Localizador web
Artículo 139.135

Actualización y perspectivas de futuro de los métodos anticonceptivos

L. Arribas-Mir, A.M. Saavedra-Ruiz, M. Agrela-Cardona y T. Cedeño-Benavides

Actualización y perspectivas de futuro de los métodos anticonceptivos

Atención Primaria. 1985;2:162-6.

Resumen del artículo original

En 1985, Ros et al[1] hacen una introducción en la que elogian la investigación en anticoncepción, los avances conseguidos, a la par que reconocen que aún no se ha llegado a disponer del método ideal. Elaboran una tabla sobre todos los anticonceptivos conocidos y resumen su grado de utilización, su eficacia y sus efectos secundarios. Incluyen los métodos del futuro, extraídos de los más recientes estudios de investigación de ámbito mundial. Exponen las limitaciones de la anticoncepción masculina analizando 6 líneas posibles de actuación. Reconocen que es la anticoncepción femenina la que ofrece más métodos disponibles, tal vez porque haya sido motivo de más atención, pero también por la mayor facilidad de controlar una función gonadal cíclica y por el especial interés de la propia mujer en utilizar anticonceptivos. Consideran las píldoras trifásicas como la excelencia en el campo de los anticonceptivos orales combinados (AOC), muestran la eficacia de los inyectables de sólo gestágeno, avanzan lo que serán los implantes subcutáneos y los anillos vaginales, los diferentes tipos de dispositivos intrauterinos (DIU) y sus limitaciones, los intentos para reducir la enfermedad pelviana inflamatoria (EPI) mediante el diseño de DIU sin hilos, las investigaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre un DIU liberador de levonorgestrel, las esponjas vaginales comercializadas y no comercializadas en España, el campo inmunológico y los intentos por conseguir una oclusión tubárica reversible. En anticoncepción de emergencia defienden la pauta de Yuzpe, la aún mayor efectividad del DIU de cobre y la novedad de la RU-486 que se estaba empezando a utilizar en Francia. Describen la inocuidad de la evacuación uterina en las primeras 2 semanas de amenorrea y abogan por una liberalización de las leyes sobre la interrupción voluntaria del embarazo (IVE).

Comentarios

¡Vaya magnífico trabajo! ¡Aun sin Internet! Su introducción tiene varios párrafos de oro, y sigue vigente al 100%. Hoy es más amplia la oferta de métodos disponibles[2] y en los últimos 10 años ha habido cambios importantes. Los AOC han confirmado un excelente balance riesgo/beneficio, con mínimos efectos secundarios relevantes, no aumentan el riesgo de cáncer de mama[3,4] y, sobre todo, se han consolidado sus numerosos efectos beneficiosos. Disponemos de nuevas recomendaciones para simplificar su dispensación. El consenso de Motram Hall[5] en el Reino Unido, en 1995, tras una excelente revisión de toda la evidencia científica disponible, concluyó que basta una correcta historia clínica, una toma de la presión arterial e informar a la mujer para iniciar la toma de AOC, lo que elimina exploraciones y pruebas complementarias innecesarias que dificultaban el acceso al método. Una búsqueda desaforada por conseguir nuevos y mejores AOC de momento no ha supuesto grandes logros, y los preparados combinados monofásicos de baja dosis de 1985, con etinilestradiol y levonorgestrel, siguen siendo hoy día los más seguros y recomendables según la evidencia científica disponible[6]. Nuevos preparados comercializados en Estados Unidos y aprobados por la Food and Drug Administration, como Seasonale®, un monofásico con 84 comprimidos para tomar uno diario durante 84 días, con una semana de descanso entre envase y envase, constituyen una interesante opción, más eficaz y que, además, reduce el número de menstruaciones anuales. Sobre el DIU de cobre han aparecidos sólidas evidencias y se ha demostrado que sólo se asocia al uso del DIU la EPI que aparece en las 3 semanas siguientes a la inserción, con un mínimo aumento del riesgo[7,8]. El uso del DIU por nulíparas no condiciona un mayor riesgo de esterilidad en el futuro[9], y la prestigiosa revista *New England Journal of Medicine* dedicó a ello en 2001 un editorial titulado «Hora de perdón para el DIU»[10]. Dos conferencias españolas de consenso reflejan los esfuerzos para difundir estos avances[11,12]. Algunos métodos ya experimentados en otros países acaban de comercializarse en España. 2000 y 2001 fueron los «años de los gestágenos», con la llegada de la píldora poscoital con levonorgestrel (y todo su escándalo mediático)[13,14], la píldora anticonceptiva de desogestrel y el sistema intrauterino liberador de levonorgestrel. En 2002, el implante subcutáneo de etonorgestrel, el parche anticonceptivo, el anillo vaginal y un

nuevo AOC con drospirenona como gestágeno. En 2004, el implante subcutáneo de levonorgestrel[15], y empieza a extenderse el bloqueo tubárico irreversible mediante histeroscopia con el dispositivo Essure[16]. En el futuro no pararán de llegar más novedades. ¿Nuevos preparados de AOC, desogestrel anovulatorio, nuevos DIU, nuevos anillos vaginales, microbiocidas vaginales, más usos de la mifepristona, implantes masculinos de gestágeno y testosterona, inhibición de la espermatogénesis o de la maduración espermática, antagonistas no peptídicos GnRH, antagonistas receptor FSH, inhibición de la maduración final del ovocito, inhibición de la rotura folicular, inmunoanticoncepción?

