

Una de las conclusiones de esta encuesta es que, a pesar de la existencia actual de métodos anticonceptivos eficaces y seguros y de la tendencia favorable observada, más de un 18% de las mujeres en edad fértil (2.106.000 mujeres) se exponen a un embarazo no deseado, por el uso de métodos no eficaces o por no usar ninguno.

Según datos del grupo DAPHNE, la edad media de inicio de las relaciones sexuales en España es de 16,5 años para los chicos y de 16,9 para las chicas, mientras que para el Instituto de la Juventud² la edad sería de 17,4 años para los chicos y 18 para las chicas. En cualquier caso, el hecho es que parece ser que las relaciones heterosexuales coitales se han generalizado y comienzan antes, por lo que transcurre un período prolongado desde el inicio de estas relaciones sexuales hasta que se desea un embarazo, período durante el cual se deben de utilizar métodos anticonceptivos eficaces.

En la Encuesta Nacional de Salud Sexual 2009³, elaborada por el Ministerio de Sanidad y Política Social, recientemente publicada, la edad media de inicio de las relaciones sexuales fue, tanto para los hombres como para las mujeres, de 17 – 18 años. Sin embargo, en el grupo de los hombres, el segundo lugar en frecuencia lo constituía el grupo de edad de 15 – 16 años, mientras que en las mujeres era el grupo de 21 – 25 años.

Desde las organizaciones que trabajan en anticoncepción, la Federación de Planificación Familiar Estatal y las sociedades científicas (Sociedad Española de Contracepción, SEC y Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, SEGO), se propugna la utilización del doble método en aquellos casos en los que exista riesgo de contagio de una infección de transmisión sexual. Esto consiste en la utilización conjunta del preservativo, para prevenir este contagio y de un método anticonceptivo eficaz (hormonal, DIU, etc.), para evitar el embarazo.

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS DISPONIBLES EN LA ACTUALIDAD

- **Métodos naturales:** método de la temperatura basal, métodos basados en los cambios del moco cervical, métodos sintotérmicos, métodos del ritmo o calendario, lactancia materna (MELA).

- **Métodos barrera:** preservativo masculino y femenino, espermicidas y diafragma.
- **Anticoncepción hormonal:** anticoncepción hormonal combinada y anticoncepción hormonal con sólo gestágenos.
- **Anticoncepción intrauterina:** DIU.
- **Anticoncepción quirúrgica:** ligadura de trompas por laparoscopia o por histeroscopia (método Essure) y vasectomía.

Hecha esta introducción y, puesto que se trata de un boletín farmacoterapéutico, a partir de este momento me centraré en los espermicidas y en los métodos anticonceptivos hormonales.

1.-ESPERMICIDAS

El más conocido es el 9-nonoxinol, que actúa sobre la membrana del espermatozoide. A pesar de que hay datos que hablan de un efecto protector frente a determinados gérmenes (gonococo, clamidia, virus del herpes o VIH), al producir lesiones en la membrana de las células epiteliales, su uso repetido puede ocasionar un incremento de lesiones genitales y, secundariamente, aumentar el riesgo de adquirir una infección por VIH. Por esta razón, la OMS⁴ lo clasifica dentro de la categoría 3-4 en esta circunstancia. En la revisión del año 2008 de los Criterios de Elegibilidad de la OMS, consideran al diafragma con espermicida como categoría 4 en el caso de alto riesgo de VIH (anteriormente era 3), los espermicidas categoría 3 (anteriormente 4) para la infección por VIH y SIDA. También, debido a esto, ha cambiado la clasificación de la terapia antirretroviral de la categoría 1 a la 3.

Se espera para el futuro el desarrollo de productos espermicidas-microbicidas que respeten la integridad del epitelio.

2.-ANTICONCEPCIÓN HORMONAL

Hasta ahora, el estrógeno que se ha utilizado en los anticonceptivos hormonales siempre ha sido el etinilestradiol, sintetizado en 1930, disminuyendo la dosis empleada a lo largo del tiempo. Próximamente, va a aparecer comercializado el primer anticonceptivo hormonal con un estrógeno natural, el valerato de estradiol. Sin embargo, los gestágenos utilizados en este tiempo han sido diferentes; derivados de la 19-nortetisterona, de

Figura 1. CLASIFICACIÓN DE GESTÁGENOS

Derivados de la Testosterona			Derivados de la Progesterona	Derivados de la Espironolactona
1. ^a generación	2. ^a generación	3. ^a generación		
19-nortestosterona Nandrolona	Noretisterona	Gestodene	Acetato de Clormadinona	Drospirenona
	Acetato de Noretisterona	Desogestrel	Acetato de Ciproterona	
Etisterona	Acetato de Ethinodiol	Etonogestrel	Acetato de Medroxiprogesterona	
	Lynestrenol			
	Levonorgestrel			
	Norgestimato			
	Norelgestromina			
	Dienogest			

la progesterona y de la espironolactona (figura 1) Estos gestágenos tienen la capacidad de unirse a diferentes receptores esteroideos, siendo distintos los efectos que producen en el organismo^{5, 6} (tabla 2).

