

Cálculo del Índice de Pearl de etinilestradiol 30 mcg/ drospirenona 3 mg (Genesa®)

Drs. Lisbeth Quintero¹, Luis Giménez¹, Paula Cortiñas¹, Amalia García¹, María Jimena Rincón¹, Eugenia Sekler¹, Pastor Galicia^{1,3}, Coralia Carrillo¹, Jean Carlos Guerra², Beatriz Tupáz², Yuddysay Ng¹, Gladys Pérez¹, María González Yibirín³.

RESUMEN

Objetivo: Calcular el índice de Pearl de Genesa® en mujeres venezolanas.

Métodos: Estudio fase IV, prospectivo y abierto. Las pacientes recibieron etinilestradiol 30 mcg / drospirenona 3 mg (Genesa®): un comprimido diario desde el primer día de la menstruación por 21 días; descanso de siete días y reinicio el día ocho.

Resultados: Se ingresaron al estudio 115 pacientes, se obtuvo un índice de Pearl de 0,98. Los efectos adversos fueron: un embarazo, incremento de peso, retención de líquidos, náuseas, manchas en la piel.

Conclusiones: Etinilestradiol 30 mcg/drospirenona 3 mg (Genesa®) presenta un adecuado índice de Pearl en mujeres venezolanas.

Palabras clave: Anticoncepción Oral, Etinilestradiol, Drospirenona, Índice de Pearl.

SUMMARY

Objective: To calculate the Pearl index of Genesa® in Venezuelan women.

Methods: Phase IV prospective and open study. Patients received ethinylestradiol 30 mcg / drospirenone 3 mg (Genesa®): one tablet daily from the first day of menstruation for 21 days; seven-day break and restart the eighth day.

Results: 115 patients were admitted to the study, a Pearl index of 0.98 was obtained. Most common side effects: one pregnancy, weight gain, fluid retention, nausea, skin blemishes. One patient discontinued treatment for adverse effects (vomiting and nausea).

Conclusions: Genesa® presents an adequate Pearl Index in Venezuelan woman.

Keywords: Oral Contraception, Ethinylestradiol, Drospirenone, Pearl Index.

INTRODUCCIÓN

Anualmente, en el mundo se producen aproximadamente 210 millones de embarazos; de ellos, 46 millones (22 %) terminan en abortos inducidos con 20 millones de abortos inseguros, la mayoría de los cuales (95 %) se producen en países en desarrollo, representando el 13 % de las muertes

relacionadas con el embarazo, de aquí que se considere al aborto inseguro como una consecuencia de un embarazo no planificado (1). Las adolescentes también son vulnerables a los embarazos no deseados, toda vez que cada año más de siete millones de adolescentes los experimentan, contándose además tres millones de abortos en condiciones inseguras (2).

Así pues, disminuir la cantidad de mujeres que interrumpen un embarazo no buscado implica mejorar la educación sexual, la accesibilidad a la información y, por ende, a los métodos anticonceptivos. En este orden de ideas, una sociedad desarrollada y respetuosa, debe asegurar y facilitar el acceso a la

¹Instituto Municipal de Cooperación y Atención a la Salud (IMCAS-Salud Chacao), Caracas. ²Hospital Dr. Luis Ortega, Porlamar, Estado Nueva Esparta. ³Laboratorios Leti, S.A.V., Guarenas, Estado Miranda. El estudio se realizó en la Red Ambulatoria de IMCAS-Salud Chacao, Caracas y en el Hospital Dr. Luis Ortega, Porlamar, Estado Nueva Esparta. La ayuda financiera otorgada por Laboratorios Leti, S.A.V. a los autores consistió en el suministro del tratamiento para los pacientes y cancelación de gastos administrativos.

anticoncepción a las mujeres y hombres que no deseen tener hijos. Dicho en otras palabras, la planificación familiar salva vidas: previene los embarazos no deseados y, a su vez, reduce los riesgos para la salud en los partos y los abortos en condiciones de riesgo. Algunos de sus métodos también disminuyen el riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual (3).