Pero, a pesar de todos los avances, en España, en 1992 se realizaron 44.962 IVE con una tasa de 5,2 por 1.000 mujeres entre 15 y 44 años, que pasa a 8,94 en 2004, de un total de 84.985 IVE[17], y se ha observado un repunte en la tasa de embarazos en menores de 18 años (6,81 por cada 1.000 mujeres en 1995 y 10 en 2000) y se estima que hay casi 1 millón de mujeres en riesgo de embarazo no deseado[18]. Seguimos sin el método ideal. Pero, ¿qué está pasando? Y, entre otras cosas, ¿en qué año está cada profesional? ¿Asumimos los avances en anticoncepción tanto como en diabetes o en anticoagulación? Ese artículo publicado hace 20 años hoy no necesitaría más que algún leve retoque, que lo que era investigación o no estaba aún comercializado ya está disponible. Pero sus mensajes de oro son intocables, y es bueno recordarlos: «Aunque la investigación básica siga su curso, en nuestro país es imprescindible que la información llegue a la población y que la infraestructura sanitaria permita una buena accesibilidad a la anticoncepción». Sigue siendo de una rabiosa actualidad.

Bibliografía

1. Ros R, Juliá E, Abella F. Actualización y perspectivas de futuro de los métodos anticonceptivos. Aten Primaria. 1985;2:162-6.
2. Arribas L. Panorama anticonceptivo 2002. Aten Primaria. 2002;29:359-65.
3. Marchbanks PA, McDonald JA, Wilson HG, Folger SG, Mandel MG, Daling JR, et al. Oral contraceptives and the risk of breast cancer. N Engl J Med. 2002;346:2025-32.
4. Davidson N, Helzlsouer KJ. Good news about oral contraceptives. N Engl J Med. 2002;346:2078-9.
5. Hannaford PC, Webb AMC. Evidence-guide prescribing of combined oral contraceptives: consensus statement. Contraception. 1996;54:125-9.
6. Agencia Española del Medicamento. Nota informativa. Riesgo de tromboembolismo venoso asociado a la utilización de anticonceptivos orales de tercera generación. Comunicación sobre riesgos de medicamentos. Ref: 2001/10. 28 de septiembre de 2001.
7. Grimes DA. Intrauterine device and upper-genital-tract infection. Lancet. 2000;356:1013-9.
8. Shelton JD. Risk of clinical pelvic inflammatory disease attributable to an intrauterine device. Lancet. 2001;357:443.
9. Hubacher D, Lara-Ricalde R, Taylor DJ, Guerra-Infante F, Guzmán-Rodríguez R. Use of cooper intrauterine devices and the risk of tubal infertility among nulligravid women. N Engl J Med. 2001;345:561-7.
10. Darney PD. Time to pardon the IUD? N Engl J Med. 2001;345:608-9.
11. Sociedad Española de Contracepción. Conferencia de Consenso. Prescripción y manejo de los anticonceptivos hormonales orales. Madrid: Aula Médica; 2000.
12. Actualización del manejo clínico de la anticoncepción intrauterina. Recomendaciones de la Conferencia de Consenso. Prog. Obstet. Ginecol. 2002;45:457.
13. Bailon E, Arribas L. La píldora del día después: una segunda oportunidad. Aten Primaria. 2002;29:430-2.
14. Álvarez D, Arribas L, Cabero L, Lete I, Ollé C, De Lorenzo R. Guía de actuación en anticoncepción de emergencia. La píldora del día después. Barcelona: Pulso; 2002.
15. Arribas L, Puga A, Soler A. Implantes anticonceptivos subcutáneos. FMC. 2005;12:44-52.
16. Kerin JF, Carignan CS, Cher D. The safety and effectiveness of a new hysteroscopic method for permanent birth control: results of de first Essure pbc clinical study. Aust N Z J Obstet Gynaecol. 2001;41:364-70.
17. Disponible en: http://www.msc.es//salud/epidemiologia/ies/tablas_figuras.htm
18. Lete I, Bermejo R, Coll C, Dueñas JL, Doval JL, Martínez-Salmean J, et al. Spanish population at risk of unwanted pregancy: results of a national survey. Eur J Contracept Reprod Health Care. 2003;8:75-9.