debe citarse como
Palacios S, Lilue M. Función sexual femenina y anticoncepción hormonal. Ginecol Obstet Mex. 2020;88 (Supl 1):S178-S188.
https://doi.org/10.24245/gom.v88i-Supl1.3857

INTRODUCCIÓN

Hoy día, a casi 60 años del inicio de la anticoncepción hormonal, millones de mujeres en el mundo recurren a esta opción. La cantidad de artículos y libros publicados cada año es impresionante. Autoridades, asociaciones y organismos internacionales y nacionales participan y discuten e intervienen cuando se habla de anticoncepción hormonal. Hoy, las redes sociales juegan un papel preponderante y es uno de los temas médicos y sociales en los que existe mayor actividad.

La sexualidad femenina siempre ha estado en la mitad de la polémica de la anticoncepción hormonal. Los efectos específicos de la píldora en la sexualidad femenina no son ni bien conocidos, ni bien entendidos. De hecho, de los miles de estudios científicos de la anticoncepción hormonal, pocos han evaluado las repercusiones en la función sexual femenina.

En este artículo se examinan los posibles efectos de los anticonceptivos hormonales orales combinados, no combinados (parche y anillo) y con solo progestina (oral, implante, inyección, DIU). También se comentan las posibles repercusiones positivas o negativas en la sexualidad femenina de los distintos anticonceptivos hormonales. **Cuadro 1**

Se revisó la bibliografía relacionada con los métodos anticonceptivos hormonales y la sexualidad en la mujer. Gran parte de los estudios revisados se centra, sobre todo, en la determinación de hormonas y en el funcionamiento sexual y no en otros semblantes de la sexualidad, que abarca muchísimos aspectos: dinámica de pareja, efectos secundarios (sangrado y mastodinia) y percepción según las distintas culturas.

Mecanismo de acción de la anticoncepción hormonal en la función sexual

Si se entiende el mecanismo de acción de los anticonceptivos hormonales podrán colegirse las razones de su influencia en la función sexual. El principal es la supresión de la ovulación,[1] además de inhibir la producción y secreción hipofisaria de las hormonas foliculoestimulante y luteinizante. El resultado es la inhibición del desarrollo folicular, ovulación y la formación del cuerpo lúteo.[1] Por lo tanto, hay menor secreción de estradiol ovárico y ausencia de producción de progesterona. La inhibición de la FSH y LH también bloquea, en el hipotálamo, la normal producción de hormona liberadora de gonadotropina. La mucosidad en el cuello uterino aumenta su espesor y viscosidad; esto es lo que inhibe la penetración espermática.[1]

En la actualidad se dispone de anticonceptivos hormonales en diferentes dosis de etinil estradiol, o estradiol y progestina, o solo progestina, con distintas vías de utilización. Esto ha abierto importantes debates en relación con la actuación metabólica de cada tipo, dosis y vía de anticoncepción hormonal.[2] Esta misma discusión debería llevarse a cabo con respecto a la función sexual.

Cuadro 1. Efectos de los anticonceptivos hormonales en la sexualidad femenina

Negativos	Positivos
ˉ Deseo sexual ˉ Lubricación Dolor vestibular Efectos secundarios de los anticonceptivos hormonales (mastodinia, sangrados)	Mejoría de trastornos ginecológicos (metrorragia, dismenorrea) Elimina el miedo al embarazo Mejora la autoestima (acné, androgenismo)

Los hormonales con progestinas antiandrogénicas: desogestrel, norgestimato o drospirenona, tienen efectos favorables en el control y desaparición del acné e hirsutismo.[3] Estas progestinas pueden interferir con las concentraciones de andrógenos, y ello resultar en un efecto negativo en la función sexual femenina. Los anticonceptivos hormonales inhiben la LH y, por ello, disminuyen la producción ovárica de testosterona. A esto hay que sumarle que los estrógenos, que se metabolizan en el hígado, favorecen el aumento de la producción hepática de la globulina trasportadora de hormonas sexuales (SHBG) y la disminución de la testosterona libre aunque, en general, las progestinas disminuyen la globulina trasportadora de hormonas sexuales.

La mayor parte de los anticonceptivos hormonales tienen alguna función antiandrogénica, mayor o menor, dependiendo de la progestina específica. En la evaluación del efecto de los anticonceptivos hormonales en las concentraciones de globulina trasportadora de hormonas sexuales en mujeres con disfunción sexual se ha encontrado que las concentraciones de SHBG en mujeres que suspendieron los anticonceptivos hormonales, no disminuyeron en 6 meses en comparación con los valores reportados en mujeres que nunca usaron anticonceptivos hormonales. Esto hace pensar que, quizá, la exposición prolongada a los anticonceptivos hormonales puede aumentar la expresión génica hepática de SHBG, incluso después de suspender el anticonceptivo hormonal.[4] Este incremento de la globulina trasportadora de hormonas sexuales se registra con los anticonceptivos hormonales orales, en parche, o anillo vaginal.[4,5,6] Incluso, se señala que la vía transdérmica y el anillo aumentan aún más la SHBG que la vía oral.[5,6] Cuando se plantean las diferentes progestinas contenidas en los anticonceptivos hormonales orales combinados se advierte que todas aumentan la globulina trasportadora de hormonas sexuales y disminuyen la testosterona libre.[7]

En resumen, parece que el ambiente andrógeno se altera con todos los tipos de anticonceptivos hormonales; esta es la razón por la que aún hay mucho por investigar, analizar y encontrar el anticonceptivo hormonal que afecte menos a la SHBG y, por consecuencia, a la testosterona libre.

