



Enfermería Universitaria

www.elsevier.es/



ARTÍCULO DE REVISIÓN

La píldora anticonceptiva a debate

C. González-Hernando^{a,*}, M. Souza-de Almeida^b, P. Martín-Villamor^a, M. J. Cao-Torija^a y M. J. Castro-Alija^a

^a Departamento de Enfermería, Facultad de Enfermería, Universidad de Valladolid, España

^b Universidad Federal de Bahía-Brasil, Salvador-Bahía, Brasil

Recibido: 6 junio 2013; Aceptado: 30 junio 2013

PALABRAS CLAVE

Anticonceptivos;
Salud reproductiva;
Consejería;
Planificación familiar;
Enfermería; España.

Resumen El propósito de este trabajo es hacer una revisión sobre los riesgos y beneficios de la píldora anticonceptiva y la necesidad de informar desde las consultas de enfermeras/os y de matronas con base en la evidencia científica. Desde su comercialización en los años 60, se ha publicado una gran cantidad de información sobre los riesgos de la píldora, tanto en el ámbito científico como en los medios de comunicación social y sin embargo, los beneficios han sido poco difundidos. La píldora combinada es uno de los métodos anticonceptivos reversibles con mayor eficacia para evitar el embarazo. Se asocia a un aumento de riesgo de tromboembolismo venoso y presenta efectos beneficiosos no anticonceptivos relacionados con la menstruación, la fertilidad, la masa ósea, el acné, y reduce el riesgo de cáncer de ovario y de endometrio. Los profesionales de enfermería, al igual que el resto de profesionales del equipo de salud, deben abordar el derecho a la información de la población basada en datos científicos y deben implicarse en funciones de orientación en planificación familiar para mejorar la salud materno-infantil, promoviendo los embarazos deseados y que el derecho a tener el número de hijos e intervalo entre ellos sea respetado.

KEYWORDS

Contraceptive pills;
Reproductive health;
Counseling; Family
planning;

The contraceptive pill submitted for debate

Abstract The objective of this research is to reflect on the risks and benefits of the contraceptive pill and the need for women to be informed by qualified health care providers including nurse midwives and nurse practitioners based on scientific evidence. Since its

* Autor para correspondencia: correo electrónico: carolinagonzalezhernando@gmail.com (C. González-Hernando).

Nursing; Spain.

commercialization in the 60's, a lot of information has been published about the risks of the pill by both scientists and the social media and yet the benefits have been little known. The combined pill is one of the most effective reversible methods of preventing pregnancy. It is associated with increased risk factors for venous thromboembolism and it has non-contraceptive benefits not related to menstruation, fertility, bone mass, acne, and it reduces the risk of ovarian and endometrial cancer. Nursing professionals, like all other health care team professionals should address the right to inform the population based on scientific data as well as get involved in family planning counseling to improve maternal and child health, promoting unintended pregnancies and the right to decide the number of children and the time interval be respected.

Introducción

La planificación familiar se engloba en los derechos reproductivos que se basan en el reconocimiento y respeto a la capacidad de decidir libre y responsablemente, sin discriminación, coerción o violencia, si se desea o no tener hijas e hijos^{1,2}. Uno de los derechos básicos de las mujeres en materia de salud reproductiva es el derecho a la información³. Para ello, es necesario ofrecer alternativas actuales y eficaces basadas en la evidencia científica que fundamenten la toma de decisiones de las mujeres⁴.

Los anticonceptivos hormonales fueron diseñados para administrarse a mujeres sanas. La píldora representó una revolución en anticoncepción y en la historia farmacéutica⁵. A pesar de las muchas mujeres que la toman, siguen existiendo controversias⁶.

Margaret Sanger, enfermera norteamericana, fue una activista que luchó por el derecho al conocimiento de la anticoncepción y las formas de control de fertilidad, impresionada por las altas tasas de enfermedad y de mortalidad materna en Estados Unidos. Apoyada por Katherine McCormik, quien patrocinó el desarrollo de la píldora en los años 50, pretendía encontrar un método anticonceptivo para separar la sexualidad de la reproducción. La primera píldora anticonceptiva se introdujo hace más de 50 años en el mercado europeo, meses después que en Estados Unidos⁵. Se comercializó primero en Alemania y después en el resto de los países europeos, aunque en España su uso como anticonceptivo no sería legal hasta 1978. La píldora anticonceptiva supuso una auténtica revolución permitiendo que las mujeres y las parejas planificarán la familia, y así separar, los procesos reproductivos de las vivencias de sexualidad. Fue un gran avance social de las mujeres y de su desarrollo profesional.

