

ANALISIS DEL TRATAMIENTO
CONTRACEPTIVO HORMONAL
ORAL. PAPEL DE LA ENFERMERÍA

.

Analysis of oral hormonal contraceptive
treatment. Role of nursing

Autores:

Marta Gutiérrez Montoya

Amaia Guillen Elizari

Alejandro Lobsang Camacho Molina



Acréditi Formación s.l.

C/Diego Velázquez, nº 3

C.P. 26007 La Rioja

e-mail: editorial@acreditiformacion.com

www.acreditiformacion.com

www.publicacionescientificas.es

Reservados todos los derechos

Esta publicación no puede ser reproducida o transmitida, total o parcialmente, por cualquier medio, electrónico o mecánico, ni por fotocopia, grabación u otro sistema de reproducción de información sin el permiso por escrito de la Editorial.

El contenido de este libro
es responsabilidad exclusiva de los autores.
La editorial declina toda responsabilidad sobre el mismo.

ISBN: 978-84-10084-66-7

ÍNDICE

RESUMEN	5
ABSTRAT	3
1. INTRODUCCIÓN	6
1.1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS	6
1.2. CONCEPTO DE ANTICONCEPTIVOS HORMONALES.....	9
1.3. TIPOS DE ANTICONCEPTIVOS HORMONALES ORALES.....	10
1.4. EPIDEMIOLOGÍA DE LOS CONTRACEPTIVOS 14	
1.5. JUSTIFICACIÓN	16
1.6. OBJETIVOS.....	17
1.6.1. Objetivo general	17
1.6.2. Objetivos específicos	17
2. METODOLOGÍA	18
2.1. ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA	18
2.2. PALABRAS CLAVE	19
2.3. CRITERIOS DE SELECCIÓN	20
2.3.1. Criterios de inclusión	21
2.3.2. Criterios de exclusión	21

2.4.	ARTÍCULOS OBTENIDOS.....	22
3.	RESULTADOS.....	25
3.1.	BENEFICIOS NO CONTRACEPTIVOS DE LA ANTICONCEPCIÓN ORAL.....	25
3.1.1.	Píldora de solo progestina.....	26
3.1.2.	Píldora combinada.....	28
3.2.	EFFECTOS ADVERSOS DE LA CONTRACEPCIÓN ORAL	37
3.2.1.	Píldora solo progestina.....	38
3.2.2.	Píldora combinada.....	39
3.3.	REACCIONES MEDICAMENTOSAS EN BASE A LOS CONTRACEPTIVOS ORALES.....	50
3.4.	PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN LA CONTRACEPCIÓN HORMONAL ORAL.....	52
3.4.1.	Inicio del tratamiento.....	53
3.4.2.	Indicaciones en caso de olvido.....	61
4.	CONCLUSIONES.....	66
	REPERCUSIONES.....	70
1.	AUTOR 1:.....	70
1.1.	APORTACIONES DEL ESTUDIO CIENTIFICO EN TU FORMACIÓN COMO PROFESIONAL SANITARIO.....	70

1.2.	APLICACIÓN PRACTICA EN EL ÁMBITO LABORAL	71
2.	AUTOR 2:.....	73
2.1.	APORTACIONES DEL ESTUDIO CIENTIFICO EN TU FORMACIÓN COMO PROFESIONAL SANITARIO	73
2.2.	APLICACIÓN PRACTICA EN EL ÁMBITO LABORAL	74
3.	AUTOR 3:.....	75
3.1.	APORTACIONES DEL ESTUDIO CIENTIFICO EN TU FORMACIÓN COMO PROFESIONAL SANITARIO	75
5.	BIBLIOGRAFÍA	78

RESUMEN

Los anticonceptivos hormonales orales son los más utilizados tras el condón gracias a su fácil uso y garantía de éxito, además de ser prescritos para tratar enfermedades ajenas a la contracepción. Su finalidad es evitar el embarazo y regular el ciclo menstrual mediante el aporte de hormonas ováricas.

El objetivo principal del trabajo es investigar a fondo sobre la anticoncepción hormonal oral y determinar el papel de enfermería más actual sobre estos.

Se ha realizado una revisión bibliográfica mediante el análisis de documentos científicos en inglés y español. Las fuentes de búsqueda principales fueron PubMed, Dialnet, Google Académico, OMS, SEGO, documentos del Ministerio de Sanidad de España y revistas científicas. Se han utilizado un total de 69 bibliografías con un margen de antigüedad de 8 años.

Entre la minipíldora y la píldora combinada presenta más beneficios no contraceptivos y efectos adversos la combinada. Los beneficios no contraceptivos que podemos encontrar son menstruales, óseos, epidérmicos y protección frente a neoplasias. En cuanto a los efectos adversos; náuseas, cefaleas, vértigos, disminución de la libido, trombos, hipertensión y prevalencia a desarrollar determinados cánceres, entre otros. Así mismo, a la hora de prescribir esta medicación hay que tener en cuenta el historial médico del paciente

2

ya que interacciona con determinados medicamentos pudiendo aumentar o disminuir el efecto. Para un buen control y manejo de este tratamiento la enfermería debe conocer cómo actuar en caso de olvido y conocer las pautas de inicio.

Tras la realización de esta revisión se confirma la importancia de la enfermería en este tratamiento. Enfermería debe tener conocimientos específicos y actualizados sobre el manejo de este; y conocer a fondo los beneficios, efectos adversos e interacciones del mismo.

Palabras claves: Contracepción, Anticoncepción hormonal oral, enfermería.

ABSTRAT

Oral hormonal contraceptives are the most widely used after condoms because of their ease of use and guaranteed success, as well as being prescribed to treat non-contraceptive conditions. Their purpose is to

prevent pregnancy and regulate the menstrual cycle by supplying ovarian hormones.

The main objective of the study is to investigate oral hormonal contraception in depth and to determine the most current nursing role in this field.

A literature review was carried out by analysing scientific papers in English and Spanish. The main search sources were PubMed, Dialnet, Google Scholar, WHO, SEGO, Spanish Ministry of Health documents and scientific journals. A total of 69 bibliographies with an 8-year age range were used.

Between the mini-pill and the combined pill, the combined pill has more non-contraceptive benefits and adverse effects than the mini-pill. Among the non-contraceptive benefits, we can find menstrual, bone, epidermal and protection against neoplasms. Adverse effects include nausea, headaches, dizziness, decreased libido, thrombosis, hypertension and the prevalence of developing certain cancers, among others. Likewise,

when prescribing this medication, the patient's medical history must be taken into account, as it interacts with certain drugs and may increase or decrease their effect. For a good control and management of this treatment, the nurse must know how to act in case of forgetfulness and know the guidelines for starting.

This review confirms the importance of nursing in this treatment. Nurses must have specific and up-to-date knowledge about the management of this treatment and be fully aware of its benefits, adverse effects and interactions.

Keywords: Contraception, Oral hormonal contraception, nursing.

1. INTRODUCCIÓN

1.1.ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

El origen de los métodos anticonceptivos se revoca a Egipto varios siglos atrás. En gran cantidad de papiros egipcios se refleja el empleo de hiervas o diversos elaborados como espermaticidas. El primer documento oficial de la historia en el que se puede observar relevancia a estos métodos es el *Papiro de Eber* en el año 1500 a.c, en el cual se plasma el

procedimiento de poner un tapón de hilaza con miel en la vagina para prevenir el embarazo. Otro documento relevante es el *Papiro de Petri*, en el cual se aconseja el uso de estiércol de cocodrilo o un elaborado de miel con hiervas como espermaticidas. No obstante, numerosos expertos plantean la posibilidad de la existencia del coito interruptus; la interrupción del coito, varios siglos antes a la elaboración de estos papiros (1–3).

En otras culturas como la griega, Hipócrates en su obra *Enfermedades de la Mujer* publicada en el año 469 a.c expone que el embarazo se establece únicamente tras el periodo y no antes, dando a entender que la mujer no dota de fertilidad en todo su ciclo. Aristóteles en su obra *Historia de los Animales* publicada hacia el año 320 a.c, habla sobre remedios espermaticidas como el aceite de cedro, de oliva o de incienso (2,3).

Al inicio del cristianismo no existe relevancia acerca del empleo de métodos contraceptivos. En el siglo

IV comienzan a aparecer autores como San Agustín en contra del uso de estos calcando en nuestra cultura sexual durante muchos siglos. No fue hasta el diez de agosto de 1978 en España cuando dejó de ser un delito el control de la natalidad aflorando las primeras consultas de planificación familiar (2).

Respecto al preservativo, su creación se le atribuye a un médico inglés llamado Condom de la corte del rey Carlos II de Inglaterra en el siglo XVII, de ahí su nombre. No obstante, hasta el año 1843 no fue exitosa su introducción en la sociedad. El resto de métodos anticonceptivos surgieron a partir del siglo XX, aunque algunos como el DIU ya se reconocían desde la época de Hipócrates, el cual recomendaba la introducción de un elemento en el útero para evitar la fecundación. Los orígenes de la píldora se encuentran en el año 1944 a manos de Rusell Market, quién creó el laboratorio Syntex para su estudio. Así mismo, en la actualidad se siguen

estudiando los diversos métodos anticonceptivos para su mejora y evolución (1,2).