Efectos negativos de los anticonceptivos hormonales en la sexualidad femenina

Extraña que se haya investigado tan poco un área tan importante, hecho que llama la atención, y que tiene poca justificación. De hecho, varios organismos internacionales, sociedades científicas y diferentes autores han invitado a profundizar en esta área.[8]

Deseo sexual

Si los anticonceptivos hormonales pueden disminuir los andrógenos, ello explica porqué disminuye el deseo sexual. Pero, aun así, prevalecen varias incógnitas. La primera: hay muchas mujeres que toman anticonceptivos hormonales y no tienen disminución del deseo sexual, y otras mujeres que disminuyéndoles las concentraciones de andrógenos al tomar anticonceptivos hormonales, mantienen al mismo nivel de deseo sexual. De hecho, estos son temas que requieren más investigación.

El que los anticonceptivos hormonales orales combinados pueden disminuir el deseo sexual se sabe desde hace casi 40 años. En un principio y con los anticonceptivos hormonales orales combinados de dosis alta, se observó una proporción de mujeres con bajo deseo sexual (5 a 32%).[8,9] Incluso, se ha señalado que alrededor de 8% de las mujeres que toman anticonceptivos hormonales orales combinados los suspenden por razones relacionadas con los efectos secundarios sexuales.[10]

https://doi.org/10.24245/gom.v88iSupl1.3857

También se ha demostrado que los anticonceptivos hormonales orales combinados pueden reducir la cantidad de relaciones sexuales, la frecuencia del orgasmo durante el coito y menos pensamientos e interés sexual.[11] Además, en las mujeres con alguna disfunción sexual los anticonceptivos hormonales pueden disminuir aún más y agravar el deseo sexual.[4] Del mismo modo se ha visto que al analizar el FSFI (*Female Sexual Function Index*), las mujeres que tomaron anticonceptivos hormonales orales combinados tuvieron, estadísticamente, valores más bajos en el deseo y excitación que las usuarias de anticonceptivos no hormonales.[12]

Cuando se habla de sexualidad femenina y de deseo sexual siempre surge el concepto e importancia del carácter multifactorial de la sexualidad. Los factores psicosociales, culturales y religiosos pueden influir en el deseo. De hecho, en un estudio se comparó el efecto de los anticonceptivos hormonales orales combinados en dos poblaciones distintas, europea y asiática, y se encontró una clara disminución del interés sexual de las europeas, sin que hubiera cambiado el de las asiáticas. Los autores lo justificaron por el nivel cultural y las experiencias sexuales.[13]

En resumen: hay suficiente evidencia que señala que los anticonceptivos hormonales pueden tener un efecto negativo en la sexualidad femenina (**Cuadro 1**). Esto ha abierto un debate en tres cuestiones. *1)* La búsqueda del anticonceptivo hormonal que no tenga efectos negativos en la sexualidad, o que este sea el menor posible; *2)* identificar a las mujeres en riesgo de poder tener una disfunción sexual con la toma del anticonceptivo hormonal; *3)* la posibilidad de añadir andrógenos a los anticonceptivos hormonales.

Disminución de la lubricación

Uno de los temas que refieren algunas mujeres que toman anticonceptivos hormonales es la disminución del flujo vaginal, incluso con sensación de sequedad vaginal. Varios estudios demuestran que los anticonceptivos hormonales orales disminuyen la lubricación vaginal[14] e incrementan la sensación de sequedad vaginal, incluidos aquí los hormonales en anillo vaginal.[15] Es difícil saber con precisión la razón fisiopatológica de este hecho, algunos autores señalan que la disminución de andrógenos puede disminuir la síntesis de glicoproteínas y esto podría justificar la menor lubricación.[8]

Dolor vestibular

Varios estudios reportan que los anticonceptivos hormonales aumentan 4 a 9 veces el riesgo de sufrir dolor en el vestíbulo vulvar (vestibulodinia).[16] Incluso, se ha relacionado directamente con el tiempo de uso de los anticonceptivos hormonales y con el inicio en edad temprana.[17] De hecho, se ha visto que utilizar más de dos años los anticonceptivos puede ser un factor de riesgo. Así, parece que los anticonceptivos hormonales orales combinados aumentan la sensibilidad en la mucosa vestibular y pueden predisponer a la vestibulodinia.[18]