Según los datos de la OMS/UNFPA en 2009⁷ entre los países con mayor prevalencia anticonceptiva, encontramos a Noruega (88.4%), Reino Unido (82%) y Francia (81.8%). En todos ellos, el método más extendido es la píldora, al igual que en Suecia, Marruecos y Estados Unidos, correspondiendo en este último país, a más de un tercio de todos los anticonceptivos.

En México, según datos de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica de 2009⁸, el 72.5% de las mujeres entre 15 y 49 años usa anticonceptivos, correspondiendo 51% a los métodos irreversibles, de ellas o sus parejas (obturación tubárica bilateral y vasectomía), el 14% anticoncepción hormonal y el 28% a métodos no hormonales (incluyendo DIU, preservativos masculinos y femeninos y diafragma). España

se caracteriza por el uso mayoritario del preservativo, únicamente superada por Japón; y Rumanía, Bolivia e Italia por el empleo masivo de dos métodos tradicionales: la marcha atrás y método natural⁹.

Respecto a la prescripción y responsabilidad de los profesionales de la salud en la planificación familiar, en Francia, el derecho de prescripción de la anticoncepción (píldora y DIU, principalmente) estaba reservado a los médicos (generalistas y ginecólogos). En noviembre de 2005, se amplió por decreto el derecho de las matronas a prescribir anticonceptivos hormonales. Finalmente, desde la nueva ley de julio de 2009, las enfermeras/os pueden renovar recetas de la píldora de menos de un año, adoptando así el modelo noruego⁹. En Suecia las matronas tienen una función fundamental en salud sexual y reproductiva, en los centros de atención primaria, se responsabilizan de la planificación familiar y prescriben anticonceptivos¹⁰. En Chile, en el año 2011 se aprobó una ley que permite que las matronas receten anticonceptivos¹¹. En Estados Unidos, España y en México, la prescripción de anticonceptivos hormonales le corresponde al médico, pero la información sobre métodos anticonceptivos, instrucciones de uso y seguridad, es responsabilidad de todos los profesionales que manejan la anticoncepción (ginecólogos, matronas, médicos de familia y enfermeras), siendo fundamental la educación para la salud realizada por matronas y enfermeras comunitarias. El Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos de Estados Unidos (ACOG) recomienda que los anticonceptivos se vendan sin receta, con el fin de reducir los embarazos no deseados.

La controversia sobre la seguridad de la píldora partió de Francia, un país donde 2.5 millones de mujeres consumen la píldora. Cuatro muertes de jóvenes francesas en los últimos 25 años se relacionaron con el Diane 35[®], una píldora que se usa para tratamiento dermatológico (acné, hirsutismo y alopecia androgénica). La Agencia Nacional Francesa de Seguridad de los Medicamentos (ANSM) decidió suspender la autorización de venta de esta píldora en el mes de febrero de 2013. Tras la alarma, la Agencia Europea del Medicamento (EMA) decidió revisar la seguridad del fármaco. Posteriormente en el mes de junio de 2013, en Canadá se relacionaron 23 muertes de jóvenes con el uso de anticonceptivos de cuarta generación que contienen drospirenona como progestágeno.

Desarrollo

El objetivo fue identificar en literatura científica los riesgos reales y los beneficios de la píldora anticonceptiva para

informar desde las consultas de enfermeras/os y de matronas con base en la evidencia. Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos: CUIDEN, CINAHL, BDIE, Cochrane Library/ Cochrane Library Plus, MEDLINE.

El contexto del presente estudio surge durante el año 2013, a partir de las noticias en los medios de comunicación españoles e internacionales que generaron alarma social en España y dudas sobre la seguridad de la píldora anticonceptiva. Entre los titulares encontrados en prensa: “Crece la polémica por medicamento Diane 35”¹², “Medio siglo después, el uso de la píldora sigue generando polémica y enfrentando opiniones”¹³, “La píldora anticonceptiva a examen”¹⁴, “Dans un document confidentiel, l’Agence du médicament a analysé les cas d’effets indésirables graves liés à la pilule de Bayer”¹⁵, “La píldora de tercera generación pasará a costar entre 8 y 18 euros al mes”¹⁶, “El Gobierno deja de financiar los anticonceptivos más modernos”¹⁷, “Las españolas quieren saber más sobre la píldora del día después”¹⁸, “Sanidad financiará sólo 2 de los 10 anticonceptivos de tercera generación”¹⁹, “Francia confirma cuatro muertes vinculadas al anticonceptivo Diane 35”²⁰, “Francia suspende la venta de Diane 35”²¹, “Atribuyen 23 muertes en Canadá por anticonceptivo”²².

