

Mitos en anticoncepción

CAROLINA ÁLVAREZ MESA

MD. Residente de Ginecología y Obstetricia de la Universidad de Antioquia

INTRODUCCIÓN

Según la última Encuesta de Demografía y Salud, realizada por Profamilia en el año 2005 (1), el 100% de las mujeres en Colombia conoce algún método anticonceptivo y es consciente de que puede regular su fecundidad. Sin embargo, en los últimos 5 años no se observó aumento en el uso de anticonceptivos, pero sí en el porcentaje de embarazos no deseados, encontrándose que menos de la mitad de todos los embarazos de los últimos 5 años eran realmente deseados. En teoría, si se pudieran evitar todos los embarazos no deseados, se podría reducir la tasa de fecundidad global a una tercera parte y, por tanto, todas las consecuencias que traen para las mujeres, sus familias y para un país este tipo de gestaciones.

Cuando se analizaron en esta misma encuesta las causas de la falta de uso de métodos anticonceptivos, se encontró que uno de los factores más determinantes era que el Sistema de Seguridad Social en Salud del país no estaba cumpliendo con su obligación de ofrecer información y servicios de planificación familiar a sus



afiliados, especialmente en el caso de los métodos reversibles y que, a pesar de que el 70% de la población está cubierta por el sistema, las EPS y ARS suministran sólo el 8% de anticonceptivos en Colombia, mientras que el sector privado suministra casi el 60%, pero a éste, gran parte de nuestras mujeres no tiene acceso.

Las razones que se encontraron como causa de discontinuación de los métodos anticonceptivos fueron: falla del método (17%), efectos secundarios (16%), deseo de embarazo (13%) y vida sexual infrecuente (10%). Llama la atención que el uso de la píldora sufrió una reducción importante en los últimos 15 años. Sus efectos secundarios fueron la principal causa de suspensión del método. Éstos también explican la discontinuación de otros métodos como el DIU, los inyectables y los implantes.

Cabe preguntarnos entonces cuál es nuestra responsabilidad como personal de salud, cómo podemos contribuir a la disminución del embarazo no deseado en nuestro país y así permitirles a nuestras mujeres planificar sus familias y, de alguna manera, llevar a cabo un proyecto de vida.

Se ha demostrado que una información clara, completa, objetiva, de los diferentes métodos anticonceptivos y sus posibles efectos secundarios, aumenta la aceptación del método y reduce su tasa de suspensión (2). Sin embargo, para poder cumplir con este objetivo, los médicos debemos desprendernos de muchas de las ideas erróneas que tenemos sobre los métodos anticonceptivos. Un ejemplo se encuentra en un estudio realizado en Israel, donde se encontró que los médicos tenían más ideas falsas respecto a los anticonceptivos orales que las mismas pacientes, lo cual contribuía a los embarazos no deseados (3).

El objetivo de este artículo es, por tanto, exponer algunos de los mitos más frecuentes entre los médicos sobre anticoncepción y ofrecerles información reciente y objetiva, que permita renovar algunos conceptos.

MITOS

1. Los anticonceptivos orales con etinilestradiol = 20 ug son mejores que aquellos con dosis mayores

Desde la introducción de los anticonceptivos orales, en la década de los 60, la dosis de los estrógenos se ha ido reduciendo progresivamente y esto obedece a dos descubrimientos: primero, que la cantidad del



estrógeno se relaciona con los eventos adversos (complicaciones cerebrovasculares y tromboembólicas), y segundo, que dosis más bajas de ambos componentes (estrógenos y progestágenos) mantenían la efectividad anticonceptiva, llegando a dosis tan bajas como 15 ug de etinil estradiol; sin embargo, estas dosis muy bajas se han relacionado con irregularidades menstruales que disminuyen la adherencia al método. Existe una revisión reciente,(4) donde se analizaron los diferentes estudios que comparaban anticonceptivos con diferentes dosis de estrógenos, encontrando que los datos de los ensayos clínicos existentes son insuficientes para detectar posibles diferencias en efectividad y que los anticonceptivos con etinilestradiol de 20 ug, se relacionaron con más altas tasas de suspensión del método debido a efectos secundarios, especialmente sangrados irregulares, cuando se comparaban con aquellos de dosis de estrógeno mayores. Sin embargo, la mayoría de los estudios comparaban preparados con diferentes tipos de progestágenos y es posible que éstos también se relacionen con las alteraciones del sangrado. Algunos estudios sugieren que el gestodeno tiene ciclos más regulares, en comparación con desogestrel y levonorgestrel (5).