El dolor vestibular se relaciona con los cambios en la globulina trasportadora de hormonas sexuales y andrógenos porque al suspender los anticonceptivos hormonales orales combinados y normalizarse las concentraciones de SHBG y andrógenos desaparece el dolor por la posible vestibulodinia.[19] Otra posible explicación a esos dolores son los cambios anatómicos. Battaglia y su grupo observaron que con tres meses de uso de un anticonceptivos hormonal oral combinado, el espesor de los labios menores y del área vaginal del introito disminuye, y que esta podía ser la causa de la dispareunia.[11]

Efectos positivos en la sexualidad de la anticoncepción hormonal

Más allá de los posibles efectos negativos que la anticoncepción hormonal pueda tener, tam-

bién pueden existir razones que justificarían una mejora en la sexualidad (**Cuadro 1**). Por ello es un tema complejo y en el que pueden influir diversas razones que hacen necesaria la individualización en cada mujer.

El primer efecto positivo de los anticonceptivos hormonales es en los trastornos ginecológicos benignos: endometriosis, dismenorrea y menorragia. Está por demás demostrado que los anticonceptivos hormonales son muy efectivos para disminuir el dolor ginecológico causado por diversos trastornos, y en la pérdida de sangre menstrual. Se dispone de pocos estudios que evalúen, específicamente, el efecto de los anticonceptivos hormonales en la función sexual femenina cuando se indican para tratar estos trastornos. El que una mujer tenga menos dismenorrea, dolor pélvico, dispareunia o sangrado hace pensar, claramente, que puede mejorar su función sexual.[8]

Si los anticonceptivos eliminan el temor al embarazo, sobre todo cuando no es deseado, ello favorece un ambiente más relajado y una experiencia sexual placentera. De hecho, el temor de quedar embarazada sin desearlo tiene una repercusión sumamente negativa en la excitación sexual.[20]

Otro punto importante puede ser la relación de los anticonceptivos hormonales, la apariencia personal y la autoestima y la sexualidad. Los anticonceptivos hormonales que actúan y disminuyen el acné y el androgenismo, pueden claramente mejorar la autoestima y por esta vía la sexualidad.[8]

Un punto interesante son los regímenes de ciclo extendido o el uso continuo de píldoras sin una semana libre de hormonas durante varios ciclos, también se han asociado con cambios positivos, desde el funcionamiento sexual hasta la estética. Estos incluyen mejoras en la función sexual y libido, reducciones en la dismenorrea, duración y volumen de hemorragias, en la sensibilidad mamaria y mejoras en los problemas de la piel.[21]

Tipos de anticonceptivos hormonales

Anticonceptivos hormonales orales combinados

La anticoncepción hormonal oral combinada es el método más utilizado entre las mujeres del mundo occidental.[22] Los anticonceptivos hormonales orales combinados a menudo son el primer método hormonal utilizado por las mujeres jóvenes tanto como tratamiento por diversas causas, como por anticoncepción y de ahí su importancia en la función sexual. Además, muchas de estas mujeres siguen siendo usuarias de anticonceptivos hormonales orales combinados durante décadas.

Hemos visto y fundamentado la relación entre los anticonceptivos hormonales y las posibles alteraciones en la función sexual. Sin embargo, no existen claros protocolos ni recomendaciones de actuación. Tampoco hay evidencias claras de que los anticonceptivos hormonales orales combinados afectan más y los que afectan menos a la sexualidad. Es cierto que se ha documentado que las mujeres que experimentan problemas con el deseo o la excitación pueden mejorar cuando cambian a una formulación hormonal diferente;[23] sin embargo, es inquietante no saber por qué.

No todas las combinaciones de anticonceptivos hormonales orales combinados se han estudiado, aunque las últimas aparecidas en el mercado han analizado más su relación con la función sexual.

La combinación que contiene 30 µg de etinilestradiol y 3 mg de drospirenona es, quizá, la más estudiada. Las conclusiones muestran la relación de esta combinación con aumento de la dispareunia, disminución del deseo, proble-

https://doi.org/10.24245/gom.v88iSupl1.3857

mas con la excitación espontánea y el orgasmo durante el sexo y menor frecuencia de éste[11,24] Sin embargo, para la mayoría de los autores la intensidad no alcanza el concepto de disfunción.[11] Esta combinación es la que ha mostrado que, después de tres meses de uso, el grosor de los labios menores y el área del introito vaginal disminuyen significativamente y el índice de pulsatilidad de la arteria del clítoris dorsal y la arteria labial posterior aumenta significativamente. Estos biomarcadores muestran cambios físicos y fisiológicos en los genitales de las mujeres con el uso de esta combinación que pueden estar relacionados con la función sexual.[11]

Hace poco, Zimmerman y su grupo[25] estudiaron lo que sucede al añadir dehidroepiandrosterona (DHEA) a los anticonceptivos hormonales orales combinados que contienen drospirenona en un intento de contrarrestar la posibilidad de alteraciones sexuales que puede resultar en reducción de la testosterona libre y total. Otros grupos están estudiando, incluso desarrollando ya en fase II, combinaciones de anticonceptivos con andrógenos. En teoría, el potencial de mejoras positivas de la función sexual en algunas mujeres con sensibilidad a los andrógenos o disfunción sexual asociada con los anticonceptivos hormonales es muy interesante y prometedor.