1.2. CONCEPTO DE ANTICONCEPTIVOS HORMONALES

La anticoncepción hormonal se fundamenta por proporcionar del medio exógeno al endógeno las hormonas ováricas; estrógenos y progestágenos, con una finalidad contraceptiva. En otras palabras, es un fármaco que evita el embarazo y regular el ciclo menstrual de la mujer fértil mediante el aporte de hormonas sexuales. Se presenta en diferentes formatos como píldoras, inyectables, parches dérmicos, anillos vaginales, sistemas intrauterinos y varillas implantables. Estos pueden actuar liberando progestina y estrógeno o únicamente progestina al sistema sanguíneo para evitar la ovulación y aumentar la viscosidad de la pared uterina disminuyendo la capacidad de implantación del espermatozoide en el óvulo (4–6).

Gracias a su garantía de éxito y fácil uso los anticonceptivos hormonales orales; también conocidos como píldora contraceptiva, son los más consumidos dentro del grupo de estos contraceptivos. Son considerados el segundo método de barrera más utilizado por la población femenina tras el preservativo, debido a que este último protege frente a las enfermedades de transmisión sexual y la píldora no.

A pesar de que su finalidad popular es evitar el embarazo también son prescritos medicamente para tratar diversas enfermedades como el acné, la amenorrea, la dismenorrea, el hirsutismo, la endometriosis, los ovarios poliquísticos, el síndrome premenstrual y periodos menstruales abundantes (4,7,8).

1.3.TIPOS DE ANTICONCEPTIVOS HORMONALES ORALES

En función de la composición hormonal de la píldora contraceptiva, podemos diferenciar dos tipos:

- Minipíldora. Compuesta exclusivamente de progestina en dosis bajas, evitando que se produzca el embarazo espesando el moco cervical del cuello del útero, estrechando el endometrio y suprimiendo la ovulación. Su uso es diario los veintiocho días del ciclo menstrual, tomándose preferiblemente a la misma hora. Presenta un periodo de cobertura de doce horas en caso de olvido de alguna píldora. Poco prescrita por su limitada eficacia, presentando una puntuación en el índice de Pearl de 2. Su recomendación es acertada en mujeres con baja fertilidad, con contraindicaciones de estrógenos, fumadoras mayores de 35 años, con hipertensión y obesidad, ya que frente a la píldora combinada presenta menor probabilidad de efectos cardiovasculares y evita los efectos secundarios clínicos y metabólicos de los

estrógenos. A pesar de ello, pueden producir sangrados irregulares o amenorrea (9–12).

- Anticonceptivos orales combinados. Se componen de las hormonas progestágeno y estrógeno con la finalidad de evitar el embarazo mediante la interrupción de la ovulación, el aumento de la densidad del moco del cuello del útero y del estrechamiento del endometrio para disminuir la fertilidad. Presentan una mayor puntuación en el índice de Pearl frente a la minipíldora, por lo que su efecto de contracepción es más eficaz. Suponen un mayor riesgo de producir efectos adversos frente a la minipíldora, los cuales se atribuyen a la presencia de estrógenos (9,13).

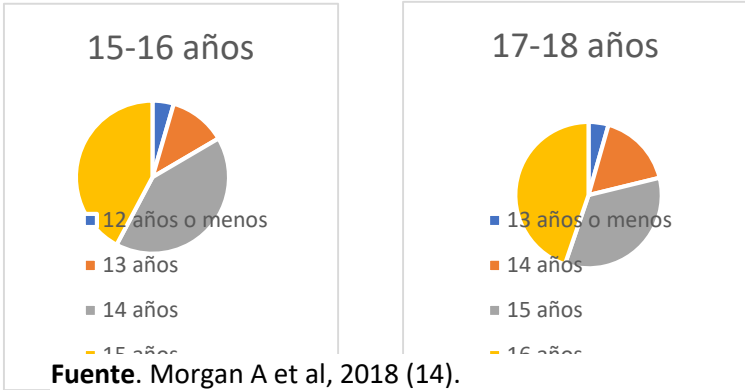
Según la dosis de este tipo de hormonas que presenten los anticonceptivos orales combinados, se clasifican en tres tipos:

- Monofásicos. Este tipo de contraceptivo combinado consta de una tableta de 21 píldoras con la misma dosis de ambas hormonas en cada una de sus píldoras (8,10,11).
- Bifásicos. Presentan dosis variables de estrógeno y progestágeno en dos etapas diferentes del ciclo. Constan de 21 píldoras de las cuales de la 1-7 predomina una hormona y de la 8-21 la otra hormona (8,12).
- Trifásicos. El contenido de estrógenos y progestágenos se combinan en tres fases del ciclo. Se componen de 21 píldoras de las cuales de la 1-6 predomina una hormona, de la 7-11 predomina otra y de la 12-21 otra (8,12).

1.4.EPIDEMIOLOGÍA DE LOS CONTRACEPTIVOS

Un estudio reciente elaborado por el Ministerio de Sanidad de España relata que la edad de inicio de las relaciones sexuales es cada vez más precoz entre los jóvenes, lo cual hace enfocar la atención en la educación sexual que presentan estos. En los siguientes gráficos plasmados en la figura 1, podemos observar cómo los jóvenes de edades entre quince y dieciséis años iniciaron sus relaciones sexuales en mayor porcentaje entre los catorce y quince años. Mientras que los jóvenes de entre diecisiete y dieciocho años iniciaron sus relaciones mayoritariamente entre los quince y dieciséis años. Podemos concluir que la edad de inicio sexual es cada vez más temprana (14).

Figura 1. Frecuencia de relaciones sexuales de jóvenes entre 15-16 años y 17-18 años.



Estos datos demuestran que la necesidad de una buena educación sexual en la adolescencia en relación a la ETS y el uso de métodos de barrera es real y necesaria. En el siguiente estudio elaborado por el Instituto de la Mujer, figura 2, se observa de forma clara el porcentaje del uso de los diferentes métodos anticonceptivos en la población reproductiva en los últimos años (9).

1.5.JUSTIFICACIÓN

La OMS expone la existencia de más de veinte contraceptivos diferentes, por lo que hay gran variedad de opciones para proteger a la mujer de ETS y de embarazos no deseados (15). Aun así, el número de estos es elevado por lo que indica que hay un problema de educación sociosanitaria. No obstante, uno de los métodos de barrera más popular, tras el condón, en mujeres fértiles son los anticonceptivos hormonales orales (16).

Teniendo consciencia de que los temas relacionados con la sexualidad están poco trabajados al seguir considerándose como algo un tanto tabú y la importancia de la salud sexual, es importante realizar un estudio profundo sobre cómo actúan las píldoras contraceptivas, y como la enfermería puede intervenir en el uso de estas.

1.6.OBJETIVOS

1.6.1. Objetivo general

- Investigar sobre los contraceptivos hormonales orales y determinar el papel de la enfermería más actual sobre estos.

1.6.2. Objetivos específicos

- Conocer los beneficios no contraceptivos de la Anticoncepción Oral.
- Especificar los efectos adversos de los Contraceptivos Hormonales Orales.
- Definir las reacciones medicamentosas en base a la contracepción oral.
- Describir el papel de la enfermería en el uso de este tipo de contraceptivo oral.

2. METODOLOGÍA

2.1. ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA

Para dar respuesta a los objetivos propuestos en este trabajo se ha realizado una revisión bibliográfica sobre el uso de la contracepción hormonal oral y el papel de la enfermería entre octubre de 2022 hasta mayo de 2023.

Las fuentes de información que han sido empleadas se han seleccionado de manera rigurosa, siendo uno de sus imprescindibles que aporten documentos y artículos basados en la evidencia científica. Se han utilizado PubMed, Dialnet, Google Académico, OMS, SEGO (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia), documentos emitidos por el Ministerio de Sanidad de España y revistas científicas.

2.2.PALABRAS CLAVE

Las palabras claves empleadas; tanto en inglés como en español, para acotar y filtrar la búsqueda empleando los términos DESC y MESH se plasman en la siguiente tabla; tabla 1.

Tabla 1. Palabras claves del trabajo en términos DESC y MESH.

DESC	MESH
- Métodos anticonceptivos	- Contraceptive methods.

- Anticonceptivos hormonales orales.	- Oral hormonal contraceptives.
- Relaciones sexuales.	- Sexual intercourse.
- Salud sexual.	- Sexual health.
- Educación sexual.	- Sex education.
- Enfermería.	- Nursing.
- Mujer.	- Women.

Durante la búsqueda bibliográfica se han utilizado los operadores booleanos de intersección; “AND”, y de adición; “OR”. Los límites especificados fueron el idioma; abarcando artículos en español e inglés, y la cronología; abarcando artículos cuya publicación estaba presente entre los años 2015-2023.

2.3.CRITERIOS DE SELECCIÓN

Tras una búsqueda exhaustiva de información sobre el tema se ha recopilado numerosa información de

utilidad, para ello se han tenido que emplear criterios de inclusión y exclusión.

2.3.1. Criterios de inclusión

Los criterios de inclusión utilizados han sido:

- Artículos cuya fecha de publicación no sea mayor a 8 años.
- Artículos que trataran de educación sexual, salud sexual y métodos anticonceptivos.
- Documentos donde hiciera referencia la actuación de la enfermería en temas de educación sexual.
- Fuentes de datos con evidencia científica clara.

2.3.2. Criterios de exclusión

En cuanto a los criterios de exclusión empleados encontramos:

- Publicaciones de idiomas diferentes al español o inglés.

2.4.ARTÍCULOS OBTENIDOS

Los artículos obtenidos en este trabajo se plasman de manera aclarativa en la siguiente tabla; tabla 2.