Ahora bien, según puede verse en la tabla 1, algunos métodos anticonceptivos son más confiables que otros (4). Los anticonceptivos orales son muy efectivos. Tienen una eficacia de 62 % a 97 % cuando son usados correctamente; además, regularizan los períodos menstruales y con menor volumen de sangrado, mejoran la dismenorrea y el acné y no interfieren con la vida sexual. Sin embargo, deben ser tomados siempre a la misma hora. Por otra parte, existen mujeres con patologías médicas que contraindican su uso. En algunas pacientes se pueden presentar efectos adversos como: náuseas, incremento del apetito, cefalea y trastornos tromboticos (5).

El tromboembolismo venoso (TEV) es una reacción adversa infrecuente, pero grave, asociada a cualquier tipo de anticonceptivo oral combinado (6 - 8). Aun cuando tal riesgo ha sido reconocido, en especial en anticonceptivos de tercera y cuarta generación, la diferencia absoluta en riesgo es pequeña, siendo estimada por diversos autores en cerca de un caso atribuible por cada diez mil usuarias, de aquí que el balance riesgo-beneficio de todos los anticonceptivos orales combinados (ACO) disponibles permanece favorable (9).

Los ACO actúan fundamentalmente en el hipotálamo y la hipófisis donde inhiben la secreción de gonadotropinas. Por un lado, el estrógeno inhibe la liberación de hormona foliculo estimulante (FSH), suprimiendo así el crecimiento y el desarrollo folicular; de igual manera estabiliza el endometrio, con lo que evita la aparición de hemorragias o manchados. Por otro lado, el gestágeno suprime la secreción de hormona luteinizante (LH), impidiendo con ello la ovulación; produce, además: un engrosamiento del moco cervical que perturba la penetrabilidad y la motilidad de los espermatozoides, modifica el endometrio impidiendo la anidación del blastocito y disminuye la motilidad de las trompas (10).

Tabla 1
Porcentaje de fallas según el
método anticonceptivo utilizado (4)

Método anticonceptivo	Uso típico (%)	Uso perfecto (%)
Ningún Método	85	85
Abstinencia	0	0
Abstinencia periódica	30-40	25
Coito Interrumpido	27	4
Métodos Naturales	25	3 a 5
Diafragma	16-20	6
Preservativo Masculino	15	2
Preservativo Femenino	21	5
Espermicidas	5-50	
Mela (Lactancia)	5	2
Píldora Anticonceptiva	6-8	0.3
Mini píldora	8-10	0.5
Parche	8	0.3
Anillo Vaginal	8	0.3
Inyectables	3	0.3
DIU Liberador de Cobre	0.8	0.6
SIU Liberador de Hormona	0.2	0.2
Implante	0.5	0.05
Esterilización femenina	0.5	0.5
Esterilización masculina	0.15	0.1

Tomado de: Amada.org.ar [En línea]. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Asociación Médica Argentina de Anticoncepción (A.M.A.D.A); 1999 [Revisado 20 de mayo de 2011] Disponible en: <http://www.amada.org.ar/images/eficacia.pdf>

En este sentido, las bajas dosis de progestágenos en los anticonceptivos orales unitarios (minipíldora de solo progestágeno), no suprimen el pico de LH de manera fiable en todos los ciclos, de aquí que la eficacia anticonceptiva en este tipo de preparados se consigue por el espesamiento del moco cervical (que impide la penetración del espermatozoide) y la atrofia endometrial (que dificulta la implantación del óvulo fertilizado). Así pues, mientras la minipíldora de solo progestágeno exhibe una efectividad teórica de 98,5 % a 99 % (solo de 1 a 1,5 mujeres de cada 100 se embarazan), los ACO tienen una efectividad

teórica de 99,66 %, es decir, que solo 0,34 % de las usuarias de estos productos se embarazarían (10).

Para evaluar la efectividad en los agentes anticonceptivos es importante tener en cuenta las estadísticas más que la eficacia teórica; esta última se expresa como el número de embarazos observados en un período de un año en 100 mujeres que usan un determinado método anticonceptivo, en ensayos clínicos y población seleccionada, expresión que se conoce con el nombre de Índice de Pearl (IP). Las minipíldoras anticonceptivas de solo progestágeno tienen un IP que varía entre 0,4 y 2,5 mientras que los ACO ofrecen mayor seguridad anticonceptiva, en tanto su IP es de 0,1 a 0,9 (10).

