

Panorama anticonceptivo 2002

L. Arribas Mir

Centro de Salud La Chana. Distrito Sanitario de Granada. Médico de Familia. Tutor de la Unidad Docente de Medicina Familiar de Granada. Profesor asociado de la Facultad de Medicina de Granada. Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública.

Introducción

En los últimos 6 años ha habido cambios importantes en el ámbito de la anticoncepción. Algunos métodos ya experimentados en otros países acaban de comercializarse en España. El período 2000-2001 han sido los «años de los gestágenos», con la llegada de la píldora poscoital con levonorgestrel, la píldora anticonceptiva de desogestrel y el sistema intrauterino liberador de levonorgestrel. En el 2002 esperamos pronto el implante subcutáneo de levonorgestrel, el parche anticonceptivo, el anillo vaginal y un nuevo anticonceptivo oral combinado (AOC) con drospirenona como gestágeno. Sobre los AOC y el DIU de cobre ha habido importantes novedades basadas en la evidencia de gran trascendencia clínica. Este artículo, mediante búsqueda selectiva en Medline, muestra algunos de los estudios publicados en los últimos 6 años que debemos tener en cuenta para nuestra práctica clínica.

Objetivo. Establecer el grado de uso de los diferentes métodos anticonceptivos en España.

Método. Entrevista personal en abril de 1999, realizada por mujeres a 2.136 mujeres de 15-49 años, muestra aleatoria del censo, de más de 200 ciudades de todas las provincias. Estratificación por edad, estado marital, localización geográfica, nivel educativo y ocupación.

Resultados. Un total de 1.296 (60,6%) mujeres usaban algún método anticonceptivo. El preservativo (36,2%), era el más utilizado, seguido de la píldora (27,3%), vasectomía (10,5%), DIU (9,6%), ligadura tubárica (7,4%), *coitus interruptus* (7,0), Ogino/naturales (1,2%), óvulos espermicidas (0,4%) y diafragma (0,4%). En el grupo de 20-24 años la píldora era el más empleado, y en el de 45-49 años la ligadura tubárica y el *coitus interruptus*. El nivel educativo no influía en el método. No usaban métodos anticonceptivos 840 (39,4%) mujeres. El 23,5% de las mujeres refería no mantener relaciones sexuales.

Conclusiones. La tasa de uso de anticonceptivos en España es similar a la de otros países desarrollados, pero el método más utilizado es el preservativo, en lo que ya no coincidimos con ellos, en que se utilizan más otros métodos más seguros.

Comentario

Referencia básica para nuestro país. El uso tan elevado del preservativo (36,2%) debería sugerirnos informar mejor de los métodos más seguros y reversibles, como la píldora y el DIU, sobre todo en ciertas edades y parejas estables. Con la amplia gama de métodos reversibles actuales, quizás deberíamos sopesar más las indicaciones de la ligadura o la vasectomía. Aún sin publicar, la encuesta 2001¹ muestra un incremento del número de mujeres que usan anticonceptivos, pero estima que quedan 1.014.286 mujeres en riesgo de embarazo no deseado. Los médicos de familia deben «valorar el uso de la anticoncepción en las mujeres en edad fértil que acuden a su consulta», una importante medida preventiva.

Bibliografía

1. Grupo Daphne. III Encuesta Schering sobre anticoncepción en España. 2001 (<http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/press>)

Terapéutica	Diagnóstico	Pronóstico	Etiología	Prevención
-------------	-------------	------------	-----------	------------

Uso de métodos anticonceptivos en España, 1999 y 2001

Lete I, Bermejo R, Coll C, Dueñas JL, Doval JL, Martínez-Salmeán J, et al. Use of contraceptive methods in Spain: results of a national survey. *Contraception* 2001;63:235-8.

Correspondencia:
Lorenzo Arribas Mir.
Avda. Fuerzas Armadas 19, 4.º B.
18014 Granada.

Correo electrónico:
l.arribas@teleline.es

Terapéutica	Diagnóstico	Pronóstico	Etiología	Prevención
-------------	-------------	------------	-----------	------------

Anticoncepción de emergencia con levonorgestrel solo

Task Force on Postovulatory Methods of Fertility Regulation: World Health Organization. Randomised controlled trial of levonorgestrel versus the Yuzpe regimen of combined oral contraceptives for emergency contraception. *Lancet* 1998;352:428-33.

