

¿Adios a la regla?

Good-bye to the menstruation?

Cancelo Hidalgo M.J, Sánchez Borrego R*

*Hospital universitario de Guadalajara. Universidad de Alcalá de Henares. Madrid.
Diatros, Clinica de atención a la mujer. Barcelona

Resumen

En los últimos tiempos, la necesidad de tener la menstruación mensualmente está siendo cuestionada, tomando cada vez mas auge las opiniones que defienden el espaciamiento entre las menstruaciones. La justificación para ello se basa en la mejora de síntomas o de algunas enfermedades que empeoran durante la menstruación o, la mejora en la calidad de vida.

Esto puede ser llevado a cabo con la utilización de regímenes ampliados de anticonceptivos orales. Los deseos de la mujer en relación a la frecuencia con la que ella desea menstruar indicará las líneas de investigación de los futuros métodos anticonceptivos.

Palabras clave: Menstruación. Regímenes anticonceptivos orales ampliados.

Summary

Recently the need of the monthly menstruation is being questioned, becoming increasingly more and more interesting the attitude that defends the spacing between the menstruations. The justification for it would be the relief of symptoms and some diseases worsened with the menstruation or, the improvement in the quality of life.

This can be made with the utilization of extended oral contraceptives regimens. The desires of women in relation to the frequency with which they want to menstruate will indicate the lines of investigation of future contraceptive methods.

Key words: Menstruation. Extended oral contraceptives regimens.

Correspondencia: M.J. Cancelo Hidalgo.
Servicio de Ginecología y Obstetricia.
Hospital Universitario de Guadalajara.
C/ Donante de Sangre s/n. Guadalajara 19002.
e-mail: mcanceloh@sego.es

INTRODUCCIÓN

En los últimos tiempos, está cobrando interés la discusión generada tanto en la comunidad científica como en la opinión pública sobre la necesidad de la menstruación, surgiendo ideas encontradas respecto a la posibilidad de espaciar los periodos menstruales. Ambos puntos de vista son defendibles: por una parte, la idea de “medicalizar” una función natural, no ve con buenos ojos la posibilidad de espaciar los ciclos (1), mientras que por otra, se recibe con agrado la oportunidad de liberarse de lo que algunos han definido como la “maldición mensual” (2)

Significación cultural de la menstruación

Antropológicamente, se ha subestimado la importancia de la menstruación, tomando las costumbres relacionadas con ella, formas generalmente negativas lo que ha comportado gran cantidad de “tabúes” menstruales. Este es un hecho repetido a lo largo del tiempo y en las diferentes culturas que han llevado a la prohibición del desarrollo de actividades cotidianas durante la menstruación como cocinar, visitar los lugares sagrados, tener relaciones sexuales e incluso, a ser aisladas durante el sangrado menstrual.

A través de la historia, y sin excepción, todas las sociedades han asignado un significado especial a la menstruación: rito, misterio, secreto, impureza y amenaza.

La comunidad científica tampoco ha aportado ideas positivas sobre la menstruación. Para los médicos clásicos existía la creencia de que los cuerpos de las mujeres eran fríos y húmedos, por lo que en ellas se acumulaban muchos humores, que descendiendo a la parte baja del cuerpo eran expulsados al exterior. Para Hipócrates y más tarde, para Galeno, la menstruación se convirtió en el fundamento para la sangría, la práctica médica más extendida y usada durante siglos. Esta idea ha prevalecido en el tiempo, apuntando en la escuela Medieval de Salerno la utilidad de la menstruación para regular el temperamento femenino.