Es importante conocer que el índice real de efectividad (o eficacia de uso) es bastante menor, considerando que en la población general el índice de fallos es del tres al ocho por ciento, llegando a ser de hasta 20 % en adolescentes o pacientes de bajo nivel sociocultural. Las causas más frecuentes de disminución de la eficacia anticonceptiva son la dosis administrada, la tolerabilidad de la usuaria, las alteraciones en la toma de los comprimidos (olvido de alguna píldora, aumento en el intervalo de los días de descanso), las alteraciones digestivas y las interacciones con otros fármacos (11).

Genesa® (de Laboratorios Leti, S.A.V.), es un ACO de baja dosis que contiene 30 mcg de etinilestradiol (EE) y 3 mg de drospirenona (DRSP), siendo este último un análogo de la espirolactona que se sintetiza a partir de la androstenolona. La DRSP demostró afinidad de unión relativa del 19 % al receptor humano de progesterona. Tanto la DRSP como la progesterona presentan alta afinidad de unión por el receptor mineralocorticoide y una afinidad menor a 3 % por el receptor de andrógenos. Asimismo, la DRSP exhibe baja afinidad de unión por el receptor glucocorticoide y no demuestra una afinidad importante hacia el receptor de estrógenos (12).

En general, el perfil bioquímico de la DRSP es similar al de la progesterona, lo que la distingue de otros progestágenos sintéticos que se utilizan actualmente en los ACO (13-16). En varios estudios se demostró

que la DRSP no tiene efectos clínicamente significativos sobre la presión arterial, ni sobre los niveles de colesterol asociado a lipoproteínas de alta densidad, ni los niveles de triglicéridos por encima de los valores basales, en comparación con la combinación de 30 mcg de EE y 150 mcg de levonorgestrel, por el contrario, el tratamiento con ACO que combinan EE y DRSP, disminuye los niveles de colesterol asociado a lipoproteínas de baja densidad por debajo de los valores basales (17-20).

El objetivo del presente estudio fue efectuar una farmacovigilancia activa de Genesa®, mediante un estudio observacional, cálculo del índice de Pearl en mujeres venezolanas, registrando fallas terapéuticas (embarazos), aceptabilidad, cumplimiento y tolerabilidad.

MÉTODOS

Se realizó un estudio Fase IV, prospectivo, abierto, con el fin de determinar el IP de Genesa® en mujeres venezolanas. Previo consentimiento informado, firmado y por escrito, se ingresaron femeninas no gestantes con edades comprendidas entre 18 y 45 años, con indicación de prescripción de Genesa® como método de ACO, un comprimido diario, a partir del primer día de la menstruación, durante 21 días; descanso de siete días y reinicio el día ocho. No se ingresaron mujeres con ninguna de las contraindicaciones absolutas para el uso de este medicamento.

Las usuarias fueron evaluadas al inicio del estudio y cada tres meses mediante interrogatorio y examen físico. Al inicio y al final del año de tratamiento se hizo rutina de laboratorio: hematología, química y enzimas hepáticas. Se evaluaron: embarazos, efectos adversos, cumplimiento y satisfacción con el producto por interrogatorio directo al paciente. Así mismo, se realizó estadística descriptiva de las variables antropométricas y se calculó IP mediante la siguiente fórmula: $IP = (N^{\circ} \text{ de gestaciones} / N^{\circ} \text{ de ciclos}) * 1200$.

RESULTADOS

Ingresaron al estudio 196 mujeres, analizándose los datos de 144 de ellas, quienes demostraron intención de tratamiento (ITT), es decir, cumplieron por lo

menos con una consulta de control posterior al inicio del anticonceptivo. La edad promedio de las participantes era de $26,6 \pm 7,5$ años y acudieron a 541 consultas, evaluándose así 1220 ciclos. Según puede apreciarse en la tabla 2, las mujeres evaluadas carecían diagnósticos secundarios de importancia que contraindicaran su participación en el estudio. En cuanto a los antecedentes, solo una mujer tenía el antecedente de hipotiroidismo y 1 había tenido rectorragia.