Para comprobar la importancia de los medios de comunicación en la difusión sobre el conocimiento de los anticonceptivos, hay que destacar un reciente estudio del año 2013 sobre la “Percepción de la mujer sobre la píldora anticonceptiva de urgencia”, realizado por el Instituto Internacional de Investigación de Mercado y Opinión, en el que se ha preguntado a 11,000 mujeres europeas (1,857 españolas), sobre la “píldora anticonceptiva de urgencia”. En los resultados se desprende que el 60% de las mujeres españolas ha recibido información a través de los medios de comunicación, hay una falta de información sobre la píldora de urgencia y el 92% de las mujeres reclama más información y mayor implicación de los profesionales sanitarios. Sólo una de cada 4 españolas expuestas a un embarazo no deseado recurre al uso de la píldora anticonceptiva de urgencia, y entre quienes no recurren a este método anticonceptivo, la principal causa (44%) para no hacerlo es el desconocimiento²³. Es evidente con estos datos, que existe una necesidad de información y educación para la salud en la esfera anticonceptiva no cubierta y que, tanto las enfermeras comunitarias como matronas de atención primaria tienen un rol importante.

1. Evidencia científica

El anticonceptivo hormonal combinado, impide la ovulación y es uno de los métodos reversibles más seguros para evitar el embarazo, con un índice de Pearl (tasa de embarazos en 100 mujeres que utilizan el anticonceptivo en un año) de 0.3%, aunque con el uso típico (incluye fallos) el índice de Pearl alcanza el 8%. La eficacia y las contraindicaciones no difieren en cuanto a las vías de administración (píldora, parche o anillo). La píldora moderna está compuesta por estrógenos de baja dosis (< 35 mcg) y progesterona (píldora combinada), o por progesterona sola, cuyos efectos son ligeramente diferentes. Los anticonceptivos hormonales combinados son métodos de elección para las mujeres sin factores de riesgo metabólico, cardiovascular ni oncológico (mama y cuello uterino). La anticoncepción mediante progesterona sola está indicada si existe contraindicación con

el uso de estrógeno o en mujeres que amamantan a sus hijos²⁴. Estos preparados se toman de manera continuada y temporal.

La progesterona de las píldoras combinadas puede ser de primera, segunda y tercera generación y deriva de la testosterona, la hormona masculina. Las diferentes generaciones (según su aparición en el mercado), han ido reduciendo las dosis de la hormona, pero, aún así, siguen provocando efectos indeseables vinculados a su carácter ligeramente androgénico, como la aparición de acné o grasa en el cabello. Aunque el riesgo de tromboembolismo venoso es mayor entre las usuarias de anticonceptivos orales que contienen estrógenos y progestágenos en comparación con mujeres que no toman hormonas, las píldoras que contienen como progestágeno la drospirenona, tienen un mayor riesgo de tromboembolismo venoso que las que contienen levonorgestrel²⁵. De todas formas, este riesgo es muy bajo y es mucho menor que el riesgo de tromboembolismo venoso durante el embarazo y el posparto inmediato.

Antes de la prescripción de cualquier anticonceptivo oral, los médicos y enfermeras deben tener en cuenta los factores de riesgo de tromboembolia venosa y seguir los “Criterios Médicos de Elección para Uso de Anticonceptivos” de la Organización Mundial de la Salud (OMS)²⁶ y otras directrices internacionales basadas en la evidencia como “los Criterios de elección del Centers for Disease Control and Prevention, CDC”²⁷. Ambos organismos han publicado cuadros globales similares de las condiciones médicas y características personales que pueden afectar la elección de los anticonceptivos. Las decisiones relativas a la elección de anticonceptivos orales se deberían consensuar entre los profesionales sanitarios y sus pacientes, teniendo en cuenta los riesgos, las preferencias y las alternativas disponibles²⁸.

2. Evaluación médica:

Para identificar a las mujeres que no deben usar la píldora, hay que realizar una historia clínica y la medición de la presión arterial. Se desaconseja el uso de anticonceptivos hormonales combinados en mujeres con hipertensión, con trombofilias hereditarias, enfermedad hepática activa que incluya tumores, hepatitis viral activa y cirrosis grave. La eficacia anticonceptiva puede reducirse en las mujeres que toman medicamentos antiepilépticos. Las mujeres que toman fármacos que aumentan los niveles séricos de potasio, o con alteración de la función renal, requieren un seguimiento del nivel de potasio, si se prescribe anticonceptivos que contengan drospirenona. Los vómitos, diarrea y algunos antibióticos pueden disminuir transitoriamente la eficacia de los anticonceptivos orales. La píldora debe suspenderse 4 o 6 semanas antes de cirugía de riesgo moderado-alto, pudiéndose reiniciar después de la intervención, cuando la mujer ha sido dada de alta del hospital. El uso de la píldora se ha relacionado con el aumento del cáncer de mama, no existiendo evidencia al respecto.