Cambios en los patrones menstruales

La menstruación regular mensual, es un fenómeno relativamente reciente. En comparación con hace unos 100 años, se ha producido un notable descenso en la edad de la menarquia, número de embarazos, tiempo de lactancia y mortalidad materna, por lo que en la actualidad la mujer tiene un incremento notable del número de ciclos menstruales. Se estima que la mujer tiene unos 450 episodios menstruales a lo largo de su vida frente a los aproximadamente 160 de las

mujeres en la antigüedad (3). Existen grupos de poblaciones de fertilidad natural que no utilizan ningún método anticonceptivo, como los Dogón en la isla de Mali, donde se ha podido estudiar su vida reproductiva con detalle, ya que las mujeres durante los periodos menstruales habitan cabañas situadas en las afueras del poblado, comprobándose que tienen unos 110 ciclos menstruales en toda su vida (4).

No están determinadas las implicaciones que estas modificaciones evolutivas pueden tener para la salud de la mujer moderna (5), sugiriéndose la relación entre un aumento del número de ciclos con un mayor riesgo de cánceres del aparato reproductor como mama y ovario, donde se ha demostrado un efecto protector de los anticonceptivos orales (6), apuntándose como causa de este efecto protector la disminución del número de ciclos.

Actitud de las mujeres ante la menstruación.

En líneas generales, las mujeres tienden a una actitud positiva respecto a la menstruación por la íntima relación que con su rol femenino tiene este proceso fisiológico. Sin embargo, mientras que para algunas mujeres resulta simplemente una incomodidad, para otras supone un problema real por la presencia de algún síntoma molesto pre o menstrual, lo cual es referido por el 85% de las mujeres (7). Estudios llevados a cabo para conocer las actitudes, necesidades y preferencias respecto a la posibilidad de introducir cambios el patrón menstrual, muchas mujeres prefieren patrones sin sangrado (8). La mayoría (80,5%) cambiaría uno o más aspectos de su menstruación, como tener menos dolor, ciclos más cortos, menos cantidad de sangrado menstrual o incluso, no tener la menstruación. En relación con la frecuencia, la mayoría de las mujeres prefieren espaciarla más allá de un mes, o bien, no sangrar nunca, especialmente las mujeres más jóvenes, tanto si el sangrado es espontáneo o inducido por anticonceptivos (9).

Estas preferencias de las mujeres tienen importantes implicaciones respecto al desarrollo futuro de la anticoncepción (10). La valoración se realiza mediante instrumentos específicos de medida de actitudes frente a la menstruación (11), que han sido desarrollados para el estudio de la percepción que la propia mujer tiene de su menstruación.

Inconvenientes asociados a la menstruación

Los síntomas más frecuentemente asociados a la menstruación son cansancio, dolor de cabeza, tensión mamaria, sensación de hinchazón, aumento de peso,

ansiedad, depresión y cambios de humor. En un tercio de las mujeres son de la suficiente intensidad como para interferir con sus actividades cotidianas (12).

Aparte de la limitación personal que supone padecer los síntomas durante varios días al mes, resalta el enorme absentismo laboral debido a la menstruación (13), con el alto coste económico que comporta. Además, existen circunstancias especiales relacionadas con la actividad laboral, como en el caso de mujeres militares, policías, atletas, etc, donde la menstruación puede suponer dificultades añadidas al desarrollo de sus actividades (14)

Además, otras patologías como la endometriosis y la anemia se ven agravadas por la menstruación y mejoran con el cese de la misma. También la migraña, porfiria, epilepsia, trombocitopenia e incluso la artrosis, empeoran durante la menstruación.

Beneficios de los anticonceptivos

Los preparados anticonceptivos han mostrado un efecto beneficioso en otros campos, además de la probada eficacia anticonceptiva, como en el alivio de la dismenorrea y metrorragia, propiciando una regularidad del ciclo y previniendo la anemia por déficit de hierro (15).

Son utilizados en el manejo de cuadros ginecológicos como la endometriosis, sangrado uterino disfuncional, dolor pélvico o control del sangrado en mujeres con discrasias sanguíneas (16). Los beneficios en estas mujeres con patología podrían ser mayores si la frecuencia de sangrado se espaciara en el tiempo. Por otra parte, para algunas mujeres que refieren aparición de síntomas durante los días libres de medicación, especialmente cefaleas (17), podría disminuirse con la utilización de pautas más largas de días medicados.