Objetivo. Comprobar si 2 dosis de 0,75 mg de levonorgestrel solo (LNGS), separadas 12 horas, son más eficaces o causan menos efectos secundarios que 2 tomas de una combinación de 0,1 mg de etnilestradiol y 0,5 mg de levonorgestrel, también separadas 12 horas (pauta de Yuzpe).

Método. Ensayo clínico aleatorio, doble ciego, en 21 centros de 14 países, con 1.998 mujeres de ciclos regulares, que no usan anticonceptivos hormonales y solicitan anticoncepción de emergencia tras un coito no protegido en las últimas 72 horas.

Resultados. Hubo 43 pérdidas. La tasa de embarazo fue del 1,1% (11/976) para el LNGS y un 3,2% (31/979) para el método de Yuzpe. Riesgo relativo LNGS/Yuzpe 0,36 (IC del 95%, 0,18-0,70). La tasa de prevención de embarazos fue del 85% para LNGS (95% hasta las 24 h, 85% de 25-48 h y 58% de 49-72 h) y 57% (77% a las 24 h, 36% de 25-48 h y 31% de 49-72 h) para el método de Yuzpe. Náuseas (23,1/50,5%) y vómitos (5,6/18,8%) eran significativamente menos frecuentes con LNGS.

Conclusiones. El levonorgestrel solo es mejor tolerado y más eficaz que la pauta de Yuzpe. Ambas pautas son más eficaces cuanto más precoz es la administración del preparado.

Comentario

La reciente comercialización en España de la píldora poscoital de LNGS (Norlevo®, Postfemin®, Postinor®) hace aconsejable pasar de la pauta de Yuzpe¹ a la de levonorgestrel. En ambas pautas, cuanto antes se comience el tratamiento mejor funciona. Nuestros dispositivos sanitarios deberían prepararse para facilitar lo antes posible. La financiación pública del LNGS y la dispensación sin prescripción médica podrían favorecer su uso.

Bibliografía

1. Yuzpe AA, Smith RP, Rademaker AW. A multicenter clinical investigation employing ethinyl estradiol combined with dl-norgestrel as postcoital contraceptive agent. *Fertil Steril* 1982;37:508-13.

Terapéutica	Diagnóstico	Pronóstico	Etiología	Prevención
-------------	-------------	------------	-----------	------------

Píldora anticonceptiva de sólo gestágeno

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 micrograms/day or levonorgestrel 30 micrograms/day. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 1998;3:169-78.

Objetivo. Comparar la minipíldora tradicional de 30 µg/día de levonorgestrel (LNG) y un nuevo preparado de 75 µg/día de desogestrel (DSG).

Método. Ensayo clínico aleatorio, doble ciego, multicéntrico. Grupo DSG, 989, y LNG, 331 mujeres, seguidas durante 13 ciclos consecutivos de 28 días.

Resultados. Índice de Pearl para DSG, 0,14 (un embarazo en 727 mujeres-año) y 1,17 para LNG (3 embarazos en 257 mujeres-año). El DSG presentaba al inicio de la toma hemorragias más frecuentes y prolongadas, a los 90 días más amenorrea y hemorragias infrecuentes, y finalmente una tendencia hacia menos hemorragia que el LNG. La frecuencia de efectos adversos era similar en ambos.

Conclusiones. Una dosis de 75 µg/día de desogestrel es una píldora segura de únicamente gestágeno, más eficaz que la tradicional de 30 µg/día de levonorgestrel, pero que controla peor el ciclo.

Comentario

Muchos países de Europa y América del Norte disponían de la píldora anticonceptiva de LNG solo (minipíldora), con un consumo durante 1992-1997 del 3,3% sobre el total de anticonceptivos orales¹. En España contamos por primera vez con una píldora de gestágeno solo específica para la anticoncepción, pero con desogestrel (Cerazette®). El DSG es un muy potente inhibidor de la ovulación² y tiene menos fallos, pero controla mal el ciclo. Un 50% de las usuarias presentará hemorragias y/o amenorrea. Es una opción para la lactancia y para mujeres que no quieren o no deben tomar estrógenos, debidamente informadas de las frecuentes irregularidades menstruales.

Bibliografía

1. Neyro JL. Estudio comparativo de los anticonceptivos hormonales orales en España, Europa y Estados Unidos: una aproximación. En: Grupo de Trabajo sobre Anticoncepción Oral, editores. Manual de anticoncepción hormonal oral. Zaragoza: Sociedad Española de Contracepción, 1997.
2. Rice CF, Killick SR, Dieben T, Coelingh Bennink H. A comparison of the inhibition of ovulation achieved by desogestrel 75 micrograms and levonorgestrel 30 micrograms daily. *Hum Reprod* 1999;14:982-5.

