

## Efectos benéficos no anticonceptivos a corto y largo plazo de los anticonceptivos orales

*Dr. Freddy Febres Balestrini, Br. Carolina Febres Alizo*

*Maternidad "Concepción Palacios", Caracas. Escuela de Medicina "Luis Razetti". Universidad Central de Venezuela.*

Desde la introducción del anticonceptivo oral monofásico compuesto por mestranol 150 µg y noretindrona 9,85 mg que se llamó Enovid por Gregory Pincus en 1960 (1), se abrió una de las etapas más importantes de la medicina del siglo veinte. A partir de este momento el ser humano disfruta de relaciones sexuales en cualquier momento del ciclo, sin temor al embarazo no deseado, y planifica la descendencia en forma responsable para con ellos mismos y la sociedad.

El balance del uso de los anticonceptivos orales (ACO), desde su introducción al evitar el embarazo no deseado y la alta morbilidad y mortalidad materna relacionada con éste es ampliamente positivo. Sin embargo este problema aún continúa siendo muy grave en los países latinoamericanos, donde la mortalidad materna es dramáticamente mayor que en los países desarrollados, ésta varía de 100 a 1 000 en algunos países latinoamericanos vs. 7 a 15 por 100 000 nacidos vivos en los países desarrollados (2). Este grave problema se debe en parte a la carencia por parte del Estado de programas de inversión en capital humano. Todavía entrando al nuevo siglo y después de gastar inmensas sumas de dinero tenemos un nivel educativo crítico y una insuficiente oferta de servicios en salud reproductiva de pésima calidad. Esta problemática se traduce en que aproximadamente el 48% de las mujeres en edad reproductiva en Latinoamérica no usan ningún método anticonceptivo, la preponderancia de uso de los ACO es menor del 10%, cuando en Europa es del 33%, el aborto inducido en condiciones insalubres es el cuarto método anticonceptivo de preferencia en nuestras mujeres latinoamericanas, calculándose alrededor de 6 millones de abortos al año, los cuales son responsables de que mueran aproximadamente 6 mil mujeres jóvenes por año (2) y que estos países

tengan un inmenso gasto en salud pública que supera varias veces el costo de un programa coherente en salud reproductiva. Otro aspecto importante del embarazo no deseado, el cual en Latinoamérica es aproximadamente del 50% (2), además de los problemas médicos es el indeseable aporte a la sociedad de niños maltratados y abandonados, los cuales incrementan las cifras de delincuencia, prostitución, miseria y embarazo precoz que conlleva a la frustración del proyecto de vida de muchas de nuestras adolescentes.

El uso masivo de los ACO ha producido también algunos efectos adversos, sin embargo estos disminuyen progresivamente con la baja de la dosis del componente estrogénico y progestacional de los ACO y con la incorporación de nuevos progestágenos con menor acción androgénica y más potente acción progestacional.

Los ACO han demostrado también, tener algunos efectos benéficos diferentes a su acción como anticonceptivos, los cuales resumiremos a continuación:

1. **Disminución del riesgo del cáncer de ovario:** esta es la cuarta causa de muerte por cáncer en mujeres en países desarrollados y la quinta causa en países subdesarrollados. Generalmente cuando se diagnostica, se encuentra en períodos avanzados, por lo cual tiene una pobre sobrevida (3). El uso de ACO por 4 años reduce el riesgo en 40%, por 8 años en 53% y por más de 12 años en 60%. Este efecto protector se mantiene por más de 15 años después de haber dejado los ACO. También se ha demostrado que protegen hasta en un 50% (4) contra la aparición de cánceres ováricos hereditarios en pacientes con marcadores genéticos positivos (BRCA1 y BRCA2).
2. **Disminución de riesgo de cáncer de**