3. El riesgo de tromboembolismo venoso (TEV)

La estimación de riesgo de tromboembolismo venoso (trombosis venosa profunda y embolia pulmonar) entre las mujeres de 15 a 44 años que no están embarazadas y que no utilizan métodos anticonceptivos hormonales combinados, es de 5 a 10 casos por 100,000 mujeres-año^{29,30}. El riesgo de TEV aumenta con la administración de estrógenos exógenos.

Para los anticonceptivos orales combinados, el aumento del riesgo es de 2 a 4 veces, dependiendo de si el progestágeno es de segunda generación (levonorgestrel), tercera generación (desogestrel o gestodeno), o cuarta generación (drospirenona)^{31,32}. En general, existe menor riesgo de TEV con progestágenos de segunda generación. Un riesgo absoluto de trombosis venosa profunda y embolia pulmonar entre las usuarias de anticonceptivos de baja dosis de estrógeno y progestágeno de segunda generación es de 20/100,000 mujeres-año y 30/100,000 mujeres-año para preparados de baja dosis de estrógeno y progestágenos que contienen desogestrel, gestodeno o drospirenona³³. Estos riesgos absolutos son bastante bajos en comparación con el riesgo de tromboembolismo venoso asociado con un embarazo a término (60 a 96 por 100,000 mujeres-año)^{30,34} o mujeres del posparto (511 por 100,000 mujeres-año)^{30,34,35}. Con base en estas cifras, la anticoncepción hormonal combinada es una alternativa segura para evitar los embarazos no deseados.

La probabilidad de aparición de un cuadro de TEV es mayor durante el primer año, al reiniciar el uso tras una interrupción de 4 semanas y en mujeres con factores de riesgo como tabaquismo, edad mayor, sobrepeso, migrañas, historia familiar de TEV o parto reciente³⁶.

4. Riesgo de accidente cerebrovascular e infarto de miocardio

Las píldoras modernas son de baja dosis de estrógeno (< 35 mcg) en contraste con los anticonceptivos comercializados en los años 60 y 70, que contenían de 3 a 5 veces más dosis de estrógeno, por esto, el riesgo de accidente cerebrovascular o infarto agudo de miocardio es bajo en la actualidad. Sin embargo, el riesgo se incrementa con la edad, la hipertensión, la hiperlipemia y diabetes. Al igual que con los eventos tromboembólicos venosos, los riesgos absolutos de eventos trombóticos arteriales son más altos durante el embarazo y después del parto que con el uso de la anticoncepción hormonal combinada^{26,34,37}. En ausencia de otros cuadros clínicos adversos, los anticonceptivos hormonales combinados pueden usarse hasta la menopausia. Fumar representa un riesgo significativo para el infarto de miocardio y es una contraindicación para el uso de estrógenos, por ejemplo, la OMS considera una contraindicación absoluta (grado 4) para el uso de la píldora combinada, fumar 15 cigarrillos en mujeres de 35 años de edad y mayores²⁶. De ahí la importancia del consejo antitabaco sistemático y la valoración del riesgo para la toma de anticoncepción.

5. Efectos secundarios

Los efectos secundarios suelen ser causa de abandono de los anticonceptivos. Los estudios demuestran que hasta un 65% de las mujeres que dejan el anticonceptivo hormonal se debe a los efectos secundarios³⁸⁻⁴⁰. La mujer se suele preocupar creyendo que es perjudicial para su salud o bien le resulta molesto^{38,41,42}. Los efectos secundarios más frecuentes son el sangrado intermenstrual, las náuseas, aumento de peso inexplicable, cambios de humor, sensibilidad en las mamas y cefalea⁴³. Además, las usuarias de parches pueden interrumpir el método debido a reacciones locales en la piel⁴⁴ y las usuarias del anillo debido a la secreción vaginal⁴⁵. Las píldoras que contienen solo progesterona, pueden presentar efectos secundarios similares a los anteriores, pero la frecuencia de sangrado irregular es mayor. Además, pueden

presentar menor sangrado menstrual e incluso amenorrea. Por este motivo, es importante informar a las usuarias de los posibles efectos secundarios para conseguir mayor adherencia y menos tasas de abandono por desinformación. Respecto al deseo sexual, en los estudios no hay una evidencia clara de disminución de deseo debido al uso de anticoncepción hormonal, pero si la usuaria lo refiere, se puede recomendar una píldora más androgénica. Si existe sequedad vaginal, se recomendará el uso de lubricantes hidrosolubles. No existe evidencia científica sobre el aumento de peso utilizando la píldora anticonceptiva a corto plazo (6 meses)⁴⁶.