Otro aspecto importante con la reducción de la dosis estrogénica, es la posible disminución de los beneficios que los estrógenos otorgan, como la prevención de cáncer de ovario y endometrio y la reducción del acné. Al parecer, no existen diferencias en el riesgo de cáncer de ovario al comparar anticonceptivos con 20 ug con dosis más altas, pero aún no es claro qué ocurre si se usan dosis menores de 20 ug (6). Tampoco se conoce si hay diferencia en la capacidad para reducir el acné.

Los eventos adversos raros, como los cardiovasculares, no pueden evaluarse en ensayos clínicos, por su baja frecuencia.

En conclusión, no existe evidencia de que los anticonceptivos orales con dosis de estrógeno = 20 ug, sean superiores a las microdosis (30-35 ug) ni en cuanto a efectividad ni en la reducción de eventos adversos.

2. Los anticonceptivos orales producen aumento de peso

Varios mecanismos se han propuesto a lo largo del tiempo para explicar la posible ganancia de peso, secundaria al uso de anticonceptivos orales. Entre estos están: estimulación del eje renina angiotensina, con aumento en la retención de líquidos, alteración en el metabolismo de carbohidratos, supresión en la colecistoquinina sérica que puede relacionarse con aumento del apetito (7). Además, los estrógenos se han asociado con aumento de la grasa subcutánea, especialmente en senos,



caderas y muslos.

El aumento de peso es, en muchos países, la principal causa de suspensión del método, 46% de adolescentes en el mundo consideran que la píldora incrementa la posibilidad de subir de peso.

La evidencia disponible indica que para la mayoría de las mujeres usuarias de ACOS no existe riesgo de aumento de peso, comparado con otras mujeres sexualmente activas. El peso corporal tiende a permanecer estable o con cambios mínimos.

Una revisión reciente, que incluyó tres estudios de buena calidad, no logró demostrar una asociación de causalidad entre los anticonceptivos orales combinados o los parches y el aumento de peso. Tampoco encontró diferencias entre las diferentes combinaciones (8).

Además, si los mecanismos posibles para aumento de peso se relacionan básicamente con los estrógenos, se esperaría que las combinaciones con dosis mayores de estrógenos presentaran mayor aumento de peso. Con respecto a esto, se encontraron 9 estudios que comparaban anticonceptivos con igual progestágeno y estrógeno, pero éste en diferentes dosis. Sólo uno de los estudios encontró diferencia y, contrario a lo esperado, se observó mayor aumento de peso en el grupo con dosis más bajas de estrógeno (8).

En conclusión, hasta el momento no hay evidencia de que los anticonceptivos orales produzcan un aumento de peso superior al que experimentan las mujeres a lo largo de su vida.

3. Sólo los anticonceptivos que contienen progestágenos con fuerte acción antiandrogénica (ciproterona, cormadinona) mejoran el acné

Los anticonceptivos orales combinados mejoran el acné a través de varios mecanismos: producen disminución de la testosterona libre debido a la supresión de LH, lo cual trae disminución en la síntesis de andrógenos; además, aumentan los niveles de globulina fijadora de hormonas sexuales, reduciendo la biodisponibilidad de los andrógenos.

En teoría, se espera que los anticonceptivos orales que contienen progestágenos con mayor acción antiandrogénica tengan mejores efectos en el acné. Sin embargo, los pocos estudios que existen al respecto han mostrado resultados contradictorios (9). Un estudio que comparó tres anticonceptivos diferentes con el placebo, no encontró diferencias en la forma en que éstos producían reducción de lesiones faciales de acné tanto inflamatorias como no inflamatorias (9). Los anticonceptivos



con ciproterona mostraron superioridad en reducir el acné en dos estudios en que se compararon con levonorgestrel; sin embargo, estos estudios presentan deficiencias metodológicas (10).