Desde otro punto de vista, existen otros aspectos del uso de los anticonceptivos hormonales orales combinados que deben tenerse en cuenta en relación con la función sexual: hemorragia intercurrente, sensibilidad mamaria y sequedad vaginal, que pueden inclinar la balanza al uso de un tipo u otro de anticonceptivos hormonales orales combinados.[8,26]

Anticonceptivos hormonales combinados en parche transdérmico

El perfil de efectos secundarios del parche es similar al de los anticonceptivos hormonales orales combinados, que están relacionados con los estrógenos, que casi siempre son leves o moderados: náuseas, sensibilidad en las mamas, labilidad emocional y dismenorrea. El único efecto adverso específico del parche es la reacción en el sitio de aplicación, que ocurre en 20% de las usuarias y es un tratamiento limitante en 2%. La adherencia del parche es alta sin que importe si se usa en climas húmedos o en personas que hacen ejercicio.[27]

Una ventaja de la ruta transdérmica es que las concentraciones de estrógeno son estables sin los picos y valles vistos con los anticonceptivos hormonales orales combinados, y la biodisponibilidad del estrógeno es más alta en las usuarias de parches. Esto hace pensar en posibles ventajas o riesgos con respecto a las concentraciones de SHBG y testosterona libre.[6]

Se carece de estudios que señalen diferencias en la sexualidad de usuarias de parche *vs* anticonceptivos hormonales orales combinados. En Europa se ha desarrollado un nuevo parche transparente que administra 0.5 mg de etinil estradiol y 2.1 mg de gestodeno. Es un fármaco favorable para el uso transdérmico, ya que tiene un perfil de eficacia y seguridad establecido y una buena absorción en la piel, lo que permite una dosis baja; además, es un parche pequeño. En Estados Unidos se investiga un parche con una matriz de 15 cm^2, con un adhesivo circundante para un área total de 26 cm^2, que contiene 2.3 mg de etinil estradiol y 2.6 mg de levonorgestrel. Las principales diferencias entre este y el parche NGMN/EE, actualmente comercializado, son la disminución del AUC de estrógenos y el levonorgestrel, que ha demostrado tener tasas más bajas de eventos trombóticos venosos que otras progestinas y mejor perfil en la función sexual.[27]

Sin duda, la investigación de los nuevos parches en relación con la función sexual en comparación con los anticonceptivos hormonales orales combinados, determinará una posible diferencia en la elección.

Anticonceptivos hormonales combinados en anillo vaginal

El anillo tiene el mismo mecanismo de acción y contraindicaciones que los anticonceptivos hormonales orales combinados. Las concentraciones séricas de esteroides son más estables, mientras que la exposición estrogénica es menor. La eficacia anticonceptiva es similar. El control del ciclo es mejor, y las tasas de cumplimiento y continuación son iguales o superiores. Los síntomas adversos relacionados con los estrógenos parecen ser menores, aunque los informes de la incidencia de trombosis venosa son contradictorios. Sin embargo, en comparación con las usuarias de anticonceptivos hormonales orales combinados, las del anillo experimentan comparativamente menos problemas de sequedad vaginal.[28] La expulsión del anillo se reporta en 4 a 20% de las mujeres. Los eventos adversos locales son la razón principal de la interrupción. La aceptabilidad es tan alta como con los anticonceptivos hormonales orales combinados y, después del asesoramiento estructurado, muchas mujeres prefieren el anillo a la píldora o al parche.[29]

Por lo que se refiere a su influencia en la sexualidad, hay muy pocos datos. Sin embargo, el hecho de insertarlo en la vagina, y luego retirarlo, marca una diferencia en el concepto amplio de la sexualidad de la usuaria. Los estudios documentan varias vías a través de las cuales el anillo puede afectar el funcionamiento sexual. En el nivel básico de autoconfort sexual, el anillo requiere tocarse los genitales. En un estudio efectuado en mujeres adolescentes, las participantes que estaban más dispuestas a probar el anillo expresaron que se sintieron más cómodas al manipular el anillo en sus genitales.[30] Las mujeres menos aptas para probar el método estaban preocupadas de que el anillo se perdiera dentro o se saliera fácilmente de la vagina. Proporcionar a las mujeres estrategias alternativas, como usar guantes, usar un aplicador[30] o solicitar la ayuda de un compañero para insertar y quitar el anillo, puede facilitar la disposición para iniciar el método entre quienes se sienten menos cómodas tocando sus propios genitales.