Durante el desarrollo del estudio 46,53 % de las participantes (N = 67) permanecieron en evaluación al menos durante un año, completando un total de cinco consultas, mientras 11,11 % (N = 16) permanecieron en evaluación por nueve meses, asistiendo a cuatro consultas; así mismo, asistieron a tres consultas 13,89 % de las participantes (N = 20), siendo evaluadas por seis meses y 28,47 % (N = 41) acudieron a dos consultas, toda vez se evaluaron por un período de solo tres meses.

La tabla 3 muestra la ausencia de diferencias estadísticamente significativa en las variables peso, índice de masa corporal (IMC), presión arterial sistólica (PAS), presión arterial diastólica (PAD) o pulso de las mujeres que participaron en el presente estudio, antes y después del uso de Genesa®. De la misma manera, el estudio comparativo de exámenes de laboratorio al comienzo y al final del estudio demostró

Tabla 2
Diagnósticos secundarios y antecedentes de las participantes.

Diagnósticos secundarios	n (%)
Sin diagnóstico secundario	40 (76,92)
Sobrepeso	3
Obesidad	2
Anemia	2
Infección urinaria	1
Dismenorrea	1
Ovarios poliquísticos	1
Eventración	1
Prurito vaginal	1
No reportan	90

la ausencia de variabilidad significativa en el perfil bioquímico. En cuanto a los efectos adversos, si bien predominó el incremento de peso, reportado por 17 mujeres (11,81 %), de acuerdo a lo descrito en el cuadro anterior, tal variación fue no significativa ($p = 0,55$); así mismo, se observó retención de líquidos en 11 participantes (7,64 %), náuseas en ocho mujeres (5,56 %) y vómitos en tres del total de participantes en el estudio (2,08 %), entre otros efectos reportados, según puede apreciarse en la tabla 4. En este orden de ideas, destaca un solo caso de vómitos y náuseas muy severas, por lo cual la usuaria suspendió el tratamiento. Si bien se describió un caso

Tabla 3
Descripción de la población evaluada

	Inicio		Final			p *
Peso (Kg)	$63,01 \pm 17,2$ N° 119		$64,8 \pm 16,5$ N° 14			0,55
IMC (Kg/m ²)	$24,7 \pm 4,7$		$24,5 \pm 4,1$			0,31
	Inicio	3 meses	6 meses	9 meses	12 o más	
PAS (mmHg)	$111,9 \pm 9,6$	$112,3 \pm 8,8$	$112,8 \pm 8,1$	$114,4 \pm 8,7$	$113,1 \pm 10,2$	
p **		0,83	0,56	0,58	0,07	0,07
PAD (mmHg)	$71,4 \pm 7,7$	$71,7 \pm 7,0$	$71,7 \pm 7,2$	$73,1 \pm 7,9$	$71,5 \pm 7,9$	
p **		0,82	0,87	0,59	0,37	0,51
Pulso (lpm)	$75,7 \pm 8,8$	$77,2 \pm 7,6$	$75,9 \pm 7,3$	$78,1 \pm 7,3$	$76,7 \pm 8,1$	
p **		0,21	0,34	0,29	0,35	0,007

* P inicio vs final

** P vs periodo anterior

Tabla 4
Efectos adversos

Efecto	Frecuencia n (%)
Incremento de peso	17 (11,81)
Retención de líquidos	11 (7,64)
Náuseas	8 (5,56)
Manchas en la piel	5 (3,47)
Vómitos	3 (2,08)
Dolor abdominal	2 (1,39)
Diarrea	2 (1,39)
Trastornos del sueño	1 (0,69)
Aumento del apetito	1 (0,69)
Depresión	1 (0,69)
Seborrea	1 (0,69)
Várices	1 (0,69)
Embarazo	1 (0,69)

(0,69 %) de várices, se destaca la ausencia de reportes de tromboembolismo venoso.

Así mismo, hubo un embarazo. Esta participante tuvo un retardo de 12 horas en la toma de la píldora correspondiente, después de 9 meses de tomar el medicamento; al terminar la toma del empaque, durante el período de siete días libres de toma de comprimidos, presentó hemorragia genital, la cual fue interpretada como sangrado por privación. Al día ocho, comenzó un nuevo empaque y luego de aproximadamente dos semanas, acudió al médico porque refería sentirse mal; en la evaluación facultativa practicada, se diagnosticó embarazo. Para el momento de la elaboración de este informe, el parto se dio normalmente y el infante se encuentra sin ningún tipo de problemas de salud.