Terapéutica	Diagnóstico	Pronóstico	Etiología	Prevención
-------------	-------------	------------	-----------	------------

DIU de levonorgestrel

Ronnerdag M, Odland V. Health effects of long-term use of the intrauterine levonorgestrel-releasing system. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1999;78:716-21.

Objetivo. Evaluar los efectos del sistema intrauterino liberador de levonorgestrel (SIU-LNG) en un período mayor de 5 años.

Método. A 82 mujeres que portaban un SIU-LNG desde hace 5 años, primer período, se les renovaba otro SIU-LNG para un segundo período y se las seguía anualmente. Al final del segundo período llegaron 73 mujeres y 69 aceptaron un tercer SIU-LNG.

Resultados. No hubo embarazos. Hubo una expulsión parcial y un caso de enfermedad pélvica inflamatoria a los 3 años de la inserción. Un 77% de las mujeres no presentó ningún problema de salud. Al final del segundo período presentaba amenorrea un 60%, reglas infrecuentes el 12% y reglas regulares un 28%, frente a un 26%, 4% y 70% al final del primer período. Las cifras de hemoglobina se elevaron una media de 1,35 g/dl. Discretas elevaciones de peso y presión arterial a los largo de los 13 años parecen debidas más a la edad que al LNG.

Conclusiones. El SIU-LNG es un método anticonceptivo seguro y muy eficaz, que además permite a las mujeres un alivio prolongado de los problemas menstruales y en los últimos años de edad reproductiva ofrece una transición adecuada y libre de hemorragia hasta la menopausia.

Comentario

Este seguimiento es continuación en un solo centro de su parte en un estudio multicéntrico europeo de 5 años, que comparaba 1.821 mujeres con SIU-LNG y 937 con DIU de cobre (Nova-T®)¹. Nos permite tener datos de 13 años de uso ininterrumpido del SIU-LNG, clave en la continuación es el asesoramiento adecuado a las mujeres² para que acepten la amenorrea o reglas infrecuentes que induce el SIU-LNG. En nuestro país se ha comercializado recientemente (DIU Mirena®). Este excelente anticonceptivo reversible, con un índice de Pearl similar a la ligadura tubárica, es además un tratamiento muy eficaz de la menorragia idiopática, alternativa a la histerectomía³. Es un DIU adecuado para las mujeres que sangran en exceso con el DIU de cobre, y también está indicado en anticoaguladas.

Bibliografía

1. Andersson K, Odland V, Rybo G. Levonorgestrel-releasing and copper-releasing (Nova-T) IUDs during five years of use: a randomized comparative trial. *Contraception* 1994;49:56-72.
2. Martínez F, Parera N, Carreras O. Asesoramiento de la usuaria del sistema de liberación intrauterina de levonorgestrel (SIU-LNG). *Revista Iberoamericana de Fertilidad* 2001;18:125-32.
3. Hurskainen R, Teperi J, Rissanen P, Aalto A-M, Grenman S, Kivelä A, et al. Quality of life and cost-effectiveness of levonorgestrel-releasing intrauterine system versus hysterectomy for treatment of menorrhagia: a randomised trial. *Lancet* 2001;357: 273-77.

Terapéutica	Diagnóstico	Pronóstico	Etiología	Prevención
-------------	-------------	------------	-----------	------------

Implanon, implante subcutáneo

Mascarenhas L. Insertion and removal of Implanon: practical considerations. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2000;5(Suppl 2):29-34.

Objetivo. Comparar en 2 implantes subcutáneos de gestágeno, Implanon® (etonogestrel) y Norplant® (levonorgestrel), la facilidad de inserción y retirada y sus complicaciones.

Método. Metaanálisis de 7 estudios aleatorios con 1.378 mujeres.

Resultados. Tiempos medios Implanon® (I)/Norplant® (N): inserción, 1,1/4,3 minutos; retirada, 2,6/10,2 minutos. Las complicaciones a la inserción son muy raras con ambos, 0,3% frente a 0%, y a la retirada, 0,2% I, frente a 4,8% N.

Conclusiones. Debe tenerse en cuenta la simplicidad de la inserción y retirada de Implanon®.

Comentario

El Implanon® surge para superar al Norplant®. Frente a las 6 varillas del N, una sola y semirrígida del I facilita la inserción y retirada. La duración del I es de 3 años, frente a 5 del N. El I tiene un índice de Pearl de 0 en más de 5.000 años-mujer; es un potente inhibidor de la ovulación.