En el momento actual disponemos de dos tipos de anticonceptivos hormonales (AH):

- combinados: es decir que están compuestos por estrógenos y gestágenos,

- métodos con sólo gestágenos: que se pueden administrar por diferentes vías, debiendo utilizarse para ellas los mismos criterios médicos de elegibilidad de la OMS³ y de la Conferencia de Consenso de la Sociedad Española de Contracepción sobre “Actualización del Manejo Clínico de los Anticonceptivos Hormonales”⁷.

Tabla 2. ACCIÓN BIOLÓGICA DE DISTINTOS GESTÁGENOS EN FUNCIÓN DE SU CAPACIDAD DE UNIÓN A RECEPTORES ESPECÍFICOS

	Progestagénica	Estrogénica	Glucocorticoide	Androgénica	Antiandrogénica	Antimineralocorticoide
Progesterona	+	-	-	-	(+)	+
Drospirenona	+	-	-	-	+	+
Levonorgestrel	+	-	-	(+)	-	-
Gestodeno	+	-	-	(+)	-	(+)
Norgestimato^a	+	-	-	(+)	-	-
Desogestrel^b	+	-	-	(+)	-	-
Dienogest	+	-	-	-	+	-
Ac. Ciproterona	+	-	(+)	-	+	-
Acetato de clormadinona	+	-	+	-	+	-

A.- ANTICONCEPCIÓN HORMONAL COMBINADA.

Están compuestos por diferentes dosis de etinilestradiol y un gestágeno.

Mecanismo de acción: es múltiple, actúa inhibiendo la ovulación, espesando el moco cervical y produciendo una atrofia endometrial y una alteración del transporte tubárico.

Vías de utilización: en el momento actual existen 3 vías de utilización:

- **Vía oral:** existen diferentes preparados. La presentación más clásica es la de 21 comprimidos activos y 7 días libre de toma. Posteriormente se han añadido comprimidos placebo, con la finalidad de evitar los olvidos. Existen combinaciones de 21/7 o 24/4. En EEUU están comercializados en pauta ampliada, 84/7 o de 365 días. Siempre se utilizan anticonceptivos hormonales combinados de baja dosis, 35 mcg, 30 mcg, 20 mcg y 15 mcg y se inicia la toma el primer día de la regla, aconsejando la utilización de un método de barrera durante 7 días si el inicio es más tardío. Con el fin de facilitar el cumplimiento, se ha propuesto el inicio inmediato del método (quick star) el día de la prescripción, si no hay riesgo de que esté embarazada y recomendando, así mismo, una protección anticonceptiva durante 7 días.
- **Vía transdérmica:** contienen 6 mg de norelgestromina y 0,6 mg etinilestradiol, realizándose una liberación mantenida diaria de 150 mcg de norelgestromina y 20 mcg del estrógeno. Se aplica semanalmente durante 3 semanas dejando una semana libre entre los ciclos. Se inicia el primer día de la regla pero también se puede considerar el quick star y las pautas ampliadas (lo mismo en la vía vaginal). Existen 4 zonas de aplicación (abdomen, nalga, hombro y parte superior del brazo) siendo conveniente ir rotando.
- **Vía vaginal:** se trata de un anillo flexible que libera 15 mg etinilestradiol/día y 120 mg de etonogestrel/día con una tasa de liberación constante. La pauta de utilización es la de 3 semanas de tratamiento y una semana de descanso, comenzando el primer día de la regla.

Eficacia: la eficacia de las tres vías es la misma encontrándose 0,3% de mujeres con embarazo no planificado dentro del primer año de uso en el uso perfecto, que aumenta al 8% con el uso típico (OMS, 2005)⁸.

Requisitos previos a la prescripción⁹:

Se puede comenzar un AH oral sin más requisito que anamnesis orientada e información.