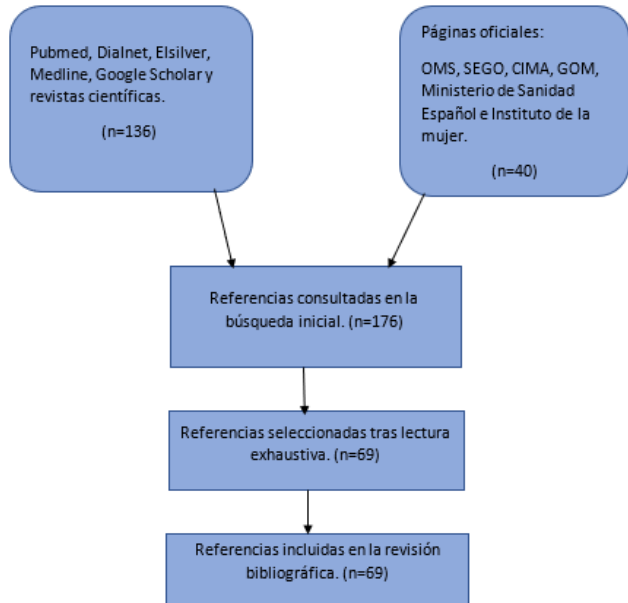
Tabla 2. Relación de búsqueda bibliográfica realizada.

FUENTES DE DATOS	ESTRATEGIA DE BUSQUEDA	DOC. CONSULTADOS	DOC. SELECCIONADOS
Google Scholar	Métodos anticonceptivos "AND" hormonas.	18	7
Dialnet	Anticonceptivos hormonales	24	2
Medline	orales "AND" sexualidad.	5	2
Elsevier	Sexualidad "AND" contraceptivos. Anticonceptivos hormonales "AND" píldora. Anticonceptivos hormonales "AND" píldora "AND" ventajas. Anticonceptivos hormonales "AND" píldora "AND" contraindicaciones.	19	6
Páginas Oficiales	OMS SEGO GOM Ministerio de Sanidad Español CIMA Instituto de Mujeres Español	40	22
PubMed	Contraceptive methods "AND" hormones. Oral hormonal contraceptives "AND" sexuality. Sexuality "AND" contraceptives. Hormonal contraceptives "AND" pill.	60	25
Revistas científicas	Biblioteca Virtual de Salud de España	10	5

Para terminar, de los 176 artículos revisados han sido seleccionados 69, entre los cuales se encuentran revisiones científicas obtenidas de buscadores científicos, páginas web oficiales y revistas científicas. En todos ellos encontramos información relevante acerca de la salud sexual, los contraceptivos y los anticonceptivos hormonales orales.

En la figura 4 se puede observar de manera aclarativa como se ha realizado la búsqueda bibliográfica de este trabajo.

Figura 3: Diagrama de flujo de la revisión bibliográfica.



3. RESULTADOS

3.1. BENEFICIOS NO CONTRACEPTIVOS DE LA ANTICONCEPCIÓN ORAL

A pesar de que la finalidad exclusiva de los métodos anticonceptivos orales es evitar el embarazo, los estudios científicos demuestran que presentan gran cantidad de beneficios en la mujer, ya sean

relacionados con el ciclo menstrual o no. Por ello en numerosos casos, tras una anamnesis profunda de la paciente, la prescripción de estos puede ser ajena a evitar la contracepción y dirigida a tratar ciertas patologías. Entre la píldora combina y la píldora de solo progestina, ambas ofrecen beneficios propios y similares entre ellas (17).

3.1.1. Píldora de solo progestina

Respecto a la píldora de solo progestina podemos encontrar beneficios tales como:

- Mejora de la Dismenorrea.

La dismenorrea se define como dolor cólico localizado en el tercio inferior del abdomen que se manifiesta al inicio de la menstruación, limitando a la mujer a la hora de realizar las actividades la vida diaria. Prevalece en mayor medida en las mujeres jóvenes y no es considerado patológico (18,19).

Los anticonceptivos hormonales actúan de manera directa sobre el endometrio disminuyendo la proliferación endometrial, consiguiendo así contrarrestar este síntoma menstrual (17,20–24).

- Mejora del dolor pélvico crónico.

El dolor pélvico crónico es aquel localizado en el tercio inferior abdominal, el cual se presenta de manera intermitente o continua con una duración de al menos 6 meses relacionado o no con el ciclo menstrual (25).

La progesterona presente en estos contraceptivos actúa regulando el desequilibrio hormonal y reduciendo el dolor mediante una acción vasodilatadora, compensando así la vasoconstricción producida (17,25,26).

- Protección frente a la enfermedad inflamatoria pélvica.

La enfermedad inflamatoria pélvica se describe como infección de los órganos reproductores femeninos afectando principalmente a las mujeres en edad reproductiva (27).

Estos contraceptivos hormonales disminuyen el riesgo de esta enfermedad aumentando el espesor del moco cervical, reduciendo el flujo menstrual, la contractilidad del útero y disminuye la reacción inflamatoria (17).

3.1.2. Píldora combinada

En comparación con los anticonceptivos orales de solo progestina, los contraceptivos orales combinados se eligen en mayor proporción para tratar enfermedades, dejando al lado su función principal (17).

3.1.2.1. *Beneficios vinculados con la menstruación*

- Mejora de la dismenorrea.

Al igual que los anticonceptivos hormonales orales de solo progestina, la píldora combinada mejora la dismenorrea. Este trastorno prevalece en un alto porcentaje de la población femenina fértil, afectando en las relaciones interpersonales y rendimiento académico-laboral por lo que se convierte en una de las razones principales por las que se prescriben (17–19).

A lo largo de la menstruación se origina una elevación de la creación de prostaglandinas $F2\alpha$ y marcadores inflamatorios lo que produce un aumento de contracciones en el útero y aumento de hipersensibilidad periférica

debido a una disminución del flujo sanguíneo uterino. Por lo tanto, los anticonceptivos hormonales orales combinados van a actuar en el endometrio disminuyendo la producción de prostaglandina $F2\alpha$ y reduciendo la proliferación endometrial (17,20–22).

- Reducción del sangrado menstrual.

El sangrado menstrual es la pérdida de una cantidad abundante de sangre menstrual que supone una complicación en la calidad de vida de la mujer, que puede desencadenar o no otras patologías como la anemia ferropénica. Estos contraceptivos son el tratamiento de elección para esta patología ya que, además de disminuir el sangrado menstrual aumentan los factores prohemostáticos (17,28).

- Mejora del síndrome premenstrual.

El síndrome premenstrual se define como conjunto de síntomas físicos y psíquicos que se presentan en la fase lútea del ciclo menstrual, tales como hinchazón de ambos senos, retención de líquidos, cefaleas, aumento de acné, ansiedad, labilidad emocional, depresión y alteración del apetito, los cuales pueden comprometer la realización de las actividades de la vida diaria de la mujer (29).

Existe una presentación más grave de este síndrome que se denomina trastorno disfórico premenstrual afectando a un pequeño porcentaje de mujeres. La etiología del síndrome premenstrual se relaciona con niveles de esteroides ováricos que alcanzan cierto nivel del umbral o por cambios

constantes de las hormonas postovulatorias; progesterona y estrógeno. Este contraceptivo actúa estabilizando estas hormonas con el fin de reducir los efectos de este síndrome (20,22,29,30).

3.1.2.2. *Beneficios epidérmicos:
reducción de acné e hirsutismo*

Otro beneficio que presentan los contraceptivos orales combinados es la reducción de manifestaciones cutáneas como son el acné y el hirsutismo. Estas alteraciones cutáneas se desarrollan por la presencia de niveles elevados de andrógenos en sangre o por una sensibilidad elevada de los receptores hormonales de los tejidos. Estos contraceptivos actúan disminuyendo la producción ovárica de andrógenos gracias a la intervención de los progestágenos.

Mientras, los estrógenos aumentan paulatinamente la creación de las proteínas hepáticas transportadoras de las hormonas sexuales, produciendo así una disminución notable de la presencia de andrógenos en sangre y por consiguiente del acné y el hirsutismo (17,31–34).

3.1.2.3. Beneficios óseos

En numerosos estudios se ha observado la acción beneficiosa sobre la densidad ósea de los anticonceptivos hormonales orales combinados gracias a la presencia de estrógenos. Estas hormonas sexuales actúan sobre las masas óseas fortaleciéndolas y reduciendo significativamente el riesgo de osteoporosis en un futuro. Para que este beneficio se observe, la mujer debe haber consumido la píldora combinada durante al menos cinco años o más (17,35–37).

3.1.2.4. *Beneficios de defensa contra el cáncer*

En múltiples estudios epidemiológicos realizados a lo largo de los últimos años se han observado que el beneficio de estos contraceptivos hormonales es mayor que el riesgo frente al desarrollo de ciertas neoplasias malignas. Los cánceres que se ven beneficiados son el cáncer de útero, de ovario, de endometrio y colorrectal, entre otros (17,38–42).

- **Cáncer de ovario.**

Los contraceptivos orales combinados reducen alrededor de un 50% el riesgo de desarrollar una neoplasia maligna ovárica en mujeres consumidoras de estas durante al menos cinco años. Por lo tanto, cuanto mayor sea el número

de años en los que se ha consumido este fármaco menor probabilidad de desarrollar este tipo de cáncer.

Estos contraceptivos regulan las hormonas sexuales; estrógeno y progesterona, disminuyendo la cantidad de ovulaciones que se producen a lo largo de la vida fértil de la mujer disminuyendo así el riesgo de sufrir cáncer de ovario (17,38,39,43).

- Cáncer de endometrio

El empleo de la píldora combinada durante más de cinco años reduce un 30% el riesgo de sufrir cáncer de endometrio en mujeres fértiles gracias a que los estrógenos y progesteronas presentes en esta disminuyen el crecimiento del epitelio endometrial y regulan los picos hormonales que producen la proliferación,

disminuyendo así la probabilidad de sufrir esta neoplasia maligna (17,41,44).