En otro metaanálisis¹, las medias de días de *spotting* (15,9-19,3 I/N 19,4-21,6), días de hemorragia (7,5-10,0 I/N 11,7-13,1) y número de episodios de *spotting* + sangrado (2,2-2,7 I/N 3,1-3,3) eran algo menores con I, pero se ha descrito más amenorrea con I (17,9-24,8%) que con N (2,0-7,0%); para las hemorragias infrecuentes, frecuentes y prolongados, las diferencias no significativas eran mayores con I; las tasas de discontinuación eran similares; la dismenorrea mejoraba con ambos; ninguno causa anemia. El Implanon® es menos androgénico. En general, los implantes de progestágenos carecen de efectos adversos que pongan en peligro la salud de las mujeres. De próxima comercialización en España, nuestro primer implante, el Implanon®, precisa correcta indicación y asesoramiento, si no las frecuentes alteraciones de la menstruación que provoca podrían dar al traste con este excelente método anticonceptivo². A ver qué tal lo hacemos, que es algo más que cirugía menor.

Bibliografía

1. Affandi B. An integrated analysis of vaginal bleeding patterns in clinical trials of Implanon. *Contraception* 1998;58,6(Suppl):99-107.
2. Etonogestrel implant (Implanon) for contraception. *Drug Ther Bull* 2001;39:57-9.

Terapéutica	Diagnóstico	Pronóstico	Etiología	Prevención
-------------	-------------	------------	-----------	------------

DIU de cobre: tiempo de perdón, incluidas nulíparas

Hubacher D, Lara-Ricalde R, Taylor DJ, Guerra-Infante F, Guzmán-Rodríguez R. Use of copper intrauterine devices and the risk of tubal infertility among nulligravid women. *N Engl J Med* 2001;345:561-7.

Objetivo. Aclarar la controversia sobre el uso del DIU en nuligrávidas.

Método. Estudio de casos y controles con 3 grupos: 358 mujeres con infertilidad primaria y oclusión tubárica (casos), 953 mujeres con infertilidad primaria sin oclusión tubárica (controles infértiles) y 584 mujeres primigrávidas (controles embarazadas). Se analizaba antecedentes de uso de anticonceptivos, relaciones sexuales e infecciones del tracto genital. Se determinaban anticuerpos para *Chlamydia trachomatis* en suero. Mediante análisis estratificado y regresión logística, se valoraba la asociación entre el uso previo del DIU y oclusión tubárica.

Resultados. La *odds ratio* asociada con el uso previo del DIU era, para oclusión tubárica/controles infértiles, 1,0 (IC del 95%, 0,6-1,7), y para oclusión tubárica/controles embarazadas, 0,9 (IC del 95%, 0,5-1,6). La infertilidad tubárica no se asociaba con la duración del uso del DIU, los motivos para retirarlo o la presencia o ausencia de problemas ginecológicos relacionados con su uso. La presencia de anticuerpos para *Chlamydia* se asociaba a infertilidad.

Conclusiones. El uso previo de un DIU de cobre no se asocia con un incremento del riesgo de oclusión tubárica entre nuligrávidas. La infección por *Chlamydia trachomatis*, sí.

Comentario

El DIU tiene una injustificada mala reputación. Buena evidencia científica sugiere que el riesgo de EPI asociado con el DIU está relacionado solamente con el proceso de inserción, y que después de un mes de uso el riesgo de EPI no es mayor que el de las mujeres sin DIU^{1,2}. La conocida asociación entre EPI e infertilidad llevó a relacionar esta última con el DIU, motivo de controversia entre estudios, algunos sin valorar la infección por *Chlamydia*. Este estudio sugiere que el DIU de cobre es mucho más seguro que lo que previamente creíamos y que mujeres nuligrávidas sin riesgo de enfermedades de transmisión sexual son candidatas apropiadas para usarlo. Si a todo esto le añadimos la alta eficacia de los nuevos dispositivos de alta carga, el DIU de cobre merece el perdón.

Bibliografía

1. Farley TMM, Rosenberg MJ, Rowe PJ, Chen JH, Meirik O. Intrauterine devices and pelvic inflammatory disease: an international perspective. *Lancet* 1992;339:785-8.
2. Grimes DA. Intrauterine device and upper-genital-tract infection. *Lancet* 2000;356:1013-19.