En la población general es recomendable:

- Anamnesis orientada.
- Exploración clínica: tensión arterial, peso, exploración genital, exploración mamaria.

- Exploraciones complementarias, según los programas de salud establecidos en cada comunidad: citología y determinación de lípidos.

B.- ANTICONCEPCIÓN CON MÉTODOS SÓLO GESTÁGENOS.

Los métodos sólo gestágenos, como su nombre indica, son métodos anticonceptivos que no contienen estrógenos.¹⁰

Mecanismo de acción: su mecanismo de acción es múltiple, inhibiendo la ovulación por supresión del pico de la hormona luteneizante (LH), espesando el moco cervical que inhibe la motilidad espermática (éste es el efecto que va a proporcionar una protección más inmediata) y suprimiendo la maduración cíclica del endometrio.

Vías de utilización: en el momento actual existen cuatro vías para la administración de estos anticonceptivos:

- **Vía oral:** cada comprimido contiene 75 mcg de desogestrel (*Cerazet*®). Se inicia la toma el primer día de la menstruación (o en los 5 primeros días) y se continúa tomando un comprimido diario, a la misma hora, sin intervalo de descanso. En el momento actual, se considera que tiene un intervalo de 12 horas igual que los anticonceptivos hormonales combinados orales. Su mecanismo de acción será por inhibición de la ovulación en el 95% de los casos y también por espesamiento del moco cervical.
- **Vía intramuscular:** cada inyección contiene 150 mg de acetato de medroxiprogesterona depot AMPD (*Depo-progevera* 150®). Se pone la primera inyección intramuscular profunda antes del 5.º día del ciclo y se continúa con una cada 12 semanas. Su mecanismo de acción es a través de la inhibición de la ovulación y por los cambios en el moco cervical.
- **Vía subdérmica:** en el momento actual disponemos de dos implantes comercializados. Ambos se insertan a nivel subdérmico en la cara interna del brazo no dominante, con anestesia local.
 - Dos tubos de silastic de 43 x 2,4 mm que contienen 75 mg de levonorgestrel junto con un polímero (*Jadelle*®). Se inserta en los 7 primeros días del ciclo. Libera casi 80 µg el primer año, disminuyendo a 30 µg en los últimos años. Tiene una duración de 5 años. El mecanismo de acción se debe a los cambios endometriales, el espesamiento del moco cervical y a las alteraciones del desarrollo folicular (en los dos primeros años, el 80% de los ciclos son anovulatorios y disminuye al 50% en los últimos años).
 - Un núcleo de acetato de vinilo de 40 x 2 mm que contiene 68 mg de etonogestrel (*Implanon*®). Se inserta en los 5 primeros días del ciclo. Libera 60 µg/día los primeros meses, para

estabilizarse en 30 µg/día los siguientes dos años. Tiene una duración de 3 años. El principal mecanismo de acción lo constituye la anovulación (sólo al tercer año un 2% de los ciclos son ovulatorios dando lugar, además, a cambios en el moco cervical y en el endometrio.

- **Vía intrauterina:** se trata de un dispositivo de plástico en forma de T (32 mm de longitud con un cilindro de silastic alrededor de la rama vertical que contiene levonorgestrel (52 mg) y libera diariamente 20 µg. Tiene una duración de 5 años. Tiene acción antiproliferativa en el endometrio y un efecto sobre el moco cervical que se convierte en espeso, escaso e impermeable. Inhibe la ovulación pero no en todos los ciclos.

Indicaciones:

Los métodos sólo gestágenos se pueden utilizar en la lactancia y cuando no está indicado usar estrógenos. Pero, además, estos métodos pueden ser utilizados como primera opción por cualquier mujer que desee anticoncepción hormonal, cumpla los criterios de elección de la OMS y de la Conferencia de Consenso de la SEC y que, debidamente informada, acepte el patrón de sangrado característico.

Eficacia:

La eficacia es alta. Se observa cómo los métodos cuyo cumplimiento es independiente de la usuaria tienen una eficacia teórica y una eficacia de uso (efectividad) similares.⁷⁻⁸

Requisitos previos a la prescripción¹¹:

Hay que realizar una historia clínica cuidadosa, proporcionar información específica sobre el método e insistir sobre las alteraciones del patrón del sangrado.

El hecho de utilizar un método hormonal no modifica los requisitos de los programas de salud, siendo necesario realizar una exploración pélvica y determinar el riesgo de infección de transmisión sexual, solo previo a la inserción del DIU.