- Cáncer colorrectal.

El uso de la contracepción combinada oral durante un largo periodo de tiempo puede influir de manera positiva disminuyendo el riesgo de desarrollo de cáncer colorrectal en un 20-40% en mujeres en edad fértil. Esto se consigue gracias a que los estrógenos y progesteronas presentes disminuyen la concentración en sangre de los ácidos biliares disminuyendo así el riesgo de proliferación celular en el tracto colorrectal (17,44-46).

Ambas píldoras comparten el beneficio de mejorar la dismenorrea. Sin embargo, la píldora combinada gana en peso a la píldora de solo progestina en cuanto a beneficios entre los cuales encontramos la

mejora de diversas patologías, por ello se prescribe en mayor porcentaje.

3.2.EFECTOS ADVERSOS DE LA CONTRACEPCIÓN ORAL

A pesar de que la contracepción hormonal oral presente notables beneficios por su consumo, también presenta numerosos efectos adversos de menor a mayor peso. Por ello, es importante elegir la píldora de manera adecuada y teniendo en cuenta la historia clínica de cada mujer.

Entre la píldora de solo progestina y la píldora combinada, presenta menos efectos adversos la píldora de solo progestina, pero también hay que destacar que es menos eficaz a la hora de evitar el embarazo.

3.2.1. Píldora solo progestina

Los efectos adversos más comunes a tener en cuenta tras el consumo de ésta son (24,47–49):

- Náuseas y vómitos.
- Cefaleas recurrentes.
- Disminución de la libido.
- Alteraciones en el estado de ánimo.
- Mastalgia y dolor abdominal.
- Quistes ováricos funcionales.
- Alteración del patrón del sangrado menstrual.
- Aumento de peso.

En diferentes estudios se ha observado que el uso de contraceptivos hormonales de solo progestina puede aumentar el índice de masa corporal de la mujer consumidora. Esto se produce por el efecto androgénico. No obstante, entre los diferentes anticonceptivos hormonales la píldora de solo progestágeno provoca este efecto

adverso a un pequeño porcentaje de las mujeres consumidoras (24,48,49).

3.2.2. Píldora combinada

Los efectos adversos de la anticoncepción oral combinada se clasifican en menores o mayores según su afectación en el estado de salud de la mujer.

3.2.2.1. *Efectos adversos menores*

- Náuseas y vómitos.

Las náuseas y vómitos suelen aparecer por la acción inicial del estrógeno en el cuerpo. No obstante, estos efectos adversos tienden a desaparecer con el uso prolongado de los contraceptivos orales combinados. Es importante tener en cuenta que, si se expulsa la píldora combinada mediante el vómito en un plazo de dos horas tras la

administración, la eficacia de esta disminuye, siendo necesaria una nueva toma (50).

- Aumento de peso.

Esta reacción adversa es una de las mayores preocupaciones de las usuarias consumidoras y una de las principales causas de abandono del tratamiento contraceptivo. No obstante, el aumento de peso está relacionado con la retención de líquidos que producen estos comprimidos y no con el aumento de grasa corporal. Este efecto puede ser resuelto con el cambio de marca de la píldora (50,51).

- Cefaleas intensas.

Este efecto adverso es la principal causa de abandono del tratamiento contraceptivo por parte de la usuaria. Aunque no hay evidencia clara de por

qué se produce, se ha visto en numerosos estudios la relación de la cefalea con el inicio del tratamiento. No obstante, la cefalea va disminuyendo con la toma continuada de la píldora. Además, hay que destacar que las mujeres que sufran migrañas con aura, se les recomienda evitar este tratamiento, ya que puede aumentar los episodios migrañosos (50–53).

- Mastalgia.

La mastalgia se caracteriza por ser un dolor mamario de intensidad mayor al dolor premenstrual. Su incidencia es mayor con la píldora combinada que con la píldora de solo progestina y suele reducirse con la toma continuada de la contracepción combinada, en el caso contrario la mujer consumidora debe cambiar de tratamiento (50–52).

- Depresión.
Esta complicación prevalece en mujeres con un historial de distimia previo al inicio del tratamiento. Es importante llevar un control riguroso de este efecto adverso en las mujeres que cumplan este perfil (50–52,54).
- Anafrodisia o inapetencia sexual.
Este efecto adverso es complejo de abordar dado a que en el momento actual no se ha hallado la causas por la que se produce tras el consumo de los anticonceptivos combinados orales. No obstante, es uno de los efectos adversos populares en las mujeres consumidoras de estos. En el caso de la aparición de este síntoma habría que optar por suspender o cambiar el tratamiento (50–52).
- Amenorrea y amenorrea post-píldora.

La ausencia menstrual o amenorrea se produce por la disminuida proliferación endometrial consecuente al consumo de la píldora combinada. Sin embargo, la amenorrea post-píldora aparece tras el cese de esta afectando a un pequeño porcentaje de mujeres. En este caso, habría que descartar el embarazo y causas secundarias que hayan podido desencadenar la amenorrea post-píldora (50,51,55).

3.2.2.2. *Efectos adversos mayores*

- Tromboembolismo venoso.

El riesgo de sufrir un accidente tromboembólico en mujeres consumidoras de la píldora combinada es de 3 a 4 veces mayor que en las mujeres no consumidoras. Es el efecto perjudicial que más preocupa a las usuarias y uno de los más frecuentes. La

incidencia de este efecto adverso está condicionada por los factores de riesgo presentes, los cuales son elevados en la mayoría de mujeres que usan este método. Los efectos adversos que junto a la píldora combinada favorecen al tromboembolismo venoso son (50–52,56–58):

- Trombofilia congénita.
- Precedentes familiares.
- Obesidad.
- Sedentarismo.
- Tabaquismo.
- Edad.
- Enfermedades cardíacas crónicas.

El riesgo aumenta con la elevada concentración de gestágeno por lo que en las mujeres de elevado riesgo se recomienda el uso de contracepción con

dosis bajas de esta hormona (50,52,57–60).

- Aumento de la tensión arterial.

En las mujeres consumidoras de anticoncepción oral combinada es frecuente un ligero aumento de tensión arterial, dado a que las hormonas presentes activan el sistema renina-angiotensina-aldosterona. Este incremento no es patológico mientras que esté en rangos normales. Si es cierto que, en mujeres con un historial de hipertensión previo al inicio del tratamiento no se recomienda el uso de estas (52,58).

- Infarto agudo de miocardio y accidente cerebrovascular.

El riesgo directo de sufrir un infarto agudo de miocardio o un accidente cerebrovascular relacionado con el uso

de contraceptivos hormonales orales combinados en una mujer sana y con buenos hábitos de salud es casi nulo. El riesgo aumenta de manera importante si además de consumir contraceptivos orales consume tabaco, presenta hipertensión y obesidad, en este caso se desaconseja esta forma de contracepción (33,50,56).

- Cáncer de mama.

El cáncer de mama es uno de los cánceres más populares en la población femenina. Sin tener en cuenta diversas variables de confusión, existe riesgo directo de desarrollar cáncer de mama por el consumo de contraceptivos orales combinados. Los últimos estudios refieren que el riesgo es de un 1,19 % en comparación con las usuarias que nunca utilizaron contracepción

hormonal y aumenta con la edad de la mujer.

Actualmente no existen evidencias de que la píldora combinada potencie el riesgo de desarrollo de neoplasia maligna de mama en mujeres con predisposición genética (50,61,62).

- Cáncer de cérvix.

Los anticonceptivos hormonales combinados orales aumentan el riesgo de padecer cáncer de cérvix en mujeres portadoras del virus del papiloma humano. Por lo que, en mujeres sexualmente sanas no suponen riesgo de padecerlo, no estando contraindicado su consumo (50,62).

De manera concluyente, ambas píldoras comparten efectos adversos como las náuseas, los vómitos, la disminución de libido, las cefaleas intensas, el aumento de peso y la mastalgia. Sin

embargo, en lo que respecta a los efectos adversos la píldora combinada presenta mayor cantidad por lo que precisa de un seguimiento más riguroso.

En la siguiente tabla; tabla 3, se observa a modo de resumen la comparativa de los efectos adversos que producen ambas píldoras, donde se ve a golpe de vista que la píldora combina presenta efectos de mayor gravedad.

Tabla 3. Comparativa de los efectos adversos en base a las distintas píldoras.

Píldora de solo progestina	Píldora combinada
<ul style="list-style-type: none"> - Náuseas y vómitos. - Cefaleas recurrentes. - Disminución de la libido. - Aumento de peso. - Mastalgia y dolor abdominal. - Alteraciones en el estado de ánimo. - Quistes ováricos funcionales. - Alteración del patrón del sangrado menstrual. 	<p>Efectos menores:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Náuseas y vómitos. - Cefaleas recurrentes. - Disminución de la libido. - Aumento de peso. - Mastalgia. - Depresión. - Amenorrea. <p>Efectos mayores:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tromboembolismo venoso. - Aumento de tensión. - Infarto agudo de miocardio. - Accidente cerebrovascular. - Cáncer de mama. - Cáncer de cérvix.

3.3.REACCIONES MEDICAMENTOSAS EN BASE A LOS CONTRACEPTIVOS ORALES

Tras la prescripción de este tratamiento contraceptivo oral hay que realizar una anamnesis profunda y estudiar detenidamente el historial de la paciente para tener en cuenta los tratamientos prescritos que presenta, ya que medicamentos concretos interaccionan y disminuyen la eficacia contraceptiva o por el contrario los contraceptivos pueden disminuir o aumentar el efecto del fármaco con el que interacciona (50,63).