Terapéutica	Diagnóstico	Pronóstico	Etiología	Prevencción
-------------	-------------	------------	-----------	-------------

Píldora combinada: historia clínica y medida de la presión arterial

Hannaford PC, Webb AMC, on behalf of participants at an International Workshop. Evidence-guided prescribing of combined oral contraceptives: consensus statement. *Contraception* 1996;54:125-9.

Objetivo. Valorar la dispensación de una anticoncepción segura y eficaz, evitando intervenciones innecesarias, que podrían dificultar el uso de los anticonceptivos orales combinados (AOC).

Método. Conferencia de Consenso de Mottram Hall, Reino Unido, marzo de 1996. Un grupo internacional de 72 reconocidos expertos en anticoncepción revisa la evidencia científica disponible sobre los efectos de los AOC y el valor de varios procedimientos de cribado en mujeres premenopáusicas.

Resultados. Sugiere sólo dos requisitos previos para la segura prescripción de AOC: una cuidadosa historia clínica familiar y personal, con especial atención a factores de riesgo cardiovascular, y una medida precisa de la presión arterial. Más valoraciones sólo son necesarias si surgen datos relevantes en la historia clínica familiar o personal o si la presión arterial está elevada, lo que únicamente ocurre en una minoría de mujeres.

Comentario

No se encontró evidencia científica que sustente realizar sistemáticamente exploraciones generales, mamarias o

pélvicas, citologías ni analíticas, antes de prescribir un AOC. Estas pruebas pueden estar indicadas en el marco general de actividades preventivas en la mujer, pero no para prescribir un AOC. Algo que ya venía apuntándose¹, respaldado por Mottram Hall, se reafirma con el paso del tiempo², a pesar de la resistencia de algunos clínicos a cambiar sus prácticas. La excesiva medicalización hace la práctica clínica más compleja y costosa, expone a iatrogenia y crea una negativa percepción de los AOC que retrae a muchas mujeres de usarlos. Una historia clínica cuidadosa, la toma de la presión arterial y una buena información a la mujer, que reforzaremos entregándole una hoja impresa con consejos sobre la toma de AOC, son los requisitos para prescribirlos y se pueden cumplir sobre la marcha en la consulta a demanda del médico de familia.

Bibliografía

1. Trussel J, Stewart F, Potts M, Guest F, Ellertson C. Should oral contraceptives be available without prescription?. *Am J Public Health* 1993;83:1094-9.
2. Stewart FH, Harper CC, Ellertson CE, Grimes DA, Sawaya GF, Trussell J. Clinical breast and pelvic examination requirements for hormonal contraception. *JAMA* 2001;285:2232-9.

Terapéutica	Diagnóstico	Pronóstico	Etiología	Prevencción
-------------	-------------	------------	-----------	-------------

Más modernas, más trombosis venosa. Píldoras de tercera generación

Kemmeren JM, Algra A, Grobbee DE. Third generation oral contraceptives and risk of venous thrombosis: meta-analysis. *BMJ* 2001;323:1-9.

Objetivo. Comparar el riesgo de trombosis venosa entre anticonceptivos orales combinados de segunda (AOC2G) y tercera generación (AOC3G).

Método. Metaanálisis. Estudios de cohortes y casos y controles anteriores a octubre 1995.

Resultados. La *odds ratio* media ajustada para los AOC3G sobre los AOC2G era de 1,7 (IC del 95%, 1,4-2,0). El riesgo era similar al comparar por separado los que contenían desogestrel o gestodeno con los que contenían levonorgestrel. Entre usuarias de primera vez, la *odds-ratio* era de 3,1 (2,0-4,6; 4 estudios) para los de AOC3G sobre los AOC2G. La *odds ratio* era de 2,5 (1,6-4,1) para usuarias de corto tiempo comparado con 2,0 (1,4-2,7) para las usuarias de largo tiempo. La *odds-ratio* era de 1,3 (1,0-1,7) para estudios financiados por la industria farmacéutica, frente a 2,3 (1,7-3,2) en otros estudios. Diferencias en edad y certeza del diagnóstico de trombosis venosa no parecen afectar a los resultados.

Resultados. Los AOC3G se asocian a un mayor riesgo de trombosis venosa si los comparamos con los AOC2G. El incremento no puede explicarse por varios sesgos potenciales.