- endometrio:** los ACO disminuyen en forma significativa su incidencia, este efecto está relacionado con la duración de su uso por 4 años el riesgo relativo (RR) de aparición de un cáncer de endometrio es de 0,44; por 8 años el RR es de 0,33 y por 12 años es de 0,28 (5), este efecto se mantiene por más de veinte años después de suspendidos (5-7).
3. **Disminución de la miomatosis uterina:** a diferencia de lo que se pensaba anteriormente los ACO combinados, muestran efectos beneficiosos al retardar el crecimiento y la aparición de los miomas uterinos (6,8). Este efecto protector puede ser utilizado en mujeres con factores de riesgo, que deseen tener hijos tardíamente. En mujeres perimenopáusicas con miomatosis uterina pueden reducir el flujo sanguíneo sin incrementar la miomatosis (9).
  4. **Disminución de la incidencia de enfermedad inflamatoria pélvica (EIP):** se ha descrito en las usuarias de ACO una disminución de la incidencia de EIP de hasta un 50%, sin embargo existe un aumento discreto en la incidencia de enfermedades de transmisión sexual (ETS) del tracto genital inferior, por lo cual este efecto protector es parcial y ante un mayor riesgo de ETS, deben acompañarse siempre de algún método de barrera más confiable como el condón (7,10,11).
  5. **Disminución de la incidencia de quiste funcional de ovario:** el uso de anticonceptivos orales por su efecto supresor sobre el eje hipotálamo hipofisario en la secreción de gonadotropinas, disminuye la estimulación ovárica producida por estas hormonas endógenas y por lo tanto la frecuencia de quistes funcionales (12,13). Este efecto supresor parece ser más acentuado con anticonceptivos de mayor dosis de estrógenos.
  6. **Control del ciclo menstrual:** la inhibición de la ovulación y el control de la función endometrial, permite a los ACO regular el ciclo del endometrio y disminuir su proliferación, mejorar el sangrado uterino disfuncional, la dismenorrea y disminuye la cantidad del flujo menstrual hasta en un 60%. Estos mecanismos demuestran un efecto beneficioso en el síndrome premenstrual y son de utilidad en los países subdesarrollados donde la anemia nutricional es epidémica en muchas áreas (14,15).
  7. **Disminución de la incidencia de enfermedades de la glándula mamaria:** en las usuarias de ACO la incidencia de la condición fibroquística de la mama y de fibroadenomas mamarios, puede reducirse entre un 34% y 65% respectivamente (1,2). Estudios epidemiológicos realizados en Estados Unidos, han demostrado disminución de la incidencia de cáncer mamario en usuarias por más de 8 años de ACO (16).
  8. **Disminución de la incidencia de artritis reumatoide:** algunos trabajos reportan un efecto protector de hasta el 60%, sin embargo existen datos contradictorios y parece que este efecto protector es más evidente sólo durante el uso de los ACO (6,7,17,18).
  9. **Disminución de la incidencia de osteoporosis:** aunque los datos en mujeres normoestrogénicas con ciclos menstruales regulares son contradictorios, en pacientes con disfunciones ováricas acompañadas de hipoestrogenismo parcial o total los ACO tienen un importante efecto protector sobre la disminución de la masa ósea (6-8,19). Sin embargo un trabajo controlado demostró que las usuarias de ACO tienen un 25% menos de fracturas de cadera (20).
  10. **Beneficios en la deportista:** en las mujeres con actividad física de competencia es frecuente el retardo puberal, la insuficiencia lútea y la oligomenorrea y amenorrea acompañada de hipoestrogenismo. En estos casos el uso de ACO además de permitir la manipulación del ciclo menstrual a conveniencia, puede prevenir el síndrome premenstrual y mantener la masa ósea sin menoscabar aparentemente el rendimiento atlético (21).
  11. **Acné e hirsutismo:** los ACO por el efecto que tienen sobre el control de la función ovárica al actuar sobre el eje hipotálamo hipofisario y por su acción esteroideogénica directa sobre el folículo pilo sebáceo, juegan un papel muy importante en la prevención y tratamiento de estas patologías. La adición de algunos progestágenos antiandrogénicos (acetato de ciproterona, norgestimate etc.) pueden potenciar aún más este efecto (6-8,22).