6. Beneficios no anticonceptivos

Además de su alta eficacia anticonceptiva cuando se usan sistemática y correctamente, las mujeres deben ser conscientes de los beneficios no anticonceptivos de los anticonceptivos de estrógeno y progestágenos. Entre ellos, disminuye el riesgo de cáncer de ovario y de endometrio, protege contra el embarazo ectópico, disminuye el riesgo de quistes funcionales ováricos, regula el ciclo menstrual, disminuye la cantidad de sangrado menstrual (menos anemia) y el dolor menstrual (dismenorrea). Las mujeres que toman la píldora, presentan menos salpingitis y mayor protección frente a la enfermedad inflamatoria pélvica por espesamiento del moco cervical, lo que dificulta el ascenso de microorganismos⁴⁷.

Discusión

Para evitar los embarazos no deseados, la anticoncepción se debe utilizar de forma correcta y consistente. Por ejemplo, un estudio con una muestra representativa de mujeres que tomaban la píldora en Estados Unidos, con edades comprendidas entre 18 y 44 años, demostró el uso inconsistente en el 38% de las usuarias, habiendo olvidado alguna toma diaria en los últimos tres meses⁴¹. En un informe del Instituto Guttmacher se recomienda las siguientes estrategias para mejorar el uso de anticonceptivos de las mujeres⁴⁸:

1. Aumentar el conocimiento de los usuarios sobre los diferentes métodos anticonceptivos, sus riesgos y beneficios, incluidos los beneficios no anticonceptivos.
2. Anticipar y manejar los efectos secundarios.
3. Abordar las barreras de precio y acceso a los servicios.
4. Proporcionar información clara sobre cómo recordar tomar pastillas anticonceptivas, por ejemplo, a través de mensajes de texto, poniendo una alarma en el teléfono⁴⁹, etc.

Tanto las mujeres como los profesionales sanitarios, necesitan estar bien informados sobre el uso correcto y consistente de los anticonceptivos para obtener una mayor eficacia. En la actualidad, se considera que si hay olvido de una píldora no hay riesgo de embarazo, y si se olvidan 2 o más píldoras se debe usar preservativos durante 7 días después del olvido o, si fuera preciso, utilizar la anticoncepción de urgencia en cada relación de riesgo preferentemente dentro de las primeras 24 horas (eficacia del 95%)⁴². Ésta se puede administrar hasta 120 horas después del coito no protegido (eficacia del 50%). La anticoncepción

de urgencia se define como el uso de un fármaco (1.5 mg de levonorgestrel) o un DIU, como una medida de emergencia para evitar el embarazo no deseado después de las relaciones sexuales desprotegidas. El acceso a la anticoncepción de urgencia mejora la capacidad de evitar un embarazo no deseado y sus consecuencias⁵⁰. Está ampliamente disponible en Europa Occidental y en China. En España, desde el año 2009 se dispensa en farmacias sin receta médica. Es necesario satisfacer las necesidades anticonceptivas de grupos de alto riesgo, por ejemplo, mujeres adolescentes o de la perimenopausia, mujeres con enfermedades graves⁵¹, etc.

Los exámenes innecesarios dificultan el inicio del uso de la píldora, parche o anillo. Entre ellos, el examen pélvico o de mama y pruebas de laboratorio de rutina. Sólo es imprescindible una anamnesis correcta para valorar los riesgos, el control de la tensión arterial y explicarle a la usuaria las normas de uso y qué hacer ante “los olvidos”. La dispensación de varios paquetes de píldoras de entre 4 a 12 se ha asociado a menos pruebas de embarazo, y a una mejor continuidad del método⁵².

La consejería en planificación familiar es una de las actividades preventivas que realizan los profesionales de enfermería fundamentalmente, para evitar embarazos no deseados, interrupciones del embarazo o el aumento de morbilidad por causa obstétrica. Aconsejar sobre planificación familiar es un proceso. La OMS recomienda seguir las etapas de la consulta siguiendo el método de 6 pasos “ACCEDA”⁵³.

A-Atender: favorecer una buena conexión, una relación tranquilizadora, asegurando la confidencialidad y presentando los objetivos y el proceso de la consulta.

C-Conversar: recoger información sobre la mujer y su salud. Se hace la entrevista y el examen clínico, se explora el contexto vital y experiencia tratando de ser empático/a.

C-Comunicar: transmitir información sobre los diferentes métodos anticonceptivos de forma comprensible y adaptada a su ritmo y su conocimiento. Asegurarse de que ha comprendido la información. Se puede entregar un folleto informativo o información adicional de la web.