Controles clínicos¹¹:

- Se recomienda un 1.^{er} control a los tres meses para valorar la tolerancia, la posible aparición de efectos secundarios y, si es preciso, cambiar el método. En el caso del DIU se recomienda una visita después de la 1.^a menstruación o a los 3/6 meses postinserción.
- Hacer coincidir los controles posteriores con los programas de salud recomendados.
- Facilitar el acceso entre revisiones si aparecen efectos secundarios o se desea cambiar de método.
- En el caso de DIU y el implante, cuando corresponda la renovación del dispositivo.

INTERACCIONES

Los anticonceptivos hormonales pueden ver disminuida su eficacia cuando se asocian con fármacos que producen inducción enzimática, como rifampicina o griseofulvina o algunos anticonvulsivantes del tipo de la fenitoína, carbamazepina, barbitúricos, primidona, topiramato, lamotrigina u oxcarbacepina, así como la hierba de San Juan. Estos fármacos, sin embargo, no modifican la eficacia del DIU de levonorgestrel, ni del acetato de medroxiprogesterona depot, que constituyen una buena alternativa en estas situaciones.^{7, 8}

EFFECTOS BENEFICIOSOS DE LA ANTICONCEPCIÓN HORMONAL

En el momento actual, los anticonceptivos hormonales han demostrado tener eficacia y seguridad, poniéndose cada vez más de manifiesto otro aspecto importante, como es la existencia de efectos beneficiosos añadidos a la anticoncepción¹².

- **Anemia ferropénica:** disminuyen la duración y cantidad de la menstruación (entre el 40-50% del volumen espontáneo) y mejoran los depósitos de hierro. Ambos factores disminuyen la anemia ferropénica, acompañando de una dieta equilibrada y un estilo de vida saludable. El efecto lo consiguen tanto los anticonceptivos hormonales combinados como la AH con sólo gestágeno.

- **Efecto antiandrogénico:** el acné y el hirsutismo son problemas que afectan al 35% de las mujeres. En general todos los anticonceptivos hormonales combinados mejoran el acné y el hirsutismo al aumentar, por efecto del estrógeno, las proteínas transportadoras de esteroides y disminuir, por tanto, la testosterona libre. Además, hay gestágenos que tienen una mayor actividad antiandrogénica, como se ha visto en la tabla 2, mediante la inhibición de la unión de la testosterona a los receptores androgénicos, disminuyendo el número de estos e inhibiendo también la acción de la enzima 5-alfa reductasa, que transforma la testosterona en dihidrotestosterona, que es el metabolito activo.

- **Dismenorrea:** es conocido que la anticoncepción hormonal combinada tiene un efecto beneficioso sobre la dismenorrea en las adolescentes¹³. También los métodos sólo gestágenos tienen este efecto beneficioso. Recientemente se ha publicado un trabajo sobre el uso del DIU de levonorgestrel en mujeres con dismenorrea, comprobándose su mejoría¹⁴.

- **Síndrome premenstrual:** abarca una serie de síntomas físicos y emocionales que se manifiestan desde dos semanas antes de la menstruación y finalizan poco después del comienzo del período menstrual. En el protocolo de la SEGO, se considera que los

anticonceptivos hormonales combinados con drospirenona pueden ser apropiados en mujeres con sintomatología leve o moderada, sobre todo si no desean una gestación. Se han encontrado mejores resultados cuando se utilizan pautas que disminuyen el intervalo libre de hormonas (24/4) ¹⁵⁻¹⁶.

- **Enfermedad inflamatoria pélvica (EIP):** el mecanismo de acción de los AH parece producirse por cuatro vías: cambios en el moco cervical, espesándolo, y evitando así el ascenso de gérmenes, disminución del flujo menstrual, modificación de la contractilidad uterina y reducción de la reacción inflamatoria (endometritis). La protección se debe fundamentalmente al efecto del gestágeno sobre el moco cervical. Se necesitan, al menos, 12 meses de uso de los AH y la protección es simultánea al uso de los mismos, no prolongándose más allá de la toma. Según estudios publicados, en caso de contraer EIP durante el uso de AH, la gravedad del cuadro es menor y la hospitalización disminuye en un 50%.