De acuerdo a lo anterior, el IP calculado en el presente estudio es $IP = (1/1220) * 1200$, es decir, $IP = 0,98$.

DISCUSIÓN

Desde su aprobación en los Estados Unidos en 1960, la píldora es actualmente usada por más de 100 millones

de mujeres en todo el mundo, su uso varía ampliamente según el país, edad, educación y estado civil, habiéndose consolidado como uno de los principales medicamentos hormonales que permiten a las mujeres controlar su fertilidad.

La masificación observada en el uso de este método anticonceptivo ha permitido evidenciar, entre otras cosas, como la edad promedio de las usuarias va disminuyendo sensiblemente. Resultados publicados por Fernández y col. (21) señalan una edad promedio de $30,69 \pm 7,97$ años en un estudio realizado en Caracas, mientras que Somogyi y col. (22), en una investigación llevada a cabo en Valencia, indican que la edad promedio de la población estudiada fue de 29,7 años; ello contrasta con el promedio de $26,6 \pm 7,5$ años observado en el presente estudio.

Se ha descrito que la ganancia de peso, asociada al uso de la píldora, es causa frecuente de abandono del método (23), de aquí que contar con alternativas que demuestren que su uso no modifica la composición corporal, influye significativamente en su elección y la adherencia terapéutica subsecuente. En el presente estudio no hubo diferencias estadísticamente significativas en el peso y en el IMC de las participantes, lo cual coincide con observaciones previas reportadas por otros autores (17 - 19). Debido a su efecto antiminerlocorticoide, la DRSP teóricamente contrarresta la retención hidrosalina inducida por el estrógeno; en este estudio la PAS, la PAD o el pulso de las mujeres que participaron no mostraron alteraciones estadísticamente significativas en estos parámetros, hecho reportado por otros autores consultados (16,17).

Los ACO ofrecen beneficios a través de diversos mecanismos: supresión de la secreción de LH, supresión de la secreción androgénica ovárica y, por su componente estrogénico, aumento de la secreción de la globulina fijadora de hormonas sexuales (SHBG, del inglés *Sex Hormone Binding Globulin*), con disminución de la concentración de andrógenos libres y la consiguiente mejoría de trastornos dermatológicos tales como acné e hirsutismo (24). En el presente trabajo, aunque no fue el objetivo del estudio, muchas de las participantes

que presentaban acné al inicio del estudio mostraron mejoría al final del mismo, ya se conocía este efecto de la combinación EE y DRSP, en el tratamiento del acné y el hirsutismo (5, 23).

Los efectos adversos observados en las participantes del estudio son similares a los clásicamente descritos en la literatura, toda vez son comunes al uso de las combinaciones anticonceptivas, encontrándose además claramente declarados en los prospectos que acompañan a estas formulaciones. Destaca igualmente la ausencia de caso alguno de TEV, hecho significativo, en especial en usuarias de la combinación EE y DRSP. Aunque el riesgo de muerte por TEV en estas mujeres es bajo, incluso mucho menor que el riesgo de cualquier actividad cotidiana (9, 25), se trata de efecto adverso sujeto a estricta farmacovigilancia.

El IP calculado en el presente estudio fue 0,98, que si bien contrasta con los resultados de las publicaciones de Parsey y col. (17), quienes calcularon un IP = 0,407 y de Cibula y col. (20), quienes reportaron un IP = 0,23, se encuentra dentro del rango de seguridad esperado para este método, que debe ser menor de 1, superior al IP exhibido por píldoras de solo progestágeno, el cual puede llegar a 2,5 (10).

Los derechos reproductivos buscan proteger la libertad y autonomía de todas las personas para que decidan con responsabilidad si tener hijos o no, cuántos, en qué momento y con quién, en otras palabras, los empoderan en cuanto a decidir y determinar su vida reproductiva (26). Al igual que los derechos humanos, los derechos reproductivos son inalienables y no están sujetos a discriminación por género, edad o raza, de aquí que se impone la necesidad, casi universal, de incrementar el uso y acceso a métodos anticonceptivos modernos y eficaces (27).