Seguidamente, se observan en la tabla número 4 la variedad de fármacos con los que la píldora combinada interacciona y puede modificar su efecto.

Tabla 4. Interacciones medicamentosas de los contraceptivos hormonales orales.

Fármacos que disminuyen la eficacia de ACO	Acción de los ACO sobre otros fármacos
Penicilina y derivados	Aumentan el efecto de:
Rifampicina	Imipramina
Tetraciclina	Benzodiazepina
Cloramfenicol	Corticoide
Nitrofurantoina	Disminuyen el efecto de:
Griseofulvina	Insulina e hipoglucemiantes
Cotrimoxazol	Amitriptilina
Hidantoínas	
Fenobarbital	
Carbamazepina	
Fenacetina	
Fenilbutazona	
Aminofenazona	
Derivados Pirazolónicos	
Anicoagulantes cumarínicos	

Fuente. Ministerio de Sanidad, 2022 (63).

3.4.PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN LA CONTRACEPCIÓN HORMONAL ORAL

La educación sexual de calidad basada en la evidencia científica es una labor para la enfermería destinada a la promoción de salud de la comunidad, dado a que uno de los problemas endémicos en nuestro país con mayor repercusión en la actualidad son las ETS y embarazos no deseados, por lo que es necesario educar con calidad y evidencia científica a la población. Para que la educación sea de calidad es preciso conocer el contraceptivo hormonal popular entre las usuarias, la píldora contraceptiva, por lo que es importante investigar cómo se inicia y cómo actuar en caso de olvido (63,64).

El personal de enfermería presenta los conocimientos necesarios para garantizar una buena adaptabilidad y continuidad del tratamiento contraceptivo oral. Conoce las indicaciones de inicio de este en cada caso y cómo actuar en caso de olvido, lo cual es una de las razones más habituales

que conlleva a la pérdida de adherencia al tratamiento. Para evitar este problema, se realiza un seguimiento a la paciente entre los tres y seis meses para llevar un control y valorar la tolerancia, adaptabilidad y la aparición de posibles efectos adversos (50,63).

3.4.1. Inicio del tratamiento

Para garantizar un buen uso y un óptimo efecto contraceptivo el personal de enfermería conoce los distintos momentos de inicio de ambas píldoras, garantizando así recomendaciones fiables y de calidad para que la paciente no quede embarazada en el periodo de inicio. Se diferencian distintas pautas de comienzo dependiendo del tipo de píldora que se consuma.

3.4.1.1. Píldora solo progestina

El inicio de la píldora de solo progestina puede iniciarse en cualquier momento del

ciclo menstrual, incidiendo en que la toma se realice de manera diaria a la misma hora para asegurar su eficacia. No obstante, se pueden diferenciar tres casos (24,49,51):

1) Con Menstruación.

La píldora contraceptiva de solo progestina se recomienda iniciar entre el día uno y cinco del ciclo, por lo que en este caso no es necesaria protección contraceptiva adicional. En el caso en que el inicio de la toma se dé en días no comprendidos entre el uno y el cinco, sería necesario el uso adicional de otro contraceptivo al menos cuarenta y ocho horas tras la toma de la píldora para asegurar la eficacia de estas. Así mismo, en el caso de que la mujer presente amenorrea sin presencia confirmada de embarazo,

también sería necesaria dicha protección adicional.

2) Post Parto sin lactancia.

Si el inicio de la toma de la píldora de solo progestina se da durante los primeros veintiún días del ciclo menstrual post parto, no es necesaria protección anticonceptiva adicional. Por el contrario, si el inicio se da tras los primeros veintiún días sí es necesaria dicha protección durante al menos cuarenta y ocho horas.

3) Post Aborto.

Si el inicio de la toma se da en el día del aborto, no sería necesaria contracepción adicional de ningún tipo. Sin embargo, si el inicio de la toma de la píldora se realiza a partir del quinto día tras el aborto sería

necesaria protección adicional en las relaciones sexuales de al menos cuarenta y ocho horas.

3.4.1.2. Píldora combinada

La anticoncepción hormonal combinada oral consta de veintiún comprimidos hormonales, las cuales hay que tomarlos en el orden pautado por la marca y todos los días en el mismo tramo horario para garantizar su eficacia. Tras los comprimidos cargados de hormonas continua la toma de siete comprimidos placebo; sin carga hormonal, normalmente de un color distinto a los comprimidos hormonales, con los cuales se produce un sangrado similar a la menstruación. Tras la semana placebo se debe iniciar las píldoras hormonales combinadas sin días de descanso (50,52,65).

Dependiendo del estado personal de cada mujer la pauta de inicio será distinta, por lo que podemos distinguir diferentes casos:

- 1) Primer contacto con anticonceptivos orales.

Las mujeres en edad fértil que vayan a consumir por primera vez contraceptivos orales combinados deben iniciar la toma con el primer día de la siguiente menstruación prevista.

- 2) Cambio desde otro método contraceptivo hormonal combinado.

Las pacientes que deseen cambiar de un método contraceptivo hormonal combinado distinto a la píldora combinada como por ejemplo el anillo vaginal o el parche transdérmico tienen que ponerse en

contacto con un especialista médico para que dé las indicaciones, ya que en estos casos hay que tener en cuenta numerosos aspectos.

En cambio, las mujeres consumidoras de la píldora combinada que quieran cambiar de una marca a otra deben comenzar la nueva toma tras el último comprimido activo o como muy tarde tras el último día de la próxima regla estimada.

3) Cambio desde la píldora de solo progestina a píldora combinada.

Las usuarias consumidoras de píldora de solo progestina que precisen de cambiar a la píldora combinada pueden realizar el cambio en cualquier momento del ciclo. No obstante, para asegurar la

cobertura contra el embarazo se debe utilizar durante al menos los siete primeros días un método contraceptivo de barrera adicional (50,52,65).

4) Postparto.

Para las mujeres que han dado a luz recientemente existe un criterio de elegibilidad entre los distintos tipos de anticoncepción hormonal establecido por la OMS en el año 2015, cuya finalidad es orientar a los distintos profesionales sanitarios en sus recomendaciones, para que ofrezcan alternativas distintas a acabar de manera permanente con la fertilidad de la mujer.

La recomendación de uso de la píldora combinada va a depender de

los días postparto, por lo que se diferencian:

a) Postparto sin lactancia materna de menos de veintiún días.

En este caso los contraceptivos orales combinados no se recomiendan dado a que en esta etapa del postparto el riesgo de sufrir eventos trombóticos es elevado, por lo que es contraproducente pautarlos.

b) Postparto sin lactancia materna de más de veintiún días.

A partir de los veintiún días del postparto los factores de coagulación y trombóticos se estabilizan por lo que se puede pautar como método

contraceptivo la píldora combinada.

No obstante, para la elegibilidad de la píldora combinada en el postparto hay que tener en cuenta además de si da o no leche materna, factores como la edad, obesidad, hábitos tabáquicos, sedentarismo y eventos trombóticos previos (66,67).

3.4.2. Indicaciones en caso de olvido

Según la evidencia científica el olvido de una o varias píldoras en un ciclo influye de menor a mayor medida en la eficacia de estas frente al embarazo. No obstante, dependiendo en que semana del ciclo se haya producido el olvido se van a tomar unas medidas u otras de prevención contra el embarazo.

El olvido encabeza la cúspide de problemas relacionados con la adherencia de este

tratamiento lo que hace que sea una de las consultas estrellas en la consulta de enfermería porque es necesario conocer las indicaciones a impartir dependiendo del tipo de píldora que se consuma.

3.4.2.1. Píldora solo progestina

Las mujeres consumidoras de esta píldora en caso de olvido se deben tomar la píldora olvidada tan pronto como se acuerden, a pesar de que esto suponga tomarse dos comprimidos en el mismo día. El resto de píldoras se deben tomar siguiendo la pauta diaria sin modificación.

En el caso en que el olvido se dé en la primera semana del ciclo y la mujer ha tenido relaciones sexuales sin protección días previos al descuido, el riesgo de embarazo se ve elevado por lo que está indicado el uso de métodos anticonceptivos

adicionales al menos durante dos días tras la toma correcta.

En el caso en que se haya producido el olvido en los días próximos a los días placebo, el riesgo de embarazo disminuye. No obstante, debido al olvido está indicado que la mujer siga con los comprimidos hormonales activos saltándose los comprimidos placebo, es decir, que suprima los días de descanso para minimizar el riesgo de embarazo (24,68).

3.4.2.2. Píldora combinada

Las mujeres consumidoras de la píldora combinada que han sufrido el olvido de un único comprimido y no haya transcurrido más de cuarenta y ocho horas deben tomárselo tan pronto como lo recuerden, a pesar de que esto suponga tomarse dos comprimidos de manera simultánea o en el

mismo día, no siendo necesario el uso de protección contraceptiva adicional.

Por el contrario, si la usuaria ha olvidado la toma de dos o más comprimidos la eficacia del tratamiento contraceptivo se ve comprometida por lo que además de tomar la píldora olvidada lo antes posible, utilizará protección contraceptiva adicional durante al menos siete días consecutivos. Además, si el olvido se ha producido entre el primer y el séptimo comprimido y se han mantenido relaciones sexuales sin protección, es preciso acudir al facultativo de urgencias lo antes posible y valorar la toma de la píldora de urgencia dado a que el riesgo de embarazo es elevado. Por el contrario, si el olvido se produce en la semana previa a la semana de descanso, entre el quince y el veintiún comprimido, se suprime la semana

placebo y se inicia de manera directa la nueva tableta de píldoras activas (50,68,69).