Aunque clásicamente se considera la duración normal del ciclo menstrual de 28 días, en realidad esto ocurre así solo en el 40% de las mujeres. Un tercio de las mujeres presentan ciclos más largos, otro tercio más cortos y en un 10% son irregulares o variables (18). No obstante, el sangrado mensual continúa siendo la percepción habitual para la mujer.

Reducir el número de menstruaciones a través del uso de anticonceptivos hormonales de manera continua, distanciando los días libres de medicación, ha demostrado ser una pauta segura, efectiva y aceptable para la mujer que tiene problemas derivados de la menstruación (19). Para el resto de las mujeres, la supresión de la regla puede posibilitar una mejora en su calidad de vida.

Desde el inicio de la anticoncepción hormonal

oral en los años 60 las múltiples modificaciones que se han realizado en estos preparados han sido en cuanto a dosis y composición, sin introducirse apenas cambios en las pautas de administración: 21 días de medicación y siete libres de tratamiento. Este régimen fue seleccionado en su origen porque reproducía el promedio del ciclo menstrual, siendo percibida su utilización como un proceso más natural y haciendo así el nuevo producto más aceptable tanto para las usuarias como para los profesionales. Por otra parte, el sangrado mensual tendría un valor indicativo para la mujer respecto a la ausencia de embarazo.

A pesar de esa apariencia natural, el sangrado que ocurre durante la anticoncepción oral es inducido médicamente y no ha demostrado que resulte necesario para la salud. La alta eficacia anticonceptiva de los preparados haría innecesaria la reafirmación del sangrado mensual respecto a la ausencia de embarazo. Incluso para los defensores de regímenes más largos, el riesgo de gestación disminuye aún más que con la pauta estándar debido a la reducción del número de días libres de tratamiento, que podrían llevar a la maduración de un folículo.

En cambio, para otros, con los regímenes de larga duración la exposición a las hormonas sería mayor. Así el consumo anual de estrógenos y gestágenos se incrementaría un 23% en los regímenes trimestrales (84 días/7). No obstante, incluso así, la exposición es menor que con la utilización en pautas estándar de anticonceptivos con dosis alta (3).

HISTORIA DE LOS REGÍMENES TRIMESTRALES

Antiguos estudios utilizando dosis altas, 50 µg de etinilestradiol (EE) y 2,5 mg de linestrenol con regímenes de 84 días de tratamiento / 6 días de placebo, mostraron una alta aceptabilidad del régimen trimestral. Un 80% de mujeres deseaban continuar esta pauta al finalizar el estudio tras un año de tratamiento (20)

Otros estudios han indicado niveles más bajos de aceptabilidad, continuando con el régimen trimestral el 59% de las mujeres (21). Similares tasas de aceptabilidad se han publicado en un estudio suizo, utilizando 30µg de EE y 150 µg de desogestrel. En este estudio, apareció un mayor número de sangrados inesperados en el régimen trimestral comparado con el estándar. Sin embargo, otros síntomas como las cefaleas fueron significativamente menos frecuentes en el régimen trimestral. (22)

También se han llevado a cabo análisis con dosis

más bajas de EE. Recientemente, Miller (23) publica un estudio en el que utilizando 20 µg de EE y 100 µg de levonorgestrel, el 76% de las mujeres desearon continuar con el régimen ampliado tras finalizar el estudio. Después de 12 meses, habían disminuido significativamente los días de sangrado y los episodios de sangrado inesperado.

Otro estudio también indica un menor nivel de cefaleas entre las mujeres que utilizaron un régimen de 42/7 días de 30µg de EE y 300 µg de norgestrel frente a las mujeres que utilizaron el mismo preparado pero con la pauta estándar de 21/7 días (24). Además, las mujeres con la pauta ampliada refirieron menor frecuencia de tensión mamaria, calambres, cansancio y prurito genital. En el tiempo de estudio, 1 año, no hubo diferencias significativas entre los dos grupos en cuanto al número de días de sangrado inesperado, teniendo las mujeres de la pauta larga menos días de sangrado en el cómputo global.