E-Elegir: la decisión final pertenece a la mujer. Hay que dejar que se exprese y resuelva sus dudas. Se le puede preguntar: ¿Qué ha decidido hacer?, ¿Qué método ha decidido usar?

D-Describir: explicar el método y su empleo. Esta fase incluye una demostración de su uso. Informar sobre dónde y cuándo conseguir el anticonceptivo. Se termina con las razones médicas que justifican que vuelva a la consulta y la programación de otra visita de seguimiento.

A-Acordar otra visita: la consulta de seguimiento permite re-evaluar el método y verificar su tolerancia. Aporta la oportunidad de completar la consulta de anticoncepción o cambiar el método si no tiene buena tolerancia. Se pueden tratar puntos que quedaran pendientes, resolver dudas o problemas de uso que hayan surgido desde la última consulta, por último, se tienen en cuenta las posibles modificaciones de su trayectoria individual y social⁵⁴. Es importante aclarar las necesidades de la mujer, preocupaciones y expectativas acerca de un método anticonceptivo para ayudarle a tomar una decisión informada sobre qué método es mejor para ella en su etapa de ciclo vital. Varios factores influyen en las necesidades, preocupaciones y expectativas⁴⁵:

- Las preferencias personales (número de hijos, deseo de embarazo) y actitudes respecto a un embarazo no deseado.
- El patrón de actividad sexual (frecuencia, número de parejas).
- Factores sociales y culturales (creencias religiosas, etnia).
- Capacidad para usar el anticonceptivo con éxito.
- Costo.
- Experiencia en métodos anticonceptivos previos.
- Facilidad de uso.

Recomendaciones

- Las mujeres deben ser conscientes de los beneficios de los anticonceptivos hormonales siendo un método seguro en mujeres sanas, reversible y eficaz para evitar el embarazo, reduce el riesgo de algunos tipos de cáncer y mejora la dismenorrea.
- Los proveedores de planificación familiar pueden mejorar el uso correcto y consistente de los anticonceptivos a través de la consejería dirigida a la mujer para que ella elija el método más apropiado según sus circunstancias actuales. La eliminación de las barreras médicas innecesarias al acceso a los anticonceptivos y su continuación, pueden aumentar la satisfacción y la eficacia del método.
- Existe la preocupación de que los nuevos progestágenos (desogestrel y gestodeno) y antiandrógenos (acetato de ciproterona, drospirenona) se asocian con un mayor riesgo de TEV. Como primera elección, las autoridades sanitarias españolas en una actualización del mes de mayo de 2013, recomiendan a los médicos recetar sistemáticamente la píldora anticonceptiva combinada de segunda generación que contiene levonorgestrel, salvo en casos de intolerancia. El Comité para la Evaluación de Riesgos en Farmacovigilancia europeo (PRAC) concluye que el Diane 35 y los genéricos que contienen acetato de ciproterona, continúan manteniendo una relación beneficio-riesgo favorable cuando son utilizados para el tratamiento de mujeres que presentan acné andrógeno-dependiente de moderado a severo y/o hirsutismo. Estos medicamentos actúan como anticonceptivos hormonales. El riesgo de TEV con tratamiento del Diane 35 es mayor durante el primer año, y es similar al de los anticonceptivos que contienen desogestrel, gestodeno y drospirenona⁵⁵.
- Antes de iniciar un tratamiento con anticonceptivos hormonales, se debe hacer un interrogatorio completo para excluir contraindicaciones y es imprescindible realizar la toma de la tensión arterial.

Conclusiones

Los profesionales sanitarios para informar y orientar a la población en materia de planificación familiar, necesitan actualizar recomendaciones basadas en la evidencia científica. Una correcta actuación de las enfermeras y de las matronas asesorando a las mujeres, revierte en la reducción de

embarazos no deseados y las consecuencias negativas que conllevan para la salud materno-infantil de la población.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Financiamiento

No se recibió patrocinio para llevar a cabo este estudio.