Comentario

Primero que sí, luego que no, ahora que sí otra vez. Este metaanálisis ha cuidado todos los sesgos tratados en los debates de estos años y los analiza meticulosamente. Nos enseña una vez más que una cosa es la teoría, «a menos dosis de estrógeno», menos trombosis, y otra la realidad¹. Nuevos gestágenos, *a priori* con algunas leves ventajas sobre el levonorgestrel, resultan en combinaciones de mayor riesgo de trombosis. Bien es cierto que en términos de riesgo absoluto las diferencias no son tan significativas, pero deben considerarse. Los autores han calculado que podrían prevenirse 4 muertes por un millón de mujeres año al cambiar los AOC3G por AOC2G. Al prescribir un AOC3G elegimos uno con mayor riesgo de trombosis venosa, que además controlará peor el ciclo y que no ha demostrado aún si a esas dosis tan bajas protegen tanto del cáncer de ovario y de endometrio, o si mantiene, y cuánto, todos los otros efectos beneficiosos conocidos en los de segunda generación. El lado bueno de los de tercera es ser menos androgénicos, tener un mejor perfil lipídico y una posible menor incidencia de infarto de miocardio². Con cualquier tipo de preparado, no hay que olvidar lo esencial: «realizar una adecuada historia clínica dirigida a factores de riesgo cardiovascular». Ya se ha posicionado la Agencia Española del Medicamento³. En general, de primera elección los de segunda generación, aunque no sean «tan suaves», ni «tan modernos».

Bibliografía

1. Vandedbroucke JP, Rosing J, Bloemenkamp KWM, Middeldorp S, Helmerhorst FM, Bouma BN, et al. Oral contraceptives and the risk of venous thrombosis. *N Engl J Med* 2001;344:1527-35.
2. Tanis BC, Van de Bosch MAAJ, Kemmeren JM, Cats VM, Helmerhorst FM, Igra A, et al. Oral contraceptives and the risk of myocardial infarction. *N Engl J Med* 2001;345:1787-93.
3. Agencia Española del Medicamento. Riesgo de tromboembolismo venoso asociado a la utilización de anticonceptivos orales de tercera generación. Comunicación sobre riesgos de medicamentos. Nota informativa, Ref:2001/10,28 de septiembre de 2001.

Terapéutica	Diagnóstico	Pronóstico	Etiología	Prevención
-------------	-------------	------------	-----------	------------

El parche anticonceptivo es eficaz

Audet MC, Moreau M, Koltun WD, Waldbaum AS, Shangold G, Fisher AC, et al. Evaluation of contraceptive efficacy and cycle control of a transdermal contraceptive patch vs and oral contraceptive. *JAMA* 2001;285:2347-54.

Objetivo. Comparar un parche anticonceptivo transdérmico y un anticonceptivo oral combinado (AOC).

Método. Ensayo clínico controlado y aleatorio, multicéntrico, en 45 clínicas de Estados Unidos y Canadá, financiado por el laboratorio farmacéutico. Incluía a 1.417 mujeres adultas en edad fértil: 812 con parche (libera diariamente 150 µg de norelgestromín y 20 µg de etinilestradiol) y 605 con un AOC trifásico convencional (levonorgestrel y etinilestradiol). Se colocaban 3 parches, uno cada semana durante 3 semanas, seguidos de una semana libre.

Resultados. El índice de Pearl, en conjunto y cuando no había fallos en el uso, era menor con el parche (1,24 y 0,99) que con el AOC (2,18 y 1,25), diferencia no estadísticamente significativa. Las hemorragias y *spotting* eran más frecuentes con el parche, pero sólo los primeros 2 meses. Ciclos con perfecta adhesión: 88,2% con el parche y 77,7% con el AOC. Se despegaron completamente un 1,8% de los parches. Ambos tratamientos eran similarmente bien tolerados; sin embargo, reacciones cutáneas en el lugar de aplicación, tensión mamaria y dismenorrea, eran más comunes con el parche.

Conclusiones. El parche anticonceptivo es comparable a una píldora anticonceptiva combinada en eficacia y control del ciclo. La adhesión es mejor con el parche.

Comentario

Los AOC han demostrado ser un método anticonceptivo eficaz y seguro, pero uno de sus puntos débiles es la diferencia entre el «uso perfecto», tasa de fallos del 0,1%, y el «uso corriente», 7,3-8,5% de fallos en el primer año¹. Esto se debe a que la mayoría de las mujeres olvidan algunos comprimidos. El parche intenta solucionar este problema, ya que con él sólo hay que recordar 3 recambios por ciclo, *a priori* más fácil que la toma de 21 comprimidos, y además evita la administración vía oral. Sin embargo, no se ha mostrado superior a los AOC en el primer ensayo clínico publicado, aunque sí resulte tan eficaz como ellos. Un estudio de seguimiento posterior, con 1.672 mujeres, obtiene también buenos resultados con el parche anticonceptivo². En España esperamos su comercialización para finales de 2002 y será otra opción más.