Incluso se han llevado a cabo análisis económicos respecto al coste-ahorro con los regímenes trimestrales: mayor coste por el mayor número de pastillas medicadas comparado con el ahorro en material higiénico que supone la disminución del número de días de sangrado (25), saliendo favorecido el ahorro en las pautas trimestrales.

Aunque los contraceptivos orales combinados (COCs) podrían ser utilizados en pautas trimestrales, no existe en nuestro comercio ningún preparado envasado a tal efecto. La Food and Droug Administration (FDA) ha aprobado la utilización en EEUU de un preparado con 84 días de tratamiento / 7días de placebo, disponible en dosis de 30µg de EE y 150 µg de levonorgestrel o bien 20 µg de EE y 100 µg de levonorgestrel, comercializado con el nombre de Seasonale". Los resultados de ensayos clínicos llevados a cabo con este preparado han mostrando una alta eficacia, con efectos secundarios similares a los aparecidos con las pautas clásicas excepto para el sangrado inesperado que resultó más frecuente en la pauta trimestral (26). Aún no existen estudios de seguridad de largo tiempo de utilización, pero está prevista la continuación de estudios Fase III por dos años más (27), con el fin de evaluar la seguridad y continuidad de la pauta.

Esta tendencia a posibilitar la disminución del número de ciclos menstruales no sólo se observa con los COCs. El nuevo dispositivo intrauterino medicado con levonorgestrel, produce después de tres meses de utilización una disminución del sangrado en promedio del 85% y a los 12 meses, la cantidad del sangrado se reduce en un 97% (28). En el sexto mes de uso,

el 44% de las mujeres refieren amenorrea, estabilizándose esta cifra en alrededor del 50% de las usuarias a 12 meses. Las mujeres pueden encontrar inusual no tener reglas, pero esto no les causa problemas, y cuando este aspecto es correctamente explicado el método es bien aceptado, encontrando unas tasas de continuidad elevadas, del 66,2% - 80% en el segundo año.

El sangrado inesperado apareció en el 25% de las usuarias a los 6 meses, disminuyendo al 8 y 11% al año y medio y dos años respectivamente.

Cambios en el patrón mensual de sangrado también ocurren con otros anticonceptivos como el implante subcutáneo de gestágenos (29). A pesar de que este método produce sangrados irregulares, motivo principal de discontinuación del método por el que el 17,2% de las usuarias abandonan en los dos primeros años, estos cambios en el patrón menstrual son bien aceptados si son explicados adecuadamente.

El sangrado uterino anormal es un efecto secundario común de todas las formas de anticoncepción hormonal (30). Aunque este sangrado raramente resulte peligroso, muchas mujeres lo perciben como preocupante, siendo una de las causas más frecuentes de discontinuación (31)

Papel del asesoramiento

El asesoramiento previo al uso de cualquier método de anticoncepción hormonal, ha demostrado que mejora el cumplimiento y la continuación del mismo. Esta información debe dirigirse a los posibles efectos secundarios de cada método anticonceptivo e incluye una discusión de cómo puede afectar el sangrado uterino anormal a la vida de la mujer. Una revisión clásica de los patrones de sangrado de más de 5.000 mujeres que usaron cuatro tipos diferentes de anticonceptivos hormonales (COCs, píldoras sólo-gestágenos, inyectables de medroxiprogesterona y un anillo vaginal liberador de estrógenos) indica que la experiencia subjetiva del sangrado era más importante que el actual patrón de sangrado (32). Así, las mujeres pudieron tolerar cambios profundos en los patrones de sangrado si antes habían sido informadas de esta posibilidad.

Aún existen muchos temores que preocupan a las mujeres, como la posibilidad de que la no expulsión del sangrado menstrual provocase un cúmulo interior del sangrado, o que la falta de regla fuese un estado semejante a la menopausia. La información detallada sobre estos aspectos ayudará a resolver estas preocupaciones y a mejorar la eficacia del método.