La mecánica del anillo también repercute en su aceptabilidad sexual, tanto para las mujeres como para sus parejas. En una revisión que comparó el anillo con los anticonceptivos hormonales orales combinados, las mujeres informaron que era más probable que el anillo interfiriera con el sexo, y una proporción significativamente mayor de mujeres informó que sus parejas sexuales preferían la píldora. Los eventos relacionados con el anillo, como sentir el anillo dentro de la vagina, interferencia con el sexo y la expulsión, se asocian con tasas más altas de interrupción del método.[28]

Anticonceptivos hormonales con solo progestinas

El componente de progestina de los anticonceptivos hormonales orales combinados es el responsable de gran parte de sus efectos anticonceptivos (inhibición de la ovulación, supresión de la actividad endometrial, engrosamiento del moco cervical). Los métodos que solo contienen progestinas incluyen: píldoras (la píldora más utilizada en Europa contiene dosis bajas de desogestrel, inyectables [medroxiprogesterona acetato de depósito (DMPA)], implantes (la anticoncepción reversible de acción prolongada más reciente contiene implantes de etonogestrel durante al menos 3 años) y dispositivos intrauterinos (levonorgestrel durante al menos 5 años).

La anticoncepción solo con progestinas es eficaz, reversible y con múltiples ventajas para la salud no anticonceptiva: disminución de la dismenorrea, menorragia, síndrome premenstrual y anemia.[31] El mayor inconveniente es el control

https://doi.org/10.24245/gom.v88iSupl1.3857

del ciclo porque es peor que el de los anticonceptivos hormonales orales combinados; puede haber pérdidas intermenstruales que no abonan al cumplimiento.[31]

Los métodos con solo progestinas están indicados para las mujeres que no pueden o no deben tomar anticonceptivos hormonales combinados porque tienen algunas contraindicaciones para recibir estrógenos y, por lo tanto, tienen mayor riesgo de TEV.[32] La anticoncepción con solo progestinas es una alternativa segura a los anticonceptivos hormonales orales combinados porque se evita el componente estrogénico y tiene ventajas no solo para las mujeres en el periodo de lactancia, sino también para quienes padecen enfermedades vasculares o tienen factores de riesgo de accidente cerebrovascular.[33] Además, el consumo de anticonceptivos de solo progestina no se asocia con un mayor riesgo de trombosis venosa en comparación con las no usuarios de la anticoncepción hormonal.[33]

Píldora oral con solo progestina

Se dispone de escasos estudios que analicen la función sexual en usuarias de hormonales con solo progestina. Un estudio efectuado hace más de 10 años no encontró diferencias en el deseo sexual entre el anticonceptivo hormonal oral con solo progestinas y el placebo.[34]

Hacen falta estudios comparativos de la influencia de los hormonales con solo progestina *versus* los anticonceptivos hormonales orales combinados. Los primeros no afectan las concentraciones de testosterona libre, pero tienen más manchados intermenstruales, que repercuten en la sexualidad. Tampoco hay datos que señalen las diferencias entre las distintas rutas de hormonales con solo progestina.

La tolerabilidad de los patrones de sangrado irregulares y otros efectos secundarios deben explorarse más a fondo con respecto a la aceptación sexual. El perfil de hemorragia impredecible tiene participación en la aceptación sexual y puede ser superado por la satisfacción sexual, la seguridad y las propiedades independientes de la usuaria, asociadas con el método. La aparición de las progestinas solo de drospirenona (4 mg) representa un avance considerable porque la mujer tiene menos sangrado que con otras píldoras solo de progestina;[35] además, se sabe que la drospirenona no afecta la función sexual.[36]

Es indudable que la esfera de la sexualidad aún requiere de mayor investigación para que el método anticonceptivo no interfiera o su eficacia y efectos secundarios no sean dependientes de afectar o no el ejercicio de la sexualidad.

Implante transdérmico con solo progestina

El implante transdérmico es un método sumamente eficaz y reversible, y aceptado por las mujeres de todas las edades y distinta paridad. Uno de los inconvenientes vinculados con la sexualidad es la alta tasa de sangrado irregular. Los estudios sugieren que entre 21 y 50% de las usuarias de implantes reportan sangrado prolongado o más intenso durante el primer año de uso.[37] Pero también, al menos un tercio (32 a 42%) de las usuarias, experimenta amenorrea.[38] Otros efectos secundarios comunes del implante también pueden disminuir indirectamente la aceptabilidad sexual, incluidos la sensibilidad mamaria, cefalea, acné, aumento de peso e hirsutismo.[38]

Un estudio reportó puntuaciones del FSFI significativamente más altas después de tres meses de uso de los implantes en comparación con las evaluaciones iniciales; esas altas puntuaciones persistieron a los seis meses.[39] Sin embargo, de 2 a 9% de las nuevas usuarias de implantes en varios estudios reportaron pérdida de la libido.[36] Esos porcentajes son menores que los que se

reportan en estudios de anticonceptivos hormonales orales combinados.