Referencias

1. Federación de Planificación Familiar Estatal. Carta de Derechos sexuales y reproductivos FPFE. [Online]. Disponible en: <http://bit.ly/SFVR1R>
2. IPPF. Charter on Sexual and Reproductive Rights . [Online].; 2008. Disponible en: <http://bit.ly/1c1QhvY>
3. Constitución Española. Derecho a recibir y transmitir información veraz. Artículo 20.1.
4. Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. Derecho a decidir libremente sobre maternidad y vida reproductiva. Art.3.1 y 3.2.España.
5. Marks L. Historia de la píldora anticonceptiva. Ciencias 1997;48:33-39.
6. Equipo Daphne. Beneficios de la píldora. Barcelona: Elsevier; 2008.
7. OMS/UNFPA (Organización Mundial de la Salud/Fondo de Población de las Naciones Unidas). Seguimiento a nivel nacional de los logros en el acceso universal a la salud reproductiva: Consideraciones conceptuales y prácticas e indicadores relacionados. Ginebra: OMS; 2009.
8. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2009. Panorama sociodemográfico de México. Principales resultados. México: INEGI; 2011.
9. Bretin H, Gómez Bueno C. El uso de anticonceptivos y de la píldora anticonceptiva de urgencia por la población inmigrante residente de Andalucía. [Online].; 2009. Disponible en: <http://bit.ly/1iXyht6>
10. Kettig E, Akin A. Función de la Atención Primaria en la Salud Sexual y Reproductiva en Europa. Entre Nous [Online]; 68, 2009. Disponible en: <http://bit.ly/1dE6XQZ>
11. Cambio 21. Aprueban ley que permitirá a matronas recetar todo tipo de anticonceptivos. Chile 2011 Aug. Disponible en: <http://bit.ly/lnFG72>
12. Diario Semana. Crece polémica por medicamento Diane 35. [Online]; 2013. Disponible en: <http://bit.ly/14zEPHt>
13. Sociedad Española Contracepción (SEC). Medio siglo después, el uso de la píldora sigue generando polémica y enfrentando opiniones. [Online]; 2013. Disponible en: <http://bit.ly/1cPGFGr>
14. El Mundo.es. La píldora anticonceptiva a examen. [Online]; 2013. Disponible en: <http://mun.do/Wt7ryo>
15. Le Figaro.fr. Dans un document confidentiel, l'Agence du médicament a analysé les cas d'effets indésirables graves liés à la pilule de Bayer. [Online].; 2013. Disponible en: <http://bit.ly/XCYcrT>
16. Mundo.es E. La píldora de tercera generación pasará a costar entre ocho y dieciocho euros al mes. [Online].; 2013. Disponible en: <http://mun.do/13M8or0>
17. Cadena Ser. El Gobierno deja de financiar los anticonceptivos más modernos. [Online].; 2013. Disponible en: <http://bit.ly/14l8bTw>
18. El Mundo.es. Las españolas quieren saber más sobre la píldora del día después. Encuesta. Datos europeos. [Online].; 2013. Disponible en: <http://mun.do/12pITbF>
19. El País.es. Sanidad financiará solo dos de los diez anticonceptivos de tercera generación. [Online].; 2013. Disponible en: <http://bit.ly/16puwn7>
20. La Voz de Galicia.es. Francia confirma cuatro muertes vinculadas al Diane 35. [Online].; 2013. Disponible en: <http://bit.ly/UwQYZC>
21. ABC.es. Francia suspende la venta de Diane 35. [Online].; 2013. Disponible en: <http://bit.ly/Ww1Mre>
22. 24 horas Internacional. Atribuyen 23 muertes en Canadá por anticonceptivo. [Online].; 2013. Disponible en: <http://bit.ly/13VPFFQ>
23. Sociedad Española de Contracepción [Online]. Segundo estudio poblacional sobre uso y opinión de la píldora postcoital; 2013. Disponible en: <http://bit.ly/1gT31cU>
24. Maitrot Mantelet L, Plu Bureau G, Gompel A. Anticoncepcion. EMC - Tratado de Medicina 2012;16(4):1-8.
25. Wu CQ, Grandi SM, Filion KB, et al. Drospirenone-containing oral contraceptive pills and the risk of venous and arterial thrombosis: a systematic review. BJOG 2013;120(7):801-810.
26. OMS. Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. 4th ed. Ginebra: OMS; 2011.
27. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). U.S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use 2010. MMWR Recomm Rep 2010;59(RR-4):1-86.
28. Committee on Gynecologic Practice. ACOG Committee Opinion Number 540: Risk of venous thromboembolism among users of drospirenone-containing oral contraceptive pills. Obstet Gynecol 2012;120(5):1239-1242.
29. Agencia Europea del Medicamento.EMA. [Online]. Disponible en: <http://bit.ly/jiSNyJ>
30. Mishell D, Shulman L. Venous thromboembolism and cardiovascular disease: hormonal contraception. Dialogues Contracept 2007;11(5):5-7.
31. van Hylckama Vlieg A, Helmerhorst F, Vandenbroucke J, et al. The venous thrombotic risk of oral contraceptives, effects of oestrogen dose and progestogen type: results of the MEGA case-control study. BMJ. 2009; 339, b2921 Disponible en: <http://bit.ly/1illhyz>.
32. Lidegaard Ø, Løkkegaard E, Svendsen A, Agger C. Hormonal contraception and risk of venous thromboembolism: national follow-up study. BMJ. 2009; 339, b2890.Disponible en: <http://bit.ly/1gpHGyJ>
33. Ministerio de Sanidad y Consumo. Agencia Española del Medicamento. Riesgo de tromboembolismo venoso asociado a los anticonceptivos orales de tercera generación. [Online].; 2001. Disponible en: <http://bit.ly/lrqOQc>
34. Heit J, Kobbervig C, James A, et al. Trends in the incidence of venous thromboembolism during pregnancy or postpartum: a 30-year population-based study. Ann Intern Med 2005;143 (10):697-706.
35. Heinemann LA, Dinger JC. Range of published estimates of venous thromboembolism incidence in young women. Contraception 2007;75(5):328-336.
36. Agencia española del Medicamento. Anticonceptivos hormonales combinados: conclusiones de la revisión del riesgo de tromboembolismo venoso. Información para profesionales sanitarios. [Online].; 2013. Disponible en: <http://bit.ly/1cl3IN1>
37. Trussell J, Jordan B. Reproductive health risks in perspective. Contraception 2006;73(5):437-439.
38. Potter L, Oakley D, de Leon-Wong E, et al. Measuring compliance among oral contraceptive users. Fam Plann Perspect 1996;28(4):154-158.
39. Rosenberg MJ, Waugh MS, Burnhill MS. Compliance, counseling and satisfaction with oral contraceptives: a prospective evaluation. Fam Plann Perspect 1998;30(2):89-92, 104.
40. Rosenberg M, Waugh M, Meehan T. Use and misuse of oral contraceptives: Risk indicators for poor pill taking and discontinuation. Contraception 1995;51:283-288.