Podemos concluir, entonces, que a la fecha no se ha demostrado que un progestágeno sea mejor que otro para reducir el acné. Sin embargo, cada caso debe ser individualizado. Y probablemente lo anterior no sea adecuado en casos demostrados de exceso de andrógenos.

4. El DIU aumenta el riesgo de enfermedad pélvica inflamatoria

Este tema ha sido bastante estudiado en los últimos 30 años y la causa de que muchos países suspendan su uso a pesar de su buena capacidad anticonceptiva. Los primeros estudios, realizados entre 1968 y 1980, estimaban que el riesgo de EPI en usuarias de DIU era entre 2 y 9 veces; sin embargo, análisis posteriores de estos estudios han evidenciado carencias metodológicas importantes (11). Estudios realizados posteriormente revelaron que el riesgo de EPI asociado al DIU se limita a su inserción, ya que es imposible esterilizar la vagina durante este procedimiento. Además, se evidenció que no existe aumento en el riesgo para mujeres sin otros factores de riesgo. En África, donde existe un alto índice de enfermedades de transmisión sexual, el uso del DIU ha sido evitado por el riesgo de EPI. Sin embargo, considerando que este método es una excelente opción anticonceptiva en estos países, por su bajo costo y alta efectividad y aceptación, se han diseñado diferentes estudios y modelos que tratan de establecer el verdadero riesgo y han encontrado que éste puede bajar hasta 0,15 y 0,075%, y aumentar a 3-5% si hay una infección por *Chlamydia* o gonococo actual (12).

Teniendo en cuenta esta información, se pensó que el uso de antibióticos previo a la inserción del dispositivo, podría ser útil para evitar el riesgo de EPI, y se realizó en Estados Unidos un estudio en 930 mujeres en el cual sólo se encontró un caso de EPI, tanto en el grupo tratado como en el grupo control.

Recientemente se realizó una revisión sobre el uso profiláctico de antibióticos se analizaron cuatro estudios que evidenciaban que el DIU es seguro, con o sin uso de antibióticos profilácticos, aún en poblaciones con alta prevalencia de ITS (13).

Como conclusión, el uso del dispositivo intrauterino sólo se asocia a EPI en el momento de la inserción; por tanto, pacientes sintomáticas o



con factores de riesgo, deben estudiarse y tratarse previamente. No hay evidencia de la disminución del riesgo con el uso de antibióticos profilácticos.

5. El dispositivo intrauterino liberador de LNG es más efectivo y mejor tolerado que otros dispositivos

En la década de los 70 comenzó a desarrollarse el dispositivo liberador de hormonas, con base en la idea de que el adicionar progestágenos al dispositivo mejoraba su acción anticonceptiva. En un metanálisis reciente, que incluyó ocho estudios que comparaban DIU liberador de LNG y DIU no hormonal, no se encontró diferencia en las tasas de embarazo cuando el DIU no hormonal era > de 250 mm (T 380 A). También encontraron que las usuarias de DIU hormonal presentaron mayor tasa de suspensión del método por efectos adversos hormonales y trastornos menstruales. Además, presentaron más episodios de expulsión del dispositivo (14).

Es importante tener en cuenta que, en algunos casos, el DIU hormonal puede ser de elección, especialmente en menorragias en las cuales se descartó causa orgánica y está contraindicado, o cuando la paciente no acepta manejo quirúrgico. También se han observado buenos resultados en pacientes con endometriosis.

Se puede concluir, entonces, que los dispositivos intrauterinos son métodos anticonceptivos seguros y eficaces, independientemente de su contenido hormonal. La elección dependerá de cada caso en particular.