Anticonceptivo inyectable solo con progestina

La aceptación sexual del anticonceptivo inyectable Depo-Provera (DMPA) varía conforme a la experiencia de cada mujer en relación con la tolerancia al sangrado irregular, la razón más comúnmente citada para la interrupción.[40] En un estudio se encontró que, en comparación con las usuarias de los anticonceptivos hormonales orales combinados, las mujeres que optaron por la inyección durante un mínimo de seis meses informaron menos días de sangrado por mes y los investigadores no observaron diferencias en la función sexual o la satisfacción de la relación entre los dos grupos.[41]

Varios estudios documentan la disminución de la libido, aumento de la mastodinia y del peso junto con cambios negativos en el estado de ánimo entre las usuarias de medroxiprogesterona.[40-43] En general, las mujeres destacan que esos efectos secundarios no son aislados y que, en conjunto, repercuten en cambios en el deseo sexual, de ahí que no se encuentre entre las principales opciones para la anticoncepción.

Dispositivo intrauterino con progestina

En los últimos años, los dispositivos intrauterinos han tenido un gran resurgimiento en el campo de la planificación familiar, sobre todo por su característica de ser reversibles y de acción prolongada (LARC), en donde también se incluye a los implantes anticonceptivos subdérmicos. La popularidad de la anticoncepción reversible de acción prolongada ha aumentado en la última década, y los médicos se inclinan, favorablemente, a sugerir su indicación en mujeres jóvenes y nulíparas.

Los pocos estudios que existen sistemáticamente encuentran que los dispositivos intrauterinos hormonales y no hormonales no se asocian con cambios en la función sexual, salvo su mejora.[44] Las usuarias del DIU con levonorgestrel, después de aproximadamente seis meses de uso, informan menos dolor sexual y pélvico,[45] incremento del deseo sexual[44,45] y excitación.[46] Los DIU con levonorgestrel crean un ambiente uterino hostil a los espermatozoides y a la implantación. Estos dispositivos intrauterinos también contienen progestina, que ayuda a espesar el fluido cervical y a suprimir el endometrio, lo que reduce la pérdida de sangre.[45] Si bien estos dispositivos liberan solo una pequeña cantidad de hormonas localizadas y no contienen estrógenos, sus efectos secundarios hormonales no son desconocidos. En un estudio, 35% de las usuarias de este método informaron cierta sensibilidad mamaria que desapareció en no más de seis meses.[45]

Un estudio que comparó la función sexual y la satisfacción entre mujeres que usaban el DIU hormonal *versus* el no hormonal, encontró pocas diferencias entre los grupos.[47] Las usuarias del DIU de levonorgestrel fueron significativamente más propensas a informar su satisfacción con el método en comparación con las usuarias del DIU de cobre quizá, en parte, por el menor sangrado menstrual. Las mujeres de ambos grupos de DIU reportaron tasas similares de satisfacción sexual autopercibida (58 a 60%), actividad sexual más de dos veces por semana (48 a 49%), sexo deseado más de dos veces por semana (50 a 53%) y facilidad para alcanzar la excitación física.[47]

CONCLUSIONES

Aún se requieren más estudios clínicos que documenten la aceptación sexual de los métodos para las mujeres y sus parejas. Asimismo, mayor investigación que permita saber cómo aplicar de

https://doi.org/10.24245/gom.v88iSupl1.3857

manera práctica los resultados de los estudios de aceptabilidad sexual para poder aconsejar a nuestras mujeres. La individualización, junto con los resultados clínicos, debe basarse en la creación de algoritmos que puedan satisfacer las preferencias sexuales y las relaciones individuales. La aceptabilidad sexual debería ser un punto imprescindible en el tratamiento de la anticoncepción. Es necesario profundizar en el conocimiento de la sexualidad y valorar el placer, la satisfacción y el bienestar sexual de las mujeres usuarias de métodos anticonceptivos y, además, señalar a las diferentes compañías farmacéuticas la importancia de esta área. Continuamente están apareciendo nuevos anticonceptivos hormonales, pero su vínculo con la sexualidad sigue quedando de lado.