Bibliografía

1. Fu H, Darroch JE, Haas T, Ranjit N. Contraceptive failures rates; new estimates from de 1995 National Survey of Family Growth. *Fam Plann Perspect* 1999;31:56-63.
2. Samlwood GH, Meador ML, Lenihan JP, Shangold GA, Fisher AC, Creasy GW. Efficacy and safety of a transdermal contraceptive system. *Obstet Gynecol* 2001;98:799-805.

Terapéutica	Diagnóstico	Pronóstico	Etiología	Prevención
-------------	-------------	------------	-----------	------------

Anillo vaginal anovulatorio

Mulders TMT, Dieben TOM. Use of the novel combined contraceptive vaginal ring NuvaRing for ovulation inhibition. *Fertil Steril* 2001;75:865-70.

Objetivo. Valorar los efectos del anillo vaginal anticonceptivo combinado (etinilestradiol y etonorgestrel) NuvaRing® sobre la función ovárica.

Método. Ensayo clínico aleatorio y entrecruzado. Se comparaba el uso del anillo vaginal con la toma de un anticonceptivo oral combinado de 30 µg de etinilestradiol y 150 µg de desogestrel.

Resultados. A las 3 semanas de uso, NuvaRing® consigue una inhibición completa de la ovulación, valorada por ecografía vaginal (diámetro folicular) y por las concentraciones séricas de luteinizante y progesterona. La anovulación se mantenía si el uso del anillo llegaba a 5 semanas. La supresión ovárica a las 3 semanas era comparable en ambos grupos. NuvaRing® era bien tolerado.

Conclusiones. NuvaRing® consigue una inhibición total de la ovulación en un período de uso normal de 3 semanas y también en un uso más dilatado. La anovulación era similar a la conseguida con el anticonceptivo oral combinado.

Comentario

NuvaRing® es un anillo flexible, incoloro, de un diámetro de 54 mm. Su grosor es de 4 mm. Libera por día 120 µg de etonorgestrel y 15 µg de etinilestradiol¹. Se emplea un anillo de forma continua durante 3 semanas, luego se hace una semana de descanso y se vuelve a utilizar un nuevo anillo para cada ciclo. Si una mujer olvida cambiarlo después de 3 semanas de uso, continúa siendo eficaz al menos hasta 5 semanas seguidas. Se puede extraer para el coito sin que pierda eficacia, siempre que no permanezca más de 3 horas fuera de la vagina. Un estudio de seguimiento en 1.145 mujeres usuarias de NuvaRing®, expuestas al anillo durante 12.109 ciclos, encuentra 6 embarazos, índice de Pearl de 0,65, un buen resultado; el control del ciclo era muy bueno, con una elevada adhesión, excelente tolerancia y aceptación². ¿Qué aceptación tendrá en nuestro medio cuando se comercialice? Aquí las mujeres no han venido realizando bien la autoexploración de los hilos del DIU ni el uso del diafragma. Pero el manejo de NuvaRing® es muy sencillo, y bien asesoradas hay mujeres que pueden beneficiarse de esta alternativa de anticoncepción hormonal combinada.

Bibliografía

1. Timmer CJ, Mulders TM. Pharmacokinetics of etonogestrel and ethinylestradiol released from a combined contraceptive vaginal ring. *Clin Pharmacokinet* 2000;39:233-42.
2. Roumen FJ, Apter D, Mulders TM, Dieben TO. Efficacy, tolerability and acceptability of a novel contraceptive vaginal ring releasing etonogestrel and ethinyl oestradiol. *Hum Reprod* 2001;16:469-75.

Drospirenona, un nuevo gestágeno en anticoncepción oral combinada

Huber J, Foidart JM, Wuttke W, Merki-Feld GS, The HS, Gerlinger C, et al. Efficacy and tolerability of a monophasic oral contraceptive containing ethinylestradiol and drospirenone. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2000;5:25-34.

Objetivo. Valorar un nuevo anticonceptivo oral monofásico que contiene 30 µg de etinilestradiol y 3 mg de drospirenona (Yasmin®) (EE/DRSP), comparándolo con un preparado de 30 µg de etinilestradiol y 150 µg de desogestrel (EE/DSG).