En este estudio queda demostrado que Genesa® (etinilestradiol 30 mcg / drospirenona 3 mg, de Laboratorios Leti, S.A.V.), es un ACO de baja dosis, eficaz para el control de la natalidad, con un bajo IP y que además ofrece diversos beneficios no contraceptivos, a saber: menstruaciones regulares y menos dolorosas, mejoría de los trastornos

dermatológicos asociados al hiperandrogenismo, como acné e hirsutismo, sin alteraciones en la composición corporal ni en el perfil bioquímico y sin efecto sobre los parámetros hemodinámicos de las usuarias. Ello, por tratarse de una combinación hormonal con DRSP, progestina con un perfil farmacológico similar al de la progesterona, poseedora de propiedades antimineralocorticoides y antiandrogénicas y carente de actividad estrogénica, glucocorticoide y antiglicocorticoide.

Los beneficios que esta moderna combinación hormonal brinda a las usuarias del método son óptimos y muy valorados por ellas, toda vez manifestaron, una vez concluido el estudio, su deseo de continuar con el tratamiento de este anticonceptivo, lo cual es muestra de su aceptabilidad, cumplimiento y tolerabilidad.

REFERENCIAS

1. Mittal S. Emergency contraception - Potential for women's health. *Indian J Med Res.* 2014; 140 (Suppl): S45-S52.
2. Denno DM, Hoopes AJ, Chandra-Mouli V. Effective Strategies to Provide Adolescent Sexual and Reproductive Health Services and to Increase Demand and Community Support. *J Adoles Health.* 2015; 56 (Suppl 1): S22-S41.
3. Unfpa.org [En línea]. New York: United Nations Population Fund; 2008 [Revisado 20 de mayo de 2011]. Disponible en : http://www.unfpa.org/sites/default/files/sowp/downloads/State_of_World_Population_2015_SP.pdf
4. Amada.org.ar [En línea]. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Asociación Médica Argentina de Anticoncepción (A.M.A.D.A); 1999 [Revisado 20 de mayo de 2011] Disponible en: <http://www.amada.org.ar/images/eficacia.pdf>
5. Ashasexualhealth.org [En línea]. North Carolina: American Sexual Health Association; c2017 [Revisado 20 de mayo de 2011]. Disponible en: <http://www.ashasexualhealth.org/pdfs/ContraceptiveOptions.pdf>
6. World Health Organization. Venous thromboembolic disease and combined oral contraceptives: results of international multicentre case-control study. *World Health Organization Collaborative Study of Cardiovascular Disease and Steroid Hormone Contraception.* *Lancet* 1995; 346 (8990):1575 - 1582.
7. Estellés Cortés A, Gilabert-Estellés J. Anticonceptivos hormonales orales, coagulación y trombosis. *Rev Clin Esp.* 2001; 201(12): 681 - 684.
8. Jick H, Jick SS, Gurewich V, Myers MW, Vasilakis C. Risk of idiopathic cardiovascular death and nonfatal