REFERENCIAS

1. Rivera R, et al. The mechanism of action of hormonal contraceptives and intrauterine contraceptive devices. Am J Obstet Gynecol 1999; 181 (5 Pt 1): 1263-69. https://doi.org/10.1016/S0002-9378(99)70120-1
2. De Leo V, et al. Hormonal contraceptives: pharmacology tailored to women's health. Hum Reprod Update. 2016 Sep;22(5):634-46. https://doi.org/10.1093/humupd/dmw016
3. Sitruk-Ware R. New progestagens for contraceptive use. Hum Reprod Update. 2006 Mar-Apr;12(2):169-78. https://doi.org/10.1093/humupd/dmi046
4. Panzer C, et al. Impact of oral contraceptives on sex hormone-binding globulin and androgen levels: A retrospective study in women with sexual dysfunction. J Sex Med 2006; 3:104-13. 10.1111/j.1743-6109.2005.00198.x
5. Devineni D, et al. Pharmacokinetics and pharmacodynamics of a transdermal contraceptive patch and an oral contraceptive. J Clin Pharmacol 2007; 47: 497-509. https://doi.org/10.1177/0091270006297919
6. Sitruk-Ware RL, et al. Comparison of the impact of vaginal and oral administration of combined hormonal contraceptives on hepatic proteins sensitive to estrogen. Contraception 2007; 75: 430-7. https://doi.org/10.1016/j.contraception.2007.01.027
7. Coenen CM, et al. Changes in androgens during treatment with four low-dose contraceptives. Contraception 1996; 53: 171-6. https://doi.org/10.1016/0010-7824(96)00006-6
8. Burrows LJ, et al. The effects of hormonal contraceptives on female sexuality: a review. J Sex Med. 2012 Sep; 9 (9): 2213-23. https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2012.02848.x
9. Davis SR, et al. Circulating androgen levels and self-reported sexual function in women. JAMA 2005; 294: 91-6. doi:10.1001/jama.294.1.91
10. Sanders SA, et al. A prospective study of the effects of oral contraceptives on sexuality and well-being and their relationship to discontinuation. Contraception 2001; 64: 51-58. https://doi.org/10.1016/S0010-7824(01)00218-9
11. Battaglia C, et al. Sexual behavior and oral contraception: A pilot study. J Sex Med 2012; 9: 550-7. https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2011.02597.x
12. Wallwiener CW, et al. Prevalence of sexual dysfunction and impact of contraception in female German medical students. J Sex Med 2010; 7: 2139-48. https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2010.01742.x
13. Graham CA, et al. The effects of steroidal contraceptives on the well-being and sexuality of women: A double-blind, placebo-controlled, two centre study of combined and progestogen-only methods. Contraception 1995; 52: 363-9. https://doi.org/10.1016/0010-7824(95)00226-X
14. McCoy NL, Matyas JR. Oral contraceptives and sexuality in university women. Arch Sex Behav 1996; 25: 73-90. https://doi.org/10.1007/BF02437907
15. Sabatini R, Cagiano R. Comparison profiles of cycle control, side effects and sexual satisfaction of three hormonal contraceptives. Contraception 2006; 74: 220-3. https://doi.org/10.1016/j.contraception.2006.03.022
16. Greenstein A, et al. Vulvar vestibulitis syndrome and estrogen dose of oral contraceptive pills. J Sex Med 2007; 4: 1679-83. https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2007.00621.x
17. Bouchard C, et al. Use of oral contraceptive pills and vulvar vestibulitis: A case control study. Am J Epidemiol 2002; 156: 254-61. https://doi.org/10.1093/aje/kwf037
18. Bohm-Starke N, et al. Decreased mechanical pain threshold in the vestibular mucosa of women using oral contraceptives: A contributing factor in vulvar vestibulitis? J Reprod Med 2004; 49: 888-92.
19. Goldstein A, et al. Can oral contraceptives cause vestibulodynia? J Sex Med 2009; 7: 1585-7. https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2009.01685.x
20. Graham CA, et al. Turning on and turning off: A focus group study of the factors that affect women's sexual arousal. Arch Sex Behav 2004; 33: 527-38. https://doi.org/10.1023/B:ASEB.0000044737.62561.fd
21. Caruso S, et al. Hyperandrogenic women treated with a continuous-regimen oral contraceptive. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2013 Dec; 171 (2): 307-10. https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2013.09.039
22. Daniels K, et al. Current contraceptive status among women aged 15-44: United States, 2011-2013. NCHS Data Brief. 2014 Dec; (173): 1-8.