FUTURO

Los cambios en la actitud negativa frente a la menstruación pasan por establecer programas de educación, especialmente enfocados hacia los adolescentes, que contemplen el aprendizaje sobre la menstruación, no como un evento educacional aislado sino dentro del proceso global de la educación sexual (33). En este proceso, no puede olvidarse el importante papel que desempeñan los medios de comunicación, desde donde aún hoy se lanzan mensajes explícitos, muchos de ellos negativos sobre la menstruación.

Conclusión

Espaciar las menstruaciones es un tema de controversia tanto entre las mujeres como entre los profesionales sanitarios. La posibilidad de distanciar las menstruaciones reportará beneficios a mujeres afectadas por determinadas patologías ginecológicas o en aquellas en las que la menstruación se asocia con la aparición de síntomas molestos. Para la gran mayoría de mujeres, el distanciamiento entre reglas puede suponer una mejora en su calidad de vida. Las mujeres deben decidir su propia opción menstrual con el asesoramiento informado y abierto de sus médicos.

BIBLIOGRAFÍA

1. **Thomas SL, Ellertson C.:** Nuisance or natural and healthy: should monthly menstruation be optional for women? *Lancet*. 2000 Mar 11; 355(9207): 922-4.
2. **Couthino EM, Segal SJ.:** Is menstruation obsolete? New York: Oxford University Press, 1999.
3. **Kaunitz AM.:** Menstruation: choosing whether and when. *Contraception* 2000 Dec; 62(6):277-84
4. **Strassmann BI, Warner JH.:** Predictors of fecundability and conception waits among the Dogon of Mali. *Am J Phys Anthropol* 1998 Feb;105(2):167-84
5. **Strassmann BI.:** Menstrual cycling and breast cancer: an evolutionary perspective. *J Womens Health* 1999 Mar; 8(2):193-202
6. **Bosetti C, Negri E, Trichopoulos D, Franceschi S, Beral V, Tzonou A, Parazzini F, Greggi S, La Vecchia C.:** Long-term effects of oral contraceptives on ovarian cancer risk. *Int J Cancer* 2002 Nov 20;102(3):262-5
7. **Sternfeld B, Swindle R, Chawla A, Long S, Kennedy S.:** Severity of premenstrual symptoms in a health maintenance organization population. *Obstet Gynecol* 2002 Jun; 99(6):1014-24
8. **Fuchs N, Prinz H, Koch U.:** Attitudes to current oral contraceptive use and future developments: the women's perspective. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 1996 Sep; 1(3):275-84
9. **den Tonkelaar I, Oddens BJ.:** Preferred frequency and characteristics of menstrual bleeding in relation to reproductive status, oral contraceptive use, and hormone replacement therapy use. *Contraception* 1999 Jun; 59(6):357-62
10. **Glasier AF, Smith KB, van der Spuy ZM, Ho PC, Cheng L, Dada K, Wellings K, Baird DT.:** Amenorrhea associated with contraception-an international study on acceptability. *Contraception* 2003 Jan; 67(1):1-8
11. **Brooks-Gunn J, Ruble DN.:** The menstrual attitude questionnaire. *Psychosom Med* 1980 Sep; 42(5):503-12
12. **Borenstein JE, Dean BB, Endicott J, Wong J, Brown C, Dickerson V, Yonkers KA.:** Health and economic impact of the premenstrual syndrome. *J Reprod Med*. 2003 Jul; 48(7): 515-24.
13. **Cote I, Jacobs P, Cumming D.:** Work loss associated with increased menstrual loss in the United States. *Obstet Gynecol* 2002 Oct;100 (4):683-7
14. **Schneider MB, Fisher M, Friedman SB, Bijur PE, Toffler AP.:** Menstrual and premenstrual issues in female military cadets: a unique population with significant concens. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 1999 Nov; 12 (4):195-201
15. **Roy SN, Bhattacharya S.:** Benefits and risks of pharmacological agents used for the treatment of menorrhagia. *Drug Saf*. 2004; 27 (2): 75-90.
16. **Kadir RA, Economides DL, Sabin CA, Pollard D, Lee CA.:** Assessment of menstrual blood loss and gynaecological problems in patients with inherited bleeding disorders. *Haemophilia* 1999 Jan; 5(1): 40-8
17. **Sulak PJ, Scow RD, Preece C, Riggs MW, Kuehl TJ.:** Hormone withdrawal symptoms in oral contraceptive users. *Obstet Gynecol* 2000 Feb; 95 (2): 261-6
18. **Wood C, Larsen L, Williams R.:** Menstrual characteristics of 2,343 women attending the Shepherd Foundation. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 1979 May; 19(2):107-10
19. **Edelman A.:** Menstrual nirvana: amenorrhea through the use of continuous oral contraceptives. *Curr Womens Health Rep* 2002 Dec; 2(6):434-8
20. **Loudon NB, Foxwell M, Potts DM, Guild AL, Short RV.:** Acceptability of an oral contraceptive that reduces the frequency of menstruation: the tri-cycle pill regimen. *Br Med J* 1977 Aug 20; 2 (6085):487-90
21. **Sulak PJ, Kuehl TJ, Ortiz M, Shull BL.:** Acceptance of altering the standard 21-day/7-day oral contraceptive regimen to delay menses and reduce hormone withdrawal symptoms. *Am J Obstet Gynecol* 2002 Jun; 186 (6): 1142-9