4. CONCLUSIONES

En este estudio han sido descritas las actualizaciones más recientes fundadas en la evidencia científica sobre el tratamiento de la anticoncepción hormonal oral para poder determinar el papel de la enfermería, especialmente en su educación para la salud.

Por lo cual, de acuerdo con los objetivos específicos establecidos en el comienzo de esta revisión bibliográfica, podemos ultimar con las siguientes conclusiones:

- En primer lugar, cabe destacar la evidencia sobre los beneficios que ofrecen los contraceptivos hormonales orales. Tanto la píldora de solo progestina y la píldora combinada, están dotadas de gran cantidad de estos y presentan un amplio abanico de

cualidades que, además son tratamiento de enfermedades ajenas a la anticoncepción, tales como; las alteraciones de la menstruación, el acné, el hirsutismo y problemas óseos, entre otros. Así mismo, presentan características que ayudan a prevenir el desarrollo de determinados cánceres, como el cáncer de útero, de endometrio y el colorrectal.

Por lo tanto, las pastillas contraceptivas no solo presentan cualidad contraceptiva, sino que también sirven como tratamiento efectivo de diversas enfermedades.

- En segundo lugar, los efectos adversos por porcentaje ganan en cantidad a los beneficios, por lo que pesan más las consecuencias que las soluciones. A causa de ello, es de gran importancia realizar una anamnesis de calidad a la paciente para considerar que factores presenta que puedan favorecer en la aparición de estos efectos. Hay que tener en cuenta el

IMC, el sedentarismo, el tabaquismo y el consumo de drogas, dado a que la probabilidad de que aparezcan efectos adversos con estos factores es muy elevada.

Por lo tanto, podemos afirmar que la probabilidad de que una mujer sana y con buenos hábitos de salud presenta un pequeño porcentaje de experimentar un efecto adverso.

- En tercer lugar, es imprescindible conocer los tratamientos activos que presenta la usuaria ya que hay numerosos medicamentos que interaccionan con este tipo de contraceptivo, pudiendo anular, aumenta o disminuir su efecto o el del otro medicamento poniendo en riesgo la salud de la paciente.
- Por otro lado, la enfermería es una disciplina que requiere de conocimientos actualizados sobre este amplio tema para realizar una atención sanitaria holística y de calidad a la paciente, teniendo en cuenta las últimas

publicaciones con evidencia científica. Para ello, la enfermería debe contribuir y aportar los datos relevantes en la práctica clínica sobre este tipo de contracepción.

REPERCUSIONES

1. AUTOR 1:

1.1. APORTACIONES DEL ESTUDIO CIENTIFICO EN TU FORMACIÓN COMO PROFESIONAL SANITARIO

Antes de realizar este estudio mis conocimientos sobre el tratamiento contraceptivo hormonal oral y el papel que desempeña la enfermera sobre ellos era mínimo. Únicamente tenía como referencia testimonios personales de conocidos cercanos.

Como conocimientos nuevos he profundizado y conocido cuales son las diferencias entre los tipos de píldoras; la mini píldora, compuesta únicamente de progestina y la píldora combinada, compuesta por progestina y estrógenos. Además, cabe destacar los numerosos beneficios que aporta el consumo de este medicamento, tales como: tratar enfermedades ajenas a la anticoncepción como; las alteraciones menstruales, el acné, el hirsutismo y

problemas óseos. Así mismo, presentan características que ayudan a prevenir el desarrollo de determinados cánceres, como el cáncer de útero, de endometrio y el colorrectal.

1.2.APLICACIÓN PRACTICA EN EL ÁMBITO LABORAL

La enfermería dentro del grupo multidisciplinar clínico es la que más cuidados presta y es una de las principales puertas de entrada al sistema sanitario, por lo que supone calidad en la atención que presente conocimientos sobre este tema tan tabú y solicitado entre las mujeres como es la sexualidad y sobre todo el cómo practicar sexo de manera segura.

Para dar indicaciones concretas y correctas es preciso que la enfermería conozca y maneje este tema desde el punto más actualizado de la evidencia científica. Es un error afirmar que no es competencia del campo enfermero, ya que somos la puerta de entrada al campo clínico de muchas dudas

relacionadas con el manejo y complicaciones de la contracepción hormonal oral.

Por lo tanto, este trabajo podría tener una implicación inmediata; por ejemplo, en la consulta de enfermería de atención primaria, ya que contiene la información precisa para solucionar las diversas cuestiones con las que se presenten las pacientes ya sean sobre como iniciar el tratamiento contraceptivo en base a la historia clínica de la paciente, cómo actuar en caso de olvido o informarles acerca de los beneficios y efectos adversos que presentan.

Así mismo, es importante que la enfermería siga informándose y actualizándose sobre el tema, debido a que la formula contraceptiva se va mejorando y van saliendo nuevos contraceptivos hormonales al mercado.

2. AUTOR 2:

2.1. APORTACIONES DEL ESTUDIO CIENTIFICO EN TU FORMACIÓN COMO PROFESIONAL SANITARIO

El estudio científico desempeña un papel fundamental en la formación y desarrollo de cualquier profesional sanitario, especialmente a aquellos que trabajan en la administración de medicamentos, como es el caso de las píldoras.

Me ha aportado una comprensión profunda de la fisiología del cuerpo humano y de la farmacología, lo cual es la esencia para entender cómo las píldoras interactúan con el organismo. Esto permite administrar medicamentos de manera segura y eficaz.

El estudio científico también me ha aportado la importancia de la medicina personalizada. Comprender las diferencias individuales en la respuesta a los medicamentos me permite adaptar

los tratamientos con píldoras de acuerdo con las necesidades específicas de cada paciente.

Además, aporta información detallada sobre los posibles efectos secundarios de las píldoras. Esto me permite educar a los pacientes sobre los riesgos asociados con su medicación.

2.2.APLICACIÓN PRACTICA EN EL ÁMBITO LABORAL

La aplicación práctica de la ciencia en mi labor con píldoras es esencial. Esto abarca la selección y dosificación adecuadas de medicamentos, la monitorización de efectos secundarios, la educación de pacientes y la colaboración con otros profesionales de la salud. Todo esto se basa en evidencia científica actualizada y garantiza una atención de alta calidad, segura y personalizada. El cumplimiento de normativas y la actualización constante son parte integral de mi enfoque para proporcionar el mejor cuidado posible.

3. AUTOR 3:

3.1. APORTACIONES DEL ESTUDIO CIENTIFICO EN TU FORMACIÓN COMO PROFESIONAL SANITARIO

El estudio científico que hemos desarrollado presenta un papel fundamental en la formación y desarrollo en todos los campos y profesiones sanitarias, especialmente en el campo de la ginecología.

Una de las principales limitaciones que se presentan en la realización de un estudio acerca de esta temática es la interferencia entre los efectos adversos y secundarios de cada fármaco y el beneficio existente tras su administración.

3.2. APLICACIÓN PRACTICA EN EL ÁMBITO LABORAL

Dentro de las distintas ramas del sistema sanitario, la enfermería es aquella que más cuidados presta y

es una de las principales puertas de entrada al sistema sanitario, por lo que supone calidad en la atención que presente conocimientos sobre esta temática.

El debate existente dentro de la temática elegida ha perdurado a lo largo del tiempo. Esto se debe a que el conflicto que surge entre dichos efectos secundarios y el beneficio de la administración de estos medicamentos, promueve diferentes teorías y opiniones.

En el uso de estos medicamentos, cabe destacar la importancia la labor del personal sanitario a la hora de aclarar todos los pros y contras del uso de estos medicamentos. Es muy común presenciar bastantes dudas acerca de las píldoras y de los distintos métodos anticonceptivos existentes, además de los distintos métodos de administración de estos fármacos.

Por tanto, cabe destacar la necesidad de incorporar estos conocimientos al personal sanitario, con el fin de adoptar la capacidad de elaborar respuestas y poder satisfacer las necesidades de los pacientes que puedan ser susceptibles al uso de estos medicamentos.

Así mismo, es importante que la enfermería siga informándose y actualizándose sobre esta metodología, ya que es propensa a nuevas actualizaciones y cambios en los distintos métodos de administración.

5. BIBLIOGRAFÍA

1. El Condon. Evolucion historica y otras consideraciones sobre su uso - Revista Electrónica de PortalesMedicos.com [Internet]. 2010 [citado 24 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/2234/1/.html>
2. Antonio J, Núñez C. A N A L E S R A N M HISTORIA EVOLUTIVA DE LA ANTICONCEPCIÓN HISTORIA EVOLUTIVA DE LA ANTICONCEPCIÓN A HISTORY OF CONTRACEPTION. 2018 [citado 28 de noviembre de 2022]; Disponible en: https://analesranm.es/wp-content/uploads/2018/numero_135_01/pdfs/ar135-rev09.pdf
3. XV JORNADAS DE COMUNICACIONES CIENTÍFICAS DE LA FACULTAD DE DERECHO

Y CIENCIAS SOCIALES Y P O L Í T I C A S U N
N E. 2019 [citado 23 de noviembre de
2022]; Disponible en:
www.mogliaediciones.com

4. Segunda y tercera generación de anticonceptivos orales e infarto de miocardio: revisión sistemática y metaanálisis [Internet]. 2016 [citado 29 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-clinica-e-investigacion-ginecologia-obstetricia-7-pdf-S0210573X16300296>
5. ¿Cuáles son los diferentes tipos de anticonceptivos? | NICHD español [Internet]. 2019 [citado 29 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://espanol.nichd.nih.gov/salud/temas/contraception/informacion/tipos>

6. Martínez Martínez F, M^a J, Faus D. Editores. [citado 30 de noviembre de 2022]; Disponible en: <https://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/33077/guia%20anticonceptivos.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
7. Anticonceptivos hormonales [Internet]. 2014 [citado 29 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-pdf-X0213932414316911>
8. Píldoras Anticonceptivas: Usos Médicos – Center for Young Women’s Health [Internet]. 2020 [citado 14 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://youngwomenshealth.org/guias/usos-medicos-de-la-pildora-anticonceptiva/>
9. Instituto de las Mujeres - Mujeres en Cifras - Salud - Salud sexual y reproductiva

[Internet]. [citado 13 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://www.inmujeres.gob.es/MujerCifras/Salud/IVE.htm>

10. Vásquez-Awad D, Ospino AM. Anticonceptivos orales combinados. 2020 [citado 30 de noviembre de 2022]; Disponible en: <https://doi.org/10.24245/gom.v88i->
11. De L, Cuesta BR, Tejeda F, Médico C. Actualización en anticoncepción hormonal. Inf Ter Sist Nac Salud [Internet]. 2011 [citado 30 de noviembre de 2022]; 35:75-87. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/infMedic/docs/vol35n3Anticoncepcion.pdf
12. Anticonceptivos hormonales [Internet]. 2014 [citado 30 de noviembre de 2022].

Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-pdf-X0213932414316911>

13. PROSPECTO SIBILLA DIARIO 2 MG/0.03 MG COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG [Internet]. 2022 [citado 1 de diciembre de 2022]. Disponible en: https://cima.aemps.es/cima/dochtml/p/78334/Prospecto_78334.html
14. Morgan A, Leal-López E. Resultados del estudio. 2018 [citado 13 de diciembre de 2022]; Disponible en: <https://cpage.mpr.gob.es/>
15. Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos – Resumen ejecutivo [Internet]. 2015 [citado 9 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-RHR-15.07>

16. González López M. Factores relacionados con la adherencia terapéutica a anticonceptivos orales en mujeres de La Palma. 2020 [citado 8 de noviembre de 2022]; Disponible en: <http://riull.ull.es/xmlui/handle/915/19896>

17. PROTOCOLO BENEFICIOS NO CONTRACEPTIVOS EN ANTICONCEPCIÓN - Buscar con Google [Internet]. Dr. Modesto Rey Novoa. Dr. Ángel Martínez Martín. Dra. María Guerrero Ibáñez. Dra. Elvira Vallejo Blanco. Dra. Marta Franco Horta. Dra. Sara Corcuera Diez. Dra. Ana María de las Casas. 2019 [citado 30 de enero de 2023]. p. 1-26. Disponible en: <https://www.google.com/search?q=PROTOCOLO+BENEFICIOS+NO+CONTRACEPTIVOS+EN+ANTICONCEPCIÓN&oq=PROTOCOLO+BENEFICIOS+NO+CONTRACEPTIVOS+EN+ANTICONCEPCIÓN&aqs=chro>

me.69i57j69i60.845j0j15&sourceid=chrome&ie=UTF-8

18. por Javier Herrera Cardozo O. La dismenorrea primaria: una condición normalizada. Revista Neuronum [Internet]. 21 de noviembre de 2022 [citado 26 de enero de 2023];8(4):112-5. Disponible en: <http://eduneuro.com/revista/index.php/revistaneuronum/article/view/476>
19. Núñez-Claudel B, Cáceres-Matos R, Vázquez-Santiago S, Gil-García E. Consecuencias de la dismenorrea primaria en adolescentes y mujeres. Revisión Sistemática Exploratoria. iQual Revista de Género e Igualdad [Internet]. 4 de febrero de 2020 [citado 26 de enero de 2023];(3):132-47. Disponible en: <https://revistas.um.es/iqual/article/view/402211#:~:text=Esta%20revisi%C3%B3n%20>

pone%20de%20manifiesto,de%20vida%20de%20las%20mujeres.

20. Sinergia AORM, 2017 undefined. Anticonceptivo oral. dialnet.unirioja.es [Internet]. 2017 [citado 26 de enero de 2023]; Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7070381.pdf>
21. Estrógeno y progestina (anticonceptivos orales): MedlinePlus medicinas [Internet]. 2023 [citado 26 de enero de 2023]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/druginfo/meds/a601050-es.html#side-effects>
22. Vásquez-Awad D. Beneficios de los anticonceptivos orales combinados. 2020 [citado 25 de enero de 2023]; Disponible en:

<https://doi.org/10.24245/gom.v88iSupl1.3849>

23. Casper RF. Progestin-only pills may be a better first-line treatment for endometriosis than combined estrogen-progestin contraceptive pills. *Fertil Steril* [Internet]. 1 de marzo de 2017 [citado 30 de enero de 2023];107(3):533-6. Disponible en:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28162779/>

24. Dr. José Gutiérrez Ales. PÍLDORA SÓLO GESTÁGENOS (PSG) INTRODUCCIÓN [Internet]. 2020 [citado 27 de marzo de 2023]. Disponible en:
https://hosting.sec.es/descargas/PROTOS/PR_Pildora_Solo_Gestagenos_JoseGutierrez.pdf

25. Lamvu G, Carrillo J, Ouyang C, Rapkin A. Chronic Pelvic Pain in Women: A Review. JAMA [Internet]. 15 de junio de 2021 [citado 30 de enero de 2023];325(23):2381-91. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34128995/>
26. Gavrilov SG, Turischeva OO. Conservative treatment of pelvic congestion syndrome: indications and opportunities. Curr Med Res Opin [Internet]. 3 de junio de 2017 [citado 30 de enero de 2023];33(6):1099-103. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28277860/>
27. Antonio C, Chacón C, Francisco A, Chala B, Christian; Maldonado AR, et al. Enfermedad inflamatoria pélvica. RECIMUNDO: Revista Científica de la Investigación y el Conocimiento, ISSN-e

2588-073X, Vol 6, N° 3, 2022, págs 30-36 [Internet]. 2022 [citado 30 de enero de 2023];6(3):30-6. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8491898&info=resumen&idioma=EN>

28. Bofill Rodriguez M, Dias S, Jordan V, Lethaby A, Lensen SF, Wise MR, et al. Interventions for heavy menstrual bleeding; overview of Cochrane reviews and network meta-analysis. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 31 de mayo de 2022 [citado 30 de enero de 2023];5(5). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35638592/>
29. Paula Rodrigues Rezende A, Rassi Alvarenga F, Ramos M, Luiza Franken D, Soares Dias da Costa J, Pascoal Pattussi M, et al. Prevalence of Premenstrual Syndrome and

Associated Factors Among Academics of a University in Midwest Brazil Prevalência de síndrome pré-menstrual y factores asociados entre académicas de uma Universidade no Centro-Oeste do Brasil. Rev Bras Ginecol Obstet [Internet]. 2022 [citado 26 de enero de 2023];44(2):133-41. Disponible en: <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

30. Schmidt PJ, Martinez PE, Nieman LK, Koziol DE, Thompson KD, Schenkel L, et al. Premenstrual Dysphoric Disorder Symptoms Following Ovarian Suppression: Triggered by Change in Ovarian Steroid Levels But Not Continuous Stable Levels. Am J Psychiatry [Internet]. 1 de octubre de 2017 [citado 30 de enero de 2023];174(10):980-9. Disponible en:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28427285/>

31. Tewary S, Davies R, Prakash A. Hirsutism. *Obstet Gynaecol Reprod Med* [Internet]. 1 de abril de 2021 [citado 6 de febrero de 2023];31(4):103-8. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1751721421000373>

32. Ettler J. Hirsutism - etiopathogenesis, diagnostics and treatment. *Cas lek Cesk.* 2017 Summer;156 (3):133-136. - Buscar con Google [Internet]. 2017 [citado 6 de febrero de 2023]. Disponible en: [https://www.google.com/search?q=Ettler+J.+Hirsutism+-+etiopathogenesis%2C+diagnostics+and+treatment.+Cas+Lek+Cesk.+2017+Summer%3B156+\(3\)%3A133-136.&oq=Ettler+J.+Hirsutism+-+etiopathogenesis%2C+diagnostics+and+tr](https://www.google.com/search?q=Ettler+J.+Hirsutism+-+etiopathogenesis%2C+diagnostics+and+treatment.+Cas+Lek+Cesk.+2017+Summer%3B156+(3)%3A133-136.&oq=Ettler+J.+Hirsutism+-+etiopathogenesis%2C+diagnostics+and+tr)

eatment.+Cas+Lek+Cesk.+2017+Summer%
3B156+(3)%3A133-
136.&aqs=chrome.0.69i59.751j0j4&source
id=chrome&ie=UTF-8

33. Requena C, Llombart B. Oral Contraceptives in Dermatology. *Actas Dermosifiliogr* [Internet]. 1 de junio de 2020 [citado 6 de febrero de 2023];111(5):351-6. Disponible en:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32404240/>
34. Trivedi MK, Shinkai K, Murase JE. A Review of hormone-based therapies to treat adult acne vulgaris in women. *Int J Womens Dermatol* [Internet]. 1 de marzo de 2017 [citado 6 de febrero de 2023];3(1):44-52. Disponible en:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28492054/>

35. Dombrowski S, Jacob L, Hadji P, Kostev K. Oral contraceptive use and fracture risk-a retrospective study of 12,970 women in the UK. *Osteoporos Int* [Internet]. 1 de agosto de 2017 [citado 7 de febrero de 2023];28(8):2349-55. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28409216/>
36. Szamatowicz M. How can gynaecologists cope with the silent killer - osteoporosis? *Prz Menopauzalny* [Internet]. 2016 [citado 7 de febrero de 2023];15(4):189-92. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28250721/>
37. Kim SM, Shin W, Kim HJ, Lee JS, Min YK, Yoon BK. Effects of Combination Oral Contraceptives on Bone Mineral Density and Metabolism in Perimenopausal Korean Women. *J Menopausal Med* [Internet].