41. Frost J, Darroch J. Factors associated with contraceptive choice and inconsistent method use, United States, 2004. *Perspect Sex Reprod Health* 2008;40(2):94-104.
42. Guttmacher Institute. Improving Contraceptive Use in the United States. [Online].; 2008 [consultado marzo 25 2013]. Disponible en: <http://bit.ly/c2G9AF>
43. Westhoff C, Heartwell S, Edwards S, et al. Oral contraceptive discontinuation: do side effects matter? *Am J Obstet Gynecol* 2007;196(4):412.e1-412.e7.
44. Bakhru A, Stanwood N. Performance of contraceptive patch compared with oral contraceptive pill in a high-risk population. *Obstet Gynecol* 2006;108(2):378-386.
45. Roumen F. The contraceptive vaginal ring compared with the combined oral contraceptive pill: a comprehensive review of randomized controlled trials. *Contraception* 2007;75(6):420-429.
46. Gallo M, Lopez L, Grimes D, et al. Combination contraceptives: effects on weight. *Cochrane Database Syst Rev* 2006;25(1):CD003987.
47. Sancho B, Guerra Tapia A. Contracepción hormonal oral en Dermatología. *Actas Dermosifiliogr* 2009;100(6):445-455.
48. Hatcher R, Rinehart W, Blackburn R, et al. Lo Esencial de la tecnología Anticonceptiva. Manual para Personal Clínico. Baltimore, Centro para Programas de comunicación; 2002.
49. Anaes. Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme. Recommendations pour la pratique clinique. [Online].; 2004. Disponible en: <http://bit.ly/lwuyEs>.
50. Prada E, Singh S, Remez L, Villarreal C. Embarazo no deseado y aborto inducido en Colombia. Instituto Guttmacher [Online].; 2008. Disponible en: <http://bit.ly/qJLYR7>
51. Cheng L, Che Y, Gülmezoglu AM. Interventions for emergency contraception (Review). *The Cochrane Library*. 2012; 8. Issue 8. Art. No.: CD001324. Disponible en: <http://bit.ly/1j1QpSX>
52. Castaño P, Bynum J, Andrés R, et al. Effect of daily text messages on oral contraceptive continuation: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2012;119(1):14-20.
53. Morales Martínez A, Díez Díez V, Morales Martínez C. Anticonceptivos hormonales en el día a día. *FMC* 2009;16(7):393-401.
54. Steenland MW, Rodriguez MI, Marchbanks PA, et al. How does the number of oral contraceptive pill packs dispensed or prescribed affect continuation and other measures of consistent and correct use? A systematic review. *Contraception* 2013;87(5):605-610.
55. Agencia española del Medicamento. Medicamentos que contienen acetato de ciproterona en combinación con etinilestradiol. Actualización de sus condiciones de autorización. [Online].; 2013. Disponible en: <http://bit.ly/14si1WV>