- venous thromboembolism in women using oral contraceptives with differing progestagen components. *Lancet*. 1995; 346 (8990): 1589-1593.
9. Pizzi Laveglia R. Anticonceptivos orales y tromboembolismo venoso: la controversia de los progestágenos. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 2014; 74 (3): 145 - 147.
 10. Fernández Bravo M, Fernández G, Molina Vélchez R, Velázquez N, Yaremenko F. Aspectos Farmacológicos de la Anticoncepción Hormonal. En: M Bajares de Lilue M, R Pizzi La Veglia, editoras. *Consenso: Anticoncepción hormonal 2013*. Caracas: Editorial Ateproca; 2013. p.9-26.
 11. Monterrosa Castro A. Anticoncepción Oral en Perspectiva. Cartagena: Ediciones La Popa; 2005.
 12. Zhou J, Lei ZW. New type of short-term effective oral contraceptives-drospirenone and ethinylestradiol tablets. *Chinese J Fam Planning*. 2009; 164(6):371-373.
 13. Foidart JM, Wuttke W, Bouw GM, Gerlinger C, Heithecker R. A comparative investigation of contraceptive reliability, cycle control and tolerance of two monophasic oral contraceptives containing either drospirenone or desogestrel. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2000; 5 (2): 124 - 134.
 14. Muhn P, Krattenmacher R, Beier S, Elger W, Schillinger E. Drospirenone: a novel progestogen with antiminerlocorticoid and antiandrogenic activity. Pharmacological characterization in animal models. *Contraception*. 1995; 51 (2): 99 - 110.
 15. Fuhrmann U, Krattenmacher R, Slater EP, Fritzemeier KH. The novel progestin drospirenone and its natural counterpart progesterone: biochemical profile and antiandrogenic potential. *Contraception*. 1996; 54 (4): 243 - 251.
 16. Oelkers W. Drospirenone, a progestogen with antiminerlocorticoid properties: a short review. *Mol Cell Endocrinol*. 2004; 217 (1-2): 255 - 261.
 17. Parsey KS, Pong A. An open-label, multicenter studie to evaluate Yasmin, a low-dose combination oral contraceptive containing drospirenone, a new progestogen. *Contraception*. 2000; 61 (2): 105 - 111.
 18. Huber J, Foidart JM, Wuttke W, Merki-Feld GS, The HS, Gerlinger C, et al. Efficacy and tolerability of a monophasic oral contraceptive containing ethinylestradiol and drospirenone. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2000; 5(1):25-34.
 19. Foidart JM. The contraceptive profile of a new oral contraceptive with antiminerlocorticoid and antiandrogenic effects. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2000; 5(Suppl3):25-33.
 20. Cibula D, Karck U, Weidenhammer HG, Kunz J, Alincic S, Marr J. Efficacy and safety of a low-dose 21-day combined oral contraceptive containing ethinylestradiol 20 microg and drospirenone 3 mg. *Clin Drug Investig*. 2006; 26 (3): 143 - 150.
 21. Fernández R, López L, Martínez H, Kopecky D, Uzcátegui G, Muñoz M. Métodos anticonceptivos: prevalencia de uso según método en el Hospital “Materno Infantil del Este”, Petare. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 2009; 69 (1): 28 - 34.
 22. Somogyi L, Mora E. Métodos anticonceptivos: Entonces y ahora. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 2011; 71 (2): 118 - 123.
 23. De la Cuesta Benjumea R, Franco Tejada C, Iglesias Goy E. Actualización en anticoncepción hormonal. *Inf Ter Sist Nac Salud*. 2011; 35 (3):75-87.
 24. Velásquez Maldonado E, Febres Balestrini F, Francis ML, Ríos K. Aspectos Metabólicos de los Anticonceptivos Hormonales. En: M Bajares de Lilue M, R Pizzi La Veglia, editoras. *Consenso: Anticoncepción hormonal 2013*. Caracas: Editorial Ateproca; 2013. p.27-40.
 25. Bitzer J. Comment on “Statement on combined hormonal contraceptives containing third or fourth-generation progestogens or cyproterone acetate, and the associated risk of thromboembolism”: author’s response. *J Fam Plann Reprod Health Care*. 2013; 39: 304 - 305.
 26. Singh JS. Un nuevo consenso sobre población: Balance y propuestas en el umbral del siglo XXI. Barcelona: Icaria Editorial; 2001.
 27. Pizzi R, Fernández M, Fuenmayor J, Rodríguez E. Impacto de la asesoría anticonceptiva en la elección del método anticonceptivo: Resultados del Proyecto PIENSA en Venezuela. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 2016; 76 (1): 11 - 22.

Viene de pág. 50

PARTO POR CESÁREA A SOLICITUD MATERNA (continuación)

Traducido y resumido por Mireya González Blanco

Cuando una mujer desea una cesárea por solicitud materna, es necesario considerar sus factores de riesgo específicos, tales como la edad, el índice de masa corporal, la seguridad de la edad gestacional estimada, los planes reproductivos, los valores personales y el contexto cultural. Experiencias de vida críticas, por ejemplo, traumatismos, violencia, pobre resultado obstétrico, y la ansiedad en relación al proceso del parto, pueden impulsarla a solicitar la cesárea. Si su principal preocupación tiene que ver con el dolor del parto, se le debe ofrecer educación prenatal, apoyo durante el trabajo de parto y anestesia para el parto.

Continúa en pag. 77