- **Densidad mineral ósea (DMO):** está comprobado el efecto positivo de los anticonceptivos hormonales combinados en la densidad mineral ósea en las mujeres adultas, específicamente en las perimenopausicas, en todos los lugares de medición (columna vertebral, cadera, colex). Además, está establecido que el beneficio es dependiente de la duración del tratamiento. Respecto a los anticonceptivos hormonales con sólo gestágeno, no existe restricción en relación a la DMO, salvo para las usuarias de depoprogvera (AMPD), en las que disminuye la densidad mineral ósea de forma reversible, sin que haya evidencia de que su uso provoque osteoporosis. A las mujeres usuarias de AMPD se les debe asesorar sobre los factores dietéticos y el estilo de vida que puede afectar a su pico de masa ósea, como el tabaco, el ejercicio físico y la ingesta de calcio⁷.

- **Cáncer de ovario:** es conocido que el uso de los anticonceptivos hormonales reduce la incidencia del cáncer de ovario persistiendo la protección hasta 30 años después de que ha cesado el uso de los anticonceptivos¹⁷.

- **Cáncer de endometrio:** la protección se observa a partir de los 12 meses de uso y persiste, al menos, hasta 15 ó 20 años después de finalizarlo. Se extiende a los tres principales grupos histológicos: adenocarcinoma, adenoacantoma y carcinoma epidermoide.

- **Cáncer colorectal:** los anticonceptivos hormonales orales parecen reducir significativamente el riesgo de cáncer de colon, existiendo indicios de que la protección es mayor cuando el uso ha sido reciente¹⁸.

En un trabajo publicado recientemente por Hannaford¹⁹, se encontró que el uso de anticonceptivos orales no se asociaba con un incremento del riesgo de cáncer.

También los anticonceptivos hormonales tienen un efecto beneficioso sobre los miomas, el dolor asociado

a la endometriosis y son un tratamiento en patologías, como el síndrome de ovario poliquístico.

RIESGOS DE LA ANTICONCEPCIÓN HORMONAL

El uso de anticonceptivos hormonales conlleva una serie de riesgos que es necesario conocer. Hay que considerar que los riesgos de la anticoncepción hormonal deben valorarse comparándolos con los riesgos de un embarazo²⁰.

- Efectos secundarios leves

Sangrado irregular, mastodinia, cefaleas, náuseas, etc. Su importancia radica en que pueden constituir una causa de abandono innecesario del método anticonceptivo, quedando en una situación de riesgo de embarazo no deseado. La mejor manera de prevenir esta situación es dar una información adecuada cuando se realice el consejo anticonceptivo.

Un falso efecto secundario que afecta a la continuidad del método es el aumento de peso. Existen múltiples trabajos²¹ en los que se confirma que la anticoncepción hormonal combinada no produce un incremento en el peso corporal, aunque sigue siendo un mito muy arraigado en la población, que condiciona en muchos casos la elección o el abandono del anticonceptivo hormonal.

- Efectos secundarios graves

Problemas cardiovasculares (CV): hay que considerar que la incidencia de eventos CV adversos en edad reproductiva es baja y que la morbimortalidad cardiovascular está más relacionada con el tabaquismo y otros factores de riesgo, que con el uso de anticoncepción hormonal²².

- a.- Infarto agudo de miocardio: existe un aumento del riesgo en mujeres que utilizan anticonceptivos hormonales y presentan factores de riesgo independientes para este proceso, como el tabaquismo, siendo en usuarias sanas muy baja la probabilidad de que se produzca.
- b.- Ataque cerebro vascular agudo: en las mujeres usuarias de anticoncepción hormonal combinada se puede incrementar el riesgo de padecer un evento de este tipo, generalmente debido a un aumento de la tensión arterial. Sin embargo, en mujeres normotensas, no fumadoras y sin factores de riesgo, el incremento de riesgo absoluto es mínimo.
- c.- Tromboembolismo venoso (TEV): la asociación entre el riesgo de padecer un TEV y la utilización de anticonceptivos hormonales combinados se conoce desde hace muchos años y está relacionada, fundamentalmente, con el estrógeno del preparado, por lo que se han ido disminuyendo la dosis del etinilestradiol (con los preparados de => de 50 mcg de etinilestradiol se duplica el riesgo). Sin embargo, estudios recientes han puesto de manifiesto la influencia del tipo de gestágeno que se utilice. Otros factores de riesgo son la masa corporal, el hábito tabáquico y la carga trombofílica de la persona. Se ha visto que el mayor riesgo aparece durante el primer año de

utilización lo que sugiere la existencia de una predisposición.