2022 [citado 7 de febrero de 2023];28(1):25. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35534428/>

38. Xia YY, Kotsopoulos J. Beyond the pill: contraception and the prevention of hereditary ovarian cancer. *Hered Cancer Clin Pract* [Internet]. 1 de diciembre de 2022 [citado 7 de febrero de 2023];20(1). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35668475/>

39. Whelan E, Kalliala I, Semertzidou A, Raglan O, Bowden S, Kechagias K, et al. Risk Factors for Ovarian Cancer: An Umbrella Review of the Literature. *Cancers (Basel)* [Internet]. 1 de junio de 2022 [citado 7 de febrero de 2023];14(11). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35681688/>

40. Mørch LS, Skovlund CW, Hannaford PC, Iversen L, Fielding S, Lidegaard Ø. Contemporary Hormonal Contraception and the Risk of Breast Cancer. *N Engl J Med* [Internet]. 7 de diciembre de 2017 [citado 7 de febrero de 2023];377(23):2228-39. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29211679/>
41. Iversen L, Fielding S, Lidegaard Ø, Hannaford PC. Contemporary hormonal contraception and risk of endometrial cancer in women younger than age 50: A retrospective cohort study of Danish women. *Contraception* [Internet]. 1 de septiembre de 2020 [citado 7 de febrero de 2023];102(3):152-8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32592798/>

42. Iversen L, Fielding S, Lidegaard Ø, Mørch LS, Skovlund CW, Hannaford PC. Association between contemporary hormonal contraception and ovarian cancer in women of reproductive age in Denmark: prospective, nationwide cohort study. *BMJ* [Internet]. 2018 [citado 7 de febrero de 2023];362. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30257920/>
43. Michels KA, Pfeiffer RM, Brinton LA, Trabert B. Modification of the associations between duration of oral contraceptive use and ovarian, endometrial, breast, and colorectal cancers. *JAMA Oncol.* 1 de Abril de 2018;4(4):516-21.
44. Michels KA, Pfeiffer RM, Brinton LA, Trabert B. Modification of the Associations Between Duration of Oral Contraceptive Use and Ovarian, Endometrial, Breast, and

Colorectal Cancers. JAMA Oncol [Internet]. 1 de abril de 2018 [citado 7 de febrero de 2023];4(4):516-21. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jamaoncology/fullarticle/2669779>

45. Abusal F, Aladwan M, Alomari Y, Obeidat S, Abuwardeh S, AlDahdouh H, et al. Oral contraceptives and colorectal cancer risk - A meta-analysis and systematic review. Annals of Medicine and Surgery [Internet]. 1 de noviembre de 2022 [citado 8 de febrero de 2023]; 83:104254. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2049080122010147#:~:text=From%20this%20meta%2Danalysis%20and,participants%20reported%20using%20oral%20contraceptives.>
46. Iversen L, Sivasubramaniam S, Lee AJ, Fielding S, Hannaford PC. Lifetime cancer

risk and combined oral contraceptives: the Royal College of General Practitioners' Oral Contraception Study. Am J Obstet Gynecol [Internet]. 1 de junio de 2017 [citado 7 de febrero de 2023];216(6): 580.e1-580.e9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28188769/>

47. PROSPECTO CERAZET 75 microgramos COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA [Internet]. 2020 [citado 8 de febrero de 2023]. Disponible en: https://cima.aemps.es/cima/dochtml/p/62285/P_62285.html
48. Lopez LM, Ramesh S, Chen M, Edelman A, Otterness C, Trussell J, et al. Progestin-only contraceptives: effects on weight. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 28 de agosto de 2016 [citado 8 de febrero de 2023];2016(8). Disponible en:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27567593/>

49. Valdés-Bango M, Castelo-Branco C. Anticoncepción con solo progestina. 2020 [citado 8 de febrero de 2023]; Disponible en: <https://doi.org/10.24245/gom.v88i->
50. Dr. José C. Quílez Conde. Dr. José Ramón Serrano Navarro. PROTOCOLO ANTICONCEPCIÓN HORMONAL COMBINADA. ORAL, TRANSDÉRMICA Y VAGINAL [Internet]. 2019 [citado 27 de marzo de 2023]. p. 1-37. Disponible en: https://hosting.sec.es/descargas/PS_Anticoncepcion_Hormonal_Combinada_Oral_Transdermica_Vaginal.pdf
51. Cooper DB, Patel P, Mahdy H. Oral Contraceptive Pills. A History of Intellectual Property in 50 Objects [Internet]. 24 de noviembre de 2022 [citado 9 de febrero de

- 2023];224-31. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430882/>
52. PROSPECTO LEVOBEL 0.10 MG/0.02 MG COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG [Internet]. 2020 [citado 9 de febrero de 2023]. Disponible en:
https://cima.aemps.es/cima/dochtml/p/76354/Prospecto_76354.html
53. Calhoun AH. Hormonal Contraceptives and Migraine With Aura-Is There Still a Risk? Headache [Internet]. 1 de febrero de 2017 [citado 9 de febrero de 2023];57(2):184-93. Disponible en:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27774589/>
54. Gregory ST, Hall K, Quast T, Gatto A, Bleck J, Storch EA, et al. Hormonal Contraception, depression, and Academic Performance

among females attending college in the United States. *Psychiatry Res* [Internet]. 1 de diciembre de 2018 [citado 9 de febrero de 2023]; 270:111-6. Disponible en: Hormonal Contraception, depression, and Academic Performance among females attending college in the United States

55. Hernández-Marín I, Mariel Villegas-Rodríguez C, Celis-González C, Imelda Hernández Marín C. Anticonceptivos hormonales en pacientes con sangrado uterino disfuncional. 2020 [citado 9 de febrero de 2023];163. Disponible en: www.ginecologiyobstetricia.org.mx
56. Rosano GMC, Rodriguez-Martinez MA, Spoletini I, Regidor PA. Obesity and contraceptive use: impact on cardiovascular risk. *ESC Heart Fail* [Internet]. 1 de diciembre de 2022 [citado 10 de febrero de 2023];9(6):3761-7.

Disponible en:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36103980/>

57. Morimont L, Haguët H, Dogné JM, Gaspard U, Douxfils J. Combined Oral Contraceptives and Venous Thromboembolism: Review and Perspective to Mitigate the Risk. *Front Endocrinol (Lausanne)* [Internet]. 9 de diciembre de 2021 [citado 10 de febrero de 2023];12. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34956081/>
58. Dr. José Vicente González Navarro. PROTOCOLO ANTICONCEPCIÓN HORMONAL Y RIESGO VASCULAR. 2019;1-13.
59. Fruzzetti F, Cagnacci A. Venous thrombosis and hormonal contraception: what's new with estradiol-based hormonal

contraceptives? Open Access J Contracept [Internet]. noviembre de 2018 [citado 10 de febrero de 2023]; 9:75-9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30519125/>

60. Rott H. Birth Control Pills and Thrombotic Risks: Differences of Contraception Methods with and without Estrogen. Hamostaseologie [Internet]. 2019 [citado 10 de febrero de 2023];39(1):42-8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30669160/>

61. Mørch LS, Skovlund CW, Hannaford PC, Iversen L, Fielding S, Lidegaard Ø. Contemporary Hormonal Contraception and the Risk of Breast Cancer. N Engl J Med [Internet]. 7 de diciembre de 2017 [citado 10 de febrero de 2023];377(23):2228-39. Disponible en:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29211679/>

62. Dra. Paloma Lobo Abascal. PROTOCOLO ANTICONCEPCIÓN HORMONAL Y RIESGOS DE CÁNCER DE MAMA, OVARIO, ENDOMETRIO, CÉRVIX Y OTROS. 2019;1-36.
63. Ministerio de Sanidad - Biblioteca y Publicaciones - Información Terapéutica [Internet]. [citado 8 de marzo de 2023]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/infMedic/porVolumen/anticonc.htm
64. Britton LE, Alspaugh A, Greene MZ, McLemore MR. CE: An Evidence-Based Update on Contraception. Am J Nurs [Internet]. 1 de febrero de 2020 [citado 8 de marzo de 2023];120(2):22-33. Disponible en:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31977414/>

65. Anticonceptivos orales combinados: MedlinePlus enciclopedia médica [Internet]. [citado 2 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000655.htm>
66. Marcos M, Montepríncipe M, Pérez-Campos E, Calleja J, Martínez M, Haimovich S. ANTICONCEPCIÓN HORMONAL POSTPARTO Coordinadores. 2016.
67. World Health Organization. Reproductive Health and Research, World Health Organization. Medical eligibility criteria for contraceptive use, 4th ed. 2009;268.
68. Alonso Llamazares MJ CAJCHM. Guía de práctica clínica de anticoncepción hormonal e intrauterina. 2019 [citado 7 de

marzo de 2023]; Disponible en:
https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2019/06/gpc_585_anticoncepcion_iacs_compl.pdf

69. Britton LE, Alspaugh A, Greene MZ, McLemore MR, Laura FE. An Evidence-Based Update on Contraception: A detailed review of hormonal and nonhormonal methods. HHS Public Access. *Am J Nurs* [Internet]. 2020 [citado 7 de marzo de 2023];120(2):22-33. Disponible en: www.nursingcenter.com/ce.