22. **Cachrimanidou AC, Hellberg D, Nilsson S, Waldenstrom U, Olsson SE, Sikstrom B.:** Long-interval treatment regimen with a desogestrel-containing oral contraceptive. *Contraception* 1993 Sep; 48 (3): 205-16
23. **Miller L, Hughes J.:** Continuous administration of 100µg levonorgestrel and 20 µg ethinyl estradiol: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2002; 99(suppl): 225.
24. **Miller L, Notter KM.:** Menstrual reduction with extended use of combination oral contraceptive pills: randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2001 Nov; 98 (5 Pt 1): 771-8
25. **Schwartz JL, Creinin MD, Pymar HC.:** The tri-monthly combination oral contraceptive regimen: is it cost effective? *Contraception* 1999 Nov; 60(5): 263-7
26. **Anderson FD, Hait H.:** A multicenter, randomized study of an extended cycle oral contraceptive. *Contraception*. 2003 Aug; 68(2): 89-96.
27. **New oral contraceptive effective,** offers fewer menstrual periods. *Reuters Medical News*. May 8, 2002
28. **Andersson JK, Rybo G.:** Levonorgestrel-releasing intrauterine device in the treatment of menorrhagia. *Br J Obstet Gynaecol* 1990; 97: 690-694
29. **Glasier A.:** Implantable contraceptives for women: effectiveness, discontinuation rates, return of fertility, and outcome of pregnancies. *Contraception* 2002 Jan; 65 (1): 29-37
30. **Sánchez Borrego R, Gómez Martínez MA, Haya Palazuelo J, Martínez Benavides M, Martínez Santos F, Mattos Guillén I, Ruíz Reyna JM.:** por el Grupo CEMAH. Métodos anticonceptivos con solo gestágenos. Revisión de conjunto. *Rev Iberoam Fertil* 2002; 19, 6: 411-422.
31. **Paul C, Skegg DC, Williams S.:** Depot medroxyprogesterone acetate. Patterns of use and reasons for discontinuation. *Contraception*. 1997 Oct; 56 (4): 209-14
32. **Belsey EM, Farley TM.:** The analysis of menstrual bleeding patterns: a review. *Contraception*. 1988 Aug; 38 (2): 129-56.
33. **Cumming DC, Cumming CE, Kieren DK.:** Menstrual mythology and sources of information about menstruation. *Am J Obstet Gynecol* 1991 Feb; 164 (2):472-6