Dada la baja prevalencia de este accidente no está justificado la realización sistemática de un estudio de coagulación previo a la prescripción del anticonceptivo, aconsejándose hacer una anamnesis detallada dirigida a detectar los posibles factores de riesgo (no hay que olvidar preguntar sobre la existencia de antecedentes de este tipo en familiares de primer grado, menores de 45 años), así como tomar la tensión arterial y determinar el índice de masa corporal²³.

Respecto a las nuevas vías de administración de las hormonas, los datos sugieren que el riesgo del parche transdérmico es similar a la vía oral²⁴ y, aunque no hay datos de la vía vaginal, se supone que sus efectos serán similares al tratarse del mismo medicamento.

Cáncer:

a.- Cáncer de mama: para la población general existe un ligero aumento de riesgo (RR=1,24), poco valorable desde el punto de vista epidemiológico entre las mujeres jóvenes de menos de 24 años, según datos del estudio del Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer, desapareciendo este riesgo al suspender la toma.

Sin embargo, en un trabajo publicado recientemente, Hannaford 2007¹⁹, no se aprecia un incremento de riesgo de este cáncer entre usuarias de anticonceptivos hormonales combinados.

El uso de gestágenos no aumenta el riesgo de cáncer de mama en la población general.

El antecedente familiar de cáncer de mama no se considera una contraindicación para el uso de este método anticonceptivo. Los estudios en mujeres portadoras del gen BRCA1 y BRCA2 son contradictorios, por lo que no hay evidencia suficiente para hacer recomendación de ningún tipo y la mujer debe valorar el riesgo/beneficio, dado el efecto protector frente al cáncer de ovario que tienen estos medicamentos.

Sin embargo, el antecedente personal de cáncer de mama se considera, en el momento actual, una contraindicación para el uso de anticoncepción hormonal combinada o sólo gestágenos, por cualquiera de sus vías (criterios de elegibilidad 3 - 4 de la OMS).

b.- Cáncer de cuello de útero: la anticoncepción hormonal combinada se asocia con un aumento de riesgo de SIL y cáncer invasor. Recientemente se ha encontrado una asociación entre el uso prolongado, durante más de 5 años, y el cáncer de cervix, disminuyendo rápidamente cuando cesa la utilización del anticonceptivo y vuelve a niveles normales cuando han transcurrido 10 años²⁵. Sin embargo, se trata de un proceso en el que las conductas sexuales juegan un papel muy importante y así, se sabe que, la infección por el virus del papiloma humano es la causa necesaria para el desarrollo de este cáncer, aunque se desconoce el papel que puedan tener los anticonceptivos hormonales como cofactor. Actualmente, se considera que los hábitos citológicos de los programas de salud no deben ser cambiados y no existe ninguna contraindicación para el uso de este método anticonceptivo en mujeres con antecedentes de lesiones cervicales intraepiteliales.

ANTICONCEPCIÓN DE URGENCIA

Se trata de la utilización de un fármaco, mecanismo o dispositivo con el fin de prevenir un embarazo después de una relación coital desprotegida.

En España está autorizado el uso de anticoncepción de urgencia con gestágenos, levonorgestrel en dosis única de 1.500 mcg administrado dentro de las 72 horas después de la relación de riesgo lo más precozmente posible, puesto que su eficacia disminuye a partir de las 24 horas. Aunque no está incluido en la ficha técnica, mantiene una cierta eficacia, del 63%, hasta las 120 horas.

El principal mecanismo de acción es la inhibición o retraso de la ovulación. Las píldoras anticonceptivas de urgencia no interrumpen un embarazo (cualquiera sea la definición de inicio de embarazo). No obstante, pueden impedir los abortos porque reducen el número de embarazos no deseados^{26,27}.

Recientemente se ha comercializado como anticoncepción de urgencia un nuevo fármaco, acetato de ulipristal (*Ellaone*®) en dosis de 30 mg. Se trata de un modulador selectivo de los receptores de progesterona que mantiene una alta eficacia hasta 120 horas después de la relación de riesgo^{28,29,30,31}.

CONCLUSIONES

Las novedades que han aparecido en anticoncepción hormonal en estos últimos años han consistido fundamentalmente en la disminución de la dosis de estrógeno, la aparición de nuevos gestágenos, de nuevas vías de administración de los esteroides y nuevas pautas de utilización más prolongadas, con el objetivo de facilitar el cumplimiento del método anticonceptivo.

En este momento, la utilización de un anticonceptivo hormonal en una mujer sin riesgos presenta grandes beneficios y tenemos importantes documentos científicos

que permiten manejar los métodos anticonceptivos con seguridad.