6. Los anticonceptivos orales combinados no se recomiendan en mujeres mayores de 35 años

Desde la década de los 70, el uso de ACOS se limitaba a las mujeres menores de 35 años, basado en estudios epidemiológicos que los relacionaban con eventos tromboticos e infarto del miocardio en mujeres mayores. Sin embargo, los anticonceptivos utilizados en ese momento, tenían altos niveles de estrógenos y progestágenos; además, en los estudios mencionados no se tuvieron en cuenta factores asociados como el tabaquismo. Estudios posteriores con dosis de EE < de 50 ug, mostraron un bajo riesgo de tromboembolismo en mujeres sin otros factores de riesgo (16). A pesar de esto, todavía no es raro ver en la práctica médica, que a mujeres mayores de 35 años, usuarias de anticonceptivos orales combinados, se les suspende su administración por el temor a los eventos cardiovasculares. Y aunque es cierto que son estas mujeres las que



más riesgo cardiovascular asociado a anticonceptivos hormonales corren, éstos no aumentan el riesgo de forma aislada y es importante entonces, evaluar la presencia de otros factores de riesgo cardiovascular, entre los cuales quizá el más importante es el cigarrillo.

Pocos estudios existen al respecto. En uno de ellos, de buena calidad metodológica, se encontró que los anticonceptivos orales en dosis bajas (= 20 ug de EE), se consideran una excelente opción para mujeres no fumadoras mayores de 35 años, ya que mejoran los síntomas relacionados con el climaterio, disminuyen el riesgo de cáncer de ovario y endometrio, reducen la pérdida ósea y regulan los sangrados. Este estudio comparó ACOS en dosis bajas con placebo en pacientes perimenopáusicas, evaluando patrones de sangrado, calores y calidad de vida (334 mujeres no fumadoras entre 40-45 años). La duración del sangrado fue mucho menor en el grupo de anticonceptivos. No hubo diferencia en la aparición de sangrado intermenstrual, el cual en ambos grupos fue tipo spotting. El grupo de anticonceptivos presentó mejoría de las oleadas de calor, especialmente en la reducción del número de episodios por día. Todos los parámetros utilizados para evaluar la calidad de vida, mejoraron en el grupo de anticonceptivos (15).

En conclusión, los anticonceptivos orales combinados son una excelente opción para mujeres perimenopáusicas, sin factores de riesgo cardiovascular.

7. El acetato de medroxiprogesterona de depósito (AMPD) es una buena opción anticonceptiva para mujeres adolescentes

Debido a su bajo costo y a su alta efectividad, se ha planteado en varios países su uso para mujeres adolescentes. Se calcula que más de un millón de adolescentes norteamericanas utilizan este método anticonceptivo (18). Teniendo en cuenta que su mecanismo de acción incluye la supresión de estrógenos y que esta podría llevar a alteración en la densidad mineral ósea (DMO), se realizaron varios estudios, teniendo en cuenta que la masa ósea adquirida durante la adolescencia, es clave en la salud ósea posterior; incluso se estima que el 90% de la masa ósea se adquiere antes de los 18 años (17).

Varios estudios han mostrado disminución de la DMO en adolescentes usuarias de AMPD, cuando se comparan con usuarias de ACOS o de métodos no hormonales; sin embargo, la mayoría de estos estudios son descriptivos de corte transversal y en muchos de ellos el efecto era re-



versible una vez suspendido el método. Un estudio de casos y controles, encontró que las usuarias de AMPD presentaron 5% de déficit en la densidad ósea con respecto a los controles, cuando su uso se iniciaba antes de los 20 años.

En el 2005 se publicó el resultado de un ensayo clínico, donde buscaban comparar el comportamiento en la densidad ósea cuando se adicionaba estrógenos al AMPD, pensando que al suplementar estrógenos, podría evitarse el efecto en el hueso. Los resultados mostraron que el grupo que recibió estrógenos tuvo mayor densidad ósea tanto en columna como en cuello femoral luego de 12 a 24 meses. Resultados similares se encontraron en un estudio entre mujeres adultas (18). Sin embargo, teniendo en cuenta que, según los estudios, el efecto en el hueso es reversible al suspender el método, el suplemento con estrógenos no parece tener utilidad.

En conclusión, podemos decir que, aunque no existen estudios adecuados, la información disponible sugiere una disminución en la densidad ósea en adolescentes usuarias de AMPD de forma reversible. Por tanto, se deberá evaluar en cada caso particular el riesgo- beneficio, teniendo en cuenta que es un método seguro, eficaz y de fácil acceso.

CONCLUSIÓN

La planificación familiar se considera una herramienta fundamental en la reducción de la mortalidad materna y, además, es parte importante de la salud sexual y reproductiva de la mujer, al permitirle decidir el número de hijos, el momento de tenerlos y el espaciamiento entre ellos.