23. Shahnazi M, et al. Comparing the effects of the second-and third-generation oral contraceptives on sexual functioning. Iran J Nurs Midwifery Res. 2015 Jan-Feb; 20 (1): 47-55. PMID: 25709690
24. Battaglia C, et al. Clitoral vascularization and sexual behavior in young patients treated with drospirenone-ethinyl estradiol or contraceptive vaginal ring: a prospective, randomized, pilot study. .J Sex Med. 2014 Feb; 11 (2): 471-80. https://doi.org/10.1111/jsm.12392
25. Zimmerman Y, et al. Restring testosterone levels by adding dehydroepiandrosterone to a drospirenone containing combined oral contraceptive: II. Clinical effects. Contraception. 2015 Feb; 91 (2): 134-42. https://doi.org/10.1016/j.contraception.2014.11.008
26. Tracy EE. Contraception: Menarche to Menopause. Obstet Gynecol Clin North Am. 2017 Jun; 44 (2): 143-58. doi: 10.1016/j.ogc.2017.02.001.
27. Galzote RM, et al. Transdermal delivery of combined hormonal contraception: a review of the current literature. Int J Womens Health. 2017 May 15; 9: 315-21. doi: 10.2147/IJWH.S102306
28. Roumen FJ. Review of the combined contraceptive vaginal ring, NuvaRing. Ther Clin Risk Manag. 2008 Apr; 4 (2): 441-51. 10.2147/tcrm.s1964
29. Roumen FJ, et al. The contraceptive vaginal ring, NuvaRing(®), a decade after its introduction. Eur J Contracept Reprod Health Care. 2012 Dec; 17 (6): 415-27. https://doi.org/10.3109/13625187.2012.713535
30. Terrell LR, et al. Acceptability of the vaginal contraceptive ring among adolescent women. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2011 Aug; 24 (4): 204-10. https://doi.org/10.1016/j.jpag.2011.02.003.
31. Collaborative Study Group on the Desogestrel-Containing Progestogen-Only Pill. A double-blind study comparing the contraceptive efficacy, acceptability and safety of two progestogen-only pills containing desogestrel 75 µg/day and levonorgestrel 30 µ/day. Eur J Contracep Reprod Health Care. 1998; 14: 169-78. https://doi.org/10.3109/13625189809167250
32. Lidegaard Ø, et al. Hormonal contraception and risk of venous thromboembolism: national follow-up study. BMJ. 2009; 14: b2890. https://doi.org/10.1136/bmj.b2890
33. Chakhtoura Z, et al. Progestogen-only contraceptives and the risk of stroke: a metaanalysis. Stroke. 2009; 14: 1059-62. https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.108.538405
34. Schaffir J. Hormonal contraception and sexual desire: a critical review. J Sex Marital Ther. 2006; 32 (4): 305-14. https://doi.org/10.1080/00926230600666311
35. Palacios S, et al. Multicenter, phase III trials on the contraceptive efficacy, tolerability and safety of a new drospirenone-only pill. Acta Obstet Gynecol Scand. 2019 Jul 18. https://doi.org/10.1111/aogs.13688
36. Davis SR, et al. Change to either a nonandrogenic or androgenic progestin-containing oral contraceptive preparation is associated with improved sexual function in women with oral contraceptive-associated sexual dysfunction. J Sex Med. 2013 Dec; 10 (12): 3069-79. https://doi.org/10.1111/jsm.12310
37. Visconti F, et al. A new long-term reversible contraception method: sexual and metabolic impact. Transl Med UniSa. 2012 Oct 11; 4: 86-9. PMID: 23905067
38. 38. Duvan Cİ, et al. Etonogestrel contraceptive implant (Implanon): analysis of patient compliance and adverse effects in the breastfeeding period. J Turk Ger Gynecol Assoc. 2010 Sep 1; 11 (3): 141-4. 10.5152/jtgga.2010.21
39. Di Carlo C, et al. Impact of an implantable steroid contraceptive (etonogestrel-releasing implant) on quality of life and sexual function: a preliminary study. Gynecol Endocrinol. 2014 Jan; 30 (1): 53-6. https://doi.org/10.3109/09513590.2013.848851
40. Wanyonyi SZ, et al. Health-related quality of life changes among users of depot medroxyprogesterone acetate for contraception. Contraception. 2011 Nov; 84 (5): e17-22. https://doi.org/10.1016/j.contraception.2011.05.022
41. 4Schaffir J, et al. Patient perceptions regarding effect of gynecological surgery on sexuality. J Sex Med. 2010 Feb; 7(2 Pt 1): 826-31. https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2009.01572.x
42. Grossman Barr N. Managing adverse effects of hormonal contraceptives. Am Fam Physician. 2010 Dec 15; 82 (12).
43. Schivone G, et al. Injectable contraception: updates and innovation. Curr Opin Obstet Gynecol. 2016 Dec; 28 (6): 504-9. doi: 10.1097/GCO.0000000000000329
44. Gorgen H, et al. Use of the Levonorgestrel-IUS in the treatment of menorrhagia: assessment of quality of life in Turkish users. Arch Gynecol Obstet. 2009 Jun; 279 (6): 835-40. https://doi.org/10.1007/s00404-008-0834-x
45. Bastianelli C, et al. Use of the levonorgestrel-releasing intrauterine system, quality of life and sexuality. Experience in an Italian family planning center. Contraception. 2011 Oct; 84 (4): 402-8. https://doi.org/10.1016/j.contraception.2011.01.020
46. Skrzypulec V, Drosdzol A. Evaluation of quality of life and sexual functioning of women using levonorgestrel-releasing intrauterine contraceptive system--Mirena. Coll Antropol. 2008 Dec; 32 (4): 1059-68. https://doi.org/10.1080/13625180701712406
47. Enzlin P, et al. Sexual functioning in women using levonorgestrel-releasing intrauterine systems as compared to copper intrauterine devices. J Sex Med. 2012 Apr; 9 (4): 1065-73. https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2011.02266.x

https://doi.org/10.24245/gom.v88iSupl1.3857