Sin embargo, todavía existen una serie de necesidades no cubiertas como son: métodos más seguros, doble protección, métodos pre o postcoitales para uso repetido durante el ciclo, anticonceptivos masculinos reversibles y métodos prolongados no hormonales para hombres y mujeres, que esperamos que puedan ser resueltas en un futuro próximo.

BIBLIOGRAFÍA

1. VI Encuesta Grupo DAPHNE, 2009. Disponible en: http://www.equidaphne.es/archivos/encuestas/NP_VI_Encuesta_BSP_Anticoncepcion-220409.doc.
2. La interrupción voluntaria del embarazo y los métodos anti-conceptivos en jóvenes. Observatorio de Salud de la Mujer. Dirección General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2004.
3. Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Observatorio de Salud de la Mujer (OSM). Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS). Encuesta Nacional de Salud Sexual 2009. http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/v5_presentacion_ResultadosENSS_16dic09.pdf
4. Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. OMS, 2008. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/hq/2009/WHO_RHR_08.19_spa.pdf OMS 2008.
5. Kratten-Macher R. Drospirenone: pharmacology and pharmacokinetics of a unique progestogen. *Contraception*. 2000 Jul; 62(1):29-38. Review.
6. Schindler AE. Classification and pharmacology of progestins. *Maturitas* 2003; 46(Suppl.1):S7-S16.
7. Conferencia de Consenso. Actualización del manejo clínico de los anticonceptivos hormonales. SEC. Aranjuez. 2005. Disponible en: http://www.sec.es/area_cientifica/conferencias_consenso/anticonceptivos_hormonales/index.php.
8. OMS. Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. 3.ª edición. Ginebra 2005. http://www.observedr.org.bo/archivos/biblioteca/anticoncepcion_-_oms.pdf.
9. Conferencia de Consenso. Prescripción y manejo de Anticonceptivos Hormonales Orales. SEC. Toledo 1997. Disponible en: http://www.sec.es/area_cientifica/conferencias_consenso/consenso.pdf.
10. Sánchez Borrego R, Lete Lasa L. Anticoncepción con solo gestágenos. Revisión de los datos. Madrid 2004. 177 p.
11. Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos. 2.ª edición. OMS, 2005. Disponible en: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9243562843.pdf>.
12. Gómez MA. Beneficios de la anticoncepción hormonal combinada. Guía Clínica de la Sociedad Española de Contracepción. Anticoncepción hormonal combinada. Consenso de un grupo de expertos. Barcelona, doctoractive SL 2008; 43-49.
13. Davis AR, Westhoff C, O'Connell K, Gallagher N. Oral contraceptives for dysmenorrhea in adolescent girls: a randomized trial. *N. Obstet Gynecol*. 2005 Jul; 106(1):97-104.
14. Bahamondes L, Petta CA, Fernandes A, Monteiro I. Use of the levonorgestrel-releasing intrauterine system in women with endometriosis, chronic pelvic pain and dysmenorrhea. *Contraception*. 2007 Jun; 75(6 Suppl):S134-9. Epub 2007 Feb 16. Review.
15. Yonkers KA, Brown C, Pearlstein TB, Foegh M, Sampson-Landers C, Rapkin A. Efficacy of a new low-dose oral contraceptive with drospirenone in premenstrual dysphoric disorder. *Obstet Gynecol*. 2005 Sep; 106(3):492-501.
16. Pearlstein TB, Bachmann GA, Zacur HA, Yonkers KA. Treatment of premenstrual dysphoric disorder with a new drospirenone-containing oral contraceptive formulation. *Contraception*. 2005 Dec; 72(6):414-21.
17. Collaborative Group on Epidemiological Studies of Ovarian Cancer. *Lancet* 2008; 371: 303-14.
18. Fernández et al. Oral contraceptive and colorectal cancer risk: a meta-analysis. *Br J Cancer*. 2001; 84:722-7).
19. Hannaford PC, Selvaraj S, Elliott AM, Angus V, Iversen L, Lee AJ. Cancer risk among users of oral contraceptives: cohort data from the Royal College of General Practitioner's oral contraception study. *BMJ* 2007; 7621-7651. Epub 2007 Sep 11.
20. Lete, I. Efectos adversos de la anticoncepción hormonal combinada. Guía Clínica de la Sociedad Española de Contracepción. Anticoncepción hormonal combinada. Consenso de un grupo de expertos. Barcelona, doctoractive SL 2008; 51-58.
21. Gallo MF; Lopez LM; Grimes DA; Schulz KF; Helmerhorst Combination contraceptives: effects on weight (Review) *Cochrane Database Syst Rev*. 2008 Oct 8; (4):CD003987.
22. Farley TM, Collins J, Schlesselman JJ. Hormonal contraception and risk of cardiovascular disease. An international perspective. *Contraception*. 1998 Mar; 57(3):211-30. Review.
23. Martínez F, Avelilla A. Combined hormonal contraceptives and venous thromboembolism. *EUR. J. Contracept Reprod Health Care* 2007; 12: 97-106.
24. Fleischer K, Van Vliet HA, Rosendaal FR, Rosing J, Tchaikovski S, Helmerhorst FM. Effects of the contraceptive patch, the vaginal ring and an oral contraceptive on APC resistance and SHBG: a cross-over study. *Thromb Res*. 2009; 123(3):429-35. Epub 2008 Sep 30.
25. International Collaboration of Epidemiological Studies of cervical Cancer. Cervical cancer and hormonal contraceptives: collaborative reanalysis of individual data for 16573 women with cervical cancer and 35509 women without cervical cancer from 24 epidemiological studies. *Lancet* 2007; 370:1609-21.
26. Consorcio Internacional sobre Anticoncepción de Emergencia (ICEC) Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO). Posicionamiento sobre el mecanismo de acción. Octubre de 2008. <http://www.sec.es/imagenes/AU%20FIGO.pdf>.
27. Croxatto H, Ortiz ML. "Cómo y cuándo el levonorgestrel previene un embarazo cuando se administra como anticonceptivo de emergencia". Población y Salud en Mesoamérica. Revista electrónica. Volumen 4, número 2, artículo 3. Enero 2007. <http://ccp.ucr.ac.cr/revista/>.
28. Ulmann A, Scherrer B, Mathé H, Gainer E "Meta-analysis of emergency contraception trials comparing ulipristal acetate with levonorgestrel". Congress of de European Society of Ginecology (8.º, Roma, 2009).
29. Cameron S, Glasier A, Fine P, Mathé H, Gainer E. "Ulipristal acetate compared to levonorgestrel for emergency contraception within five days of unprotected intercourse: a randomised controlled trial" Congress of de European Society of Ginecology (8º, Roma, 2009).
30. Fine P, Ginde S, Morfesis J, Mathé H, Gainer E. "A multicenter trial of ulipristal acetate for late-intake emergency contraception". Congress of de European Society of Ginecology (8.º, Roma, 2009).
31. Croxatto HB, Brache V, Cochon L, Jesam C, Salvatierra AM, Levy D, Gainer E. "The effects of immediate pre-ovulatory administration of 30mg ulipristal acetate on follicular rupture". Congress of de European Society of Ginecology (8.º, Roma, 2009).