## REFERENCIAS

1. Green L, Shirley M. The curious history of contraception. Londres: Ebury Press; 1970.p.86.
2. Maternal mortality in The FIGO. Manual of Human Reproduction. En: Fathala M, Rosenfield A, Indriso C, Dilup K, editores. New York: Parthenon Publishing Group; 1990.p.78-99.

## EDITORIAL

3. Gynecological and breast cancer screening and early diagnosis, in *The FIGO Manual of Human Reproduction*. En: Fathala M, Rosenfield A, Indriso C, Dilup K, editores. New York: Parthenon Publishing Group; 1990.p.179-197.
4. Berchuck A, Schildkraud J. Oral contraceptive pills. Prevention of ovarian cancer and others benefits. *N C Med J* 1997;58:404-407.
5. Schlesselman JJ. Risk of endometrial cancer in relation to use of oral contraceptive. A practitioner's guide to meta-analysis. *Human Reprod* 1997;12:1851-1863.
6. Edwards RG, Beard HK, Bradshaw JP. Balancing risk and benefits of oral contraception. *Hum Reprod* 1997;12:2339-2340.
7. Anticonceptivos orales. Network en español. *Family Health International* 1996;16:4-8.
8. Drife J. Benefits and risk oral contraceptive. *Adv Contracept* 1990;6(Suppl):15-25.
9. Friedman AJ, Thomas PP. Does low-dose oral contraceptive use affect uterine size or menstrual flow in postmenopausal women with leiomiomas? *Obstet Gynecol* 1995;85:631-635.
10. Ness RB, Keder LM, Soper DE, Amortegui AJ. Gluck oral contraception and the recognition of endometritis. *Am J Obstet Gynecol* 1997;176:580-585.
11. Rosenfield WD, Basson JJ. Role of hormonal contraceptive in prevention of pregnancy and sexually transmitted diseases. *Adolesc Med* 1992;3:207-222.
12. Chiffarino F, Parazzini F, La Vecchia C, Ricci E, Crosignani PG. Oral contraceptive use and benign gynecologic conditions. A review. *Contraception* 1998;57:11-18.
13. Huezo CM. Current reversible contraceptive methods: A global perspective. *Int J Gynaecol Obstet* 1998;62(Suppl):1-15.
14. Tiemstra JD, Patel K. Hormonal therapy in the management of premenstrual syndrome. *J Am Board Fam Pract* 1998;11:378-381.
15. Salak PJ. Oral contraceptives: Therapeutic uses and quality of life benefits-case presentation. *Contraception* 1999;59(Suppl):35-38.
16. Schlesselman JJ. Net effect of oral contraceptive use on the risk of cancer in women in the United States. *Obstet Gynecol* 1995;85:793-801.
17. Brennan P, Bankhead C, Silman A, Symmons D. Oral contraceptive and rheumatoid arthritis: Result from a primary case-based incident case-control study. *Semin Arthritis Rheum* 1997;26:817-823.
18. Allebeck P, Ahlbom A, Ljungtrom K, Allander E. Do oral contraceptives reduce the incidence of rheumatoid arthritis? A pilot study using Stockholm county medical information system. *Scand J Rheumatol* 1984; 13:140-146.
19. Kaunitz AM. Oral contraceptive health benefits: Perception versus reality. *Contraception* 1999;59(Suppl): 29-33.
20. Michaelsson K, Baron JA, Farahmand BY, Persson I, Ljunghall S. Oral-contraceptive use and risk of hip fracture: A case-control study. *Lancet* 1999;363:1481-1484.
21. Bennell K, White S, Crossley K. The oral contraceptive pill: A revolution for sportswomen? *Br J Sports Med* 1999;33:231-238.
22. Thornycroft IH. Effect of low-dose oral contraceptive on androgenic markers and acne. *Contraception* 1999;60:255-262.