A pesar de los esfuerzos, los logros en anticoncepción no han sido los esperados, y como médicos y ginecólogos debemos cuestionarnos la responsabilidad que tenemos al respecto. Brindar a nuestras mujeres información clara, completa y objetiva, sobre los diferentes métodos anticonceptivos, mejora la adherencia a estos y, por tanto, reduce los embarazos no deseados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Profamilia, Colombia. Salud Sexual y Reproductiva en Colombia. Encuesta Nacional Demografía y Salud. Profamilia 2005.
- 2 Lei ZW. Effect of pretreatment counseling on discontinuation rates in Chinese women given depo-medroxyprogesterone acetate for contraception. *Contraception* 1996; 53: 357 - 361.



- 3 Hamani Y. Misconceptions about oral contraception pills among adolescents and physicians. *Human Reproduction* 2007; 22 (12): 3078 - 3083.
- 4 Gallo MF, Nanda K, Grimes DA, Schulz KF. 20mcg versus >20mcg Estrogen combined oral contraceptives for contraception. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 2. Art. No.: CD003989. DOI: 10.1002/14651858.CD003989.pub2.
- 5 Maitra N, Kulier R, Bloemenkamp KWM, Helmerhorst FM, Gülmezoglu AM. Progestogens in combined oral contraceptives for contraception. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004, Issue 3. Art. No.: CD004861. DOI: 10.1002/14651858.CD004861.
- 6 Ness RB, Grisso JA, Klapper J, Schlesselman JJ, Silberzweig S, Vergona R, et al. Risk of ovarian cancer in relation to estrogen and progestin dose and use characteristics of oral contraceptives. *Am J Epidemiol* 2000; 152: 233-41.
- 7 Gupta S. Weight gain on the combined pill - is it real? *Hum Reprod Update* 2000; 6 (5): 427 - 431.
- 8 Gallo MF, López LM, Grimes DA, Schulz KF, Helmerhorst FM. Combination contraceptives: effects on weight. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 1. Art. No.: CD003987. DOI: 10.1002/14651858.CD003987.pub2.
- 9 Arowojolu AO, Gallo MF, López LM, Grimes DA, Garner SE. Combined oral contraceptive pills for treatment of acne. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 1. Art. No.: CD004425. DOI: 10.1002/14651858.CD004425.pub3.
- 10 Huber J, Walch C. Treating acne with oral contraceptives: use of lower doses. *Contraception* 2006; 73: 23 - 29.
- 11 Dardano KL. The intrauterine contraceptive device: An often-forgotten and maligned method of contraception. *Am J Obstet Gynecol* 1999; 181(1): 1 - 5.
- 12 Stanback J. Pelvic inflammatory disease attributable to the IUD: modeling risk in West Africa. *Contraception* 2008; 77: 227-229.
- 13 Grimes DA, Schulz FK. Antibiotic prophylaxis for intrauterine contraceptive device insertion. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 1999, Issue 3. Art. No.: CD001327. DOI: 10.1002/14651858.CD001327.
- 14 French R, van Vliet H. Hormonally impregnated intrauterine systems (IUSs) versus other forms of reversible contraceptives as effective methods of preventing pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004, Issue 3. Art. No.: CD001776. DOI: 10.1002/14651858.CD001776.pub2.
- 15 Casper RP. The effect of 20 ug Ethinyl Estradiol/1 mg Norethindrone Acetate, a low dose oral contraceptive, on vaginal bleeding patterns, hot flashes and quality of life in symptomatic perimenopausal women. *Menopause* 1997; 4 (3): 139 - 147.
- 16 Shaaban MM. The perimenopause and contraception. *Maturitas* 1996; 23: 181-192.
- 17 Johnson CC. Longitudinal study of depot medroxyprogesterone acetate (Depo-Provera®) effects on bone health in adolescents: study design, population characteristics and baseline bone mineral density. *Contraception* 2008; 77: 239-248.



18 Cromer BA. Double-blinded randomized controlled trial of estrogen supplementation in adolescent girls who receive depot medroxyprogesterone acetate for contraception. *Am J Obstet Gynecol* 2005; 192: 42 - 47