Método. Ensayo clínico aleatorio, realizado en 80 centros de Europa, durante 13 ciclos de uso. Las mujeres recogían su peso 3 días seguidos pretratamiento y después semanalmente.

Resultados. Inician el estudio 2.069 mujeres, 1.657 con EE/DRSP y 412 con EE/DSG. Completaron 13 ciclos de tratamiento 1.615, que acumulan más de 23.000 ciclos evaluables. Ocurren 11 embarazos; sólo uno (EE/DRSP) no puede ser achacable a fallo en el uso del método o a interacción con otros factores. Ambos preparados son muy eficaces, controlan bien el ciclo y mejoran el acné y la seborrea preexistente. La presión arterial no presenta cambios. Difieren con significación estadística en su efecto sobre el peso, que disminuía de manera más clara en el grupo EE/DRSP.

Conclusiones. La combinación de EE y drospirenona consigue una anticoncepción eficaz, excelente control del ciclo, buena tolerancia y un nivel de pérdida de peso que puede ser trascendente para mejorar la adhesión en mujeres con tendencia a ganar peso debido a retención hídrica.

Comentario

Los progestágenos sintéticos convencionales adolecen del efecto antiminerlocorticoide de la progesterona natural. En los AOC, una tendencia al aumento de peso puede ser causa de una significativa tasa de abandono del método. La drospirenona (DRSP) es un progestágeno sintético muy parecido a la progesterona natural, derivado de la espirolactona, que tiene actividad antiandrogénica y antiminerlocorticoide¹. En combinación con el EE, que tiende a la retención hidrosalina, la DRSP mantiene el peso más estable y ligeramente disminuido que el DSG. Pero la mayoría de las mujeres del estudio mantenían un peso estable en ambos grupos, DRSP y DSG. Por lo demás sus efectos no son muy superiores al desogestrel. ¿Qué trascendencia tiene esta pequeña diferencia sobre el peso a favor de la drospirenona? Si favorece la sensación de bienestar con drospirenona, esto podría mejorar la adhesión al anticonceptivo². En Europa ya está comercializado Yasmin® y pronto lo estará en España. Es un AOC más, con 30 µg de EE, que puede resultar ventajoso en algunas mujeres sin que venga a «borrar del mapa» a los preparados actuales. Últimamente, la lección en AOC es que, en general, no es mejor «ir a la última».

Bibliografía

1. Oelkers W. Drospirenone – a new progestogen with antiminerlocorticoid activity, resembling natural progesterone. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2000;5(Suppl 3):17-24.
2. Boschitsch E, Skarabis H, Wuttke W, Heithecker R. The acceptability of a novel oral contraceptive containing drospirenone and its affect on well-being. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2000;5(Suppl 3):34-40.

Agradecimientos

A Iñaki Lete Lasa, por leer el artículo y darme su valiosa opinión.



Puntos clave

- En España hay más de un millón de mujeres en riesgo de embarazo no deseado. Se debe valorar el uso de la anticoncepción en las mujeres en edad fértil que acuden a consulta.
- En anticoncepción de emergencia, debemos cambiar a la píldora poscoital de levonorgestrel solo y facilitarla lo antes posible tras el coito no protegido.
- La nueva píldora de sólo gestágeno, con desogestrel, es muy eficaz y segura, pero controla mal el ciclo. Está indicada en la lactancia y si se quieren evitar los estrógenos.
- El SIU-LNG (DIU Mirena®) es un excelente anticonceptivo, que precisa un asesoramiento adecuado. Es un tratamiento muy eficaz de la menorragia idiopática.
- El primer implante subcutáneo del que dispondremos, Implanón®, es fácil de insertar y extraer y muy eficaz, pero altera mucho la menstruación. Precisa consejo correcto.
- El aumento de riesgo de EPI por el DIU de cobre se relaciona sólo con el proceso de inserción y desaparece al mes de uso. El DIU puede ser utilizado por nulíparas.
- Los requisitos previos para prescribir un anticonceptivo oral combinado son una historia clínica y una medida de la presión arterial. Factible en consulta a demanda.
- Los anticonceptivos orales combinados de segunda generación son de primera elección. Los actuales de tercera generación se asocian a mayor riesgo de trombosis venosa.

Hay evidencias suficientes para que cambiemos importantes prácticas tradicionales en anticoncepción. Con los nuevos métodos disponibles, hay que evitar deslumbrarse y se debe asesorar adecuadamente a las mujeres sobre estas opciones que afortunadamente ya tenemos o tendremos pronto.