Comité de Redacción:

Arroyo Pineda V, Fernández-Corada Sánchez A, Martín Alcalde E, Martínez Cruz S, Pérez Rodríguez I, Rubio Salvador AR, Fernández Agüero I, Ortiz Martín T, Sánchez de la Nieta MD, Tejada Cifuentes F, Lara García-Escribano S, Sánchez Cruzado M, Lara Sánchez C, Jiménez de Andrés E.

Consejo Editorial:

Área de Farmacia del SESCAM; Comisiones del Uso Racional del Medicamento de las Gerencias de Atención Primaria de Albacete, Alcázar de San Juan, Ciudad Real, Cuenca, Guadalajara, Puertollano, Talavera de la Reina, Toledo y Comisiones de Farmacia y Terapéutica del Complejo Hospitalario de Albacete, Hospital Comarcal de Hellín, Complejo Hospitalario de Ciudad Real, Hospital La Mancha Centro, Hospital Virgen de Altagracia, Hospital Gutiérrez Ortega, Hospital Santa Bárbara, Hospital Virgen de la Luz, Hospital General Universitario de Guadalajara, Hospital Virgen de la Salud de Toledo, Hospital Nacional de Parapléjicos, Hospital Virgen del Valle y Hospital Ntra. Sra. del Prado.

Edita SESCAM - Área de Farmacia.

Dirección de correo: Eduardo Jiménez de Andrés. Secretaría Comité de Redacción. Área de Farmacia SESCAM. C/Huérfanos Cristinos 5. Toledo 45005. Teléfono: 925/2743.90 Fax: 925/2741.44 e-mail: burm@sescam.jccm.es

I.S.S.N.: 1576-2408

D.L.: GU-141-2000

