



Conceptos Iniciales

Los anticonceptivos orales (ACO) se encuentran entre los fármacos más estudiados; los beneficios de su uso contrarrestan ampliamente los posibles riesgos en casi todas las mujeres. Sin embargo, con frecuencia las píldoras se usan incorrectamente y muchas pacientes dejan de tomarlas debido a efectos secundarios o a las inquietudes respecto a la salud.

Incluyen una mezcla de estrógeno y gestágeno. Según el ciclo anticonceptivo, se clasifican en:

MONOFÁSICOS: cuando todas las 21 tabletas tienen igual concentración de estrógenos y progestágenos
SECUENCIALES: cuando las primeras 14 tabletas contienen sólo estrógeno y las últimas 7 tabletas una combinación de estrógeno y progestágeno; fueron dejadas de usar desde finales de la década de 1960
BIFÁSICAS: la primera mitad de las 21 tabletas contienen estrógeno y baja dosis de progestágeno, el cual es incrementado en la segunda mitad de las tabletas. Actualmente no están disponibles.
TRIFÁSICAS O MULTIFÁSICAS: todas las tabletas son combinadas, con el estrógeno en algunos preparados a concentración constante. Las primeras 7 tienen baja concentración de progestágeno, el cual se aumenta en las 7 siguientes y aún más en las últimas 7 tabletas del ciclo
DOSIFICACIÓN DINÁMICA: son 26 comprimidos de valerato de estradiol (VE) y dienogest, y 2 placebos (días 1 y 2: 3 mg de VE; días 3 a 7: 2 mg de VE + 2 mg de dienogest; días 8 a 17: 2 mg de VE + 3 mg de dienogest; días 18 a 24: 2 mg de VE + 3 mg de dienogest; días 25 y 26: 1 mg de VE; días 27 y 28; sin principio activo)
RÉGIMEN CONTINUADO: comprende los productos cuya eficacia se basa en una disponibilidad en circulación por períodos mayor a 14 días
RÉGIMEN DE EMERGENCIA: son formulaciones hormonales anticonceptivas cuya eficacia se basa en una fugaz pero elevada disponibilidad en circulación de una combinación de estrógeno y progesterona o progesterona sola, producto de un período de tratamiento de sólo 12 horas
MACRODOSIS: cuando la concentración de etinilestradiol (EE) es superior a 50 µg en cada tableta (se pueden usar como anticonceptivos de emergencia)
MICRODOSIS. si la concentración es inferior a 50 µg. Dentro de este grupo existen preparados de 35, 30, 20 (muy baja dosis) y 15 µg de EE (ultra baja dosis)

Copia N°:	Representante de la Dirección:	Fecha:
	<i>Revisó</i>	<i>Aprobó</i>
<i>Nombre</i>	Dr. Leonardo Gilardi	Dra. Inés Morend
<i>Firma</i>		
<i>Fecha</i>	22/04	08/05



Normas de la OMS (Criterios de Elegibilidad)

En 1995 la OMS definió los criterios de elegibilidad médica para el inicio y continuación del uso de los métodos contraceptivos.

Clase primera : sin restricciones para el uso
Clase segunda : los efectos benéficos superan los riesgos
Clase tercera : los riesgos superan las ventajas Para las condiciones incluidas en las clases segunda y tercera, la decisión de usar puede ser difícil. Se deben incluir en la consejería el recurso de otros métodos de planificación y, si se prescribe ACO, se debe realizar una cuidadosa vigilancia medica
Clase cuarta : condiciones en las cuales los ACO están formalmente contraindicados.

Conceptos Farmacológicos Básicos

Todos los anticonceptivos hormonales utilizan en su formulación un estrógeno combinado con un progestágeno, o bien un progestágeno como único producto activo. En forma independiente de la formulación es condición *sine qua non* que las drogas sean administradas en la etapa preovulatoria.

Sólo los ACO combinados de microdosis o de muy baja y ultra baja dosis tienen aplicación en la anticoncepción oral moderna. En asociación con el EE y del estradiol, existen diferentes gestágenos (ciproterona, noretisterona, norgestrel, levonorgestrel, desorgestrel, norgestimato, gestodeno, drospirenona, nomegestrol y dienogest)

Los anticonceptivos hormonales interfieren en la foliculogénesis y en la descarga de hormona luteinizante (LH). No existe un absoluto impedimento del desarrollo folicular y algunos folículos lo hacen en estadios avanzados. Estos folículos sufren una luteinización espontánea o inducida; de ello resulta una elevación de los niveles de progesterona, que simula una fase lútea insuficiente. No deben sorprender folículos de hasta 10 a 12 mm de diámetro, aunque el tratamiento se haya iniciado el primer día del ciclo.

Régimen de Emergencia

Son formulaciones hormonales anticonceptivas cuya eficacia se basa en una fugaz pero elevada disponibilidad en circulación de una combinación de estrógeno y progesterona o progesterona sola, producto de un período de tratamiento de solo 12 horas. Se indica como medida de emergencia ante la posibilidad de un embarazo luego de una relación sexual no protegida. Debe administrarse después del coito y antes que se inicie el embarazo.



El régimen de Yuzpe consiste en la administración de 2 dosis consecutivas y separadas por 12 h de una mezcla de 100 µg de EE y 500 µg de levonorgestrel, así como un régimen compuesto por levonorgestrel únicamente en 2 dosis de 0.75 mg separadas por 12 horas, o una dosis única de 1.5 mg de levonorgestrel, que es la más utilizada.

En noviembre de 1999 el Comité de Expertos de la OMS en Medicamentos Esenciales incorporó a ambos métodos (Yuzpe y uso de gestágeno solo) en la lista de Drogas Esenciales. **Se considera de categoría 1 en los Criterios de Elegibilidad, ya que, de acuerdo con la información de la OMS, no posee contraindicaciones para su uso.**

Para ambas preparaciones, la proporción de embarazos prevenidos con respecto a los esperados es del 85%; es más efectivo el protocolo de levonorgestrel solo que el régimen de Yuzpe. Para ambos, se observa disminución de la eficacia anticonceptiva a medida que se posterga la administración de la primera dosis con respecto al momento del coito. Si se considera que el embarazo es posible cuando las relaciones sexuales ocurren en los 5 días que preceden a la ovulación, el momento del inicio del tratamiento se encontrará comprendido dentro de esos 5 días.

La PAE (píldora anticonceptiva de emergencia) interfiere con la ovulación como principal mecanismo de acción; de acuerdo con la mayor parte de la bibliografía disponible, no actuaría sobre la implantación embrionaria. Además, este compuesto disminuye el número de espermatozoides que se recuperan de la cavidad uterina, con alcalinización del contenido uterino y aumento de la viscosidad del moco cervical, seguido o no de déficit lúteo. Administrado luego de la puesta ovular, no modifica los factores que permiten la implantación embrionaria.

La utilización reiterativa de PAE también se clasifica como categoría 1, con la aclaración que el uso recurrente es una indicación que la mujer requiere más asesoramiento sobre otras opciones de anticonceptivos.

Indicaciones

- Mujer que tiene relaciones sexuales en forma voluntaria y desprotegida
- Método anticonceptivo usado en forma incorrecta
- Accidente involuntario con el método anticonceptivo
- Caso de violación

De producirse el embarazo no hay descriptos efectos teratogénicos en el feto. No tiene contraindicaciones y es droga esencial de la OMS.



El 83% de los coitos únicos posibles que pueden ocurrir en los 6 días fértiles del ciclo menstrual, ocurren entre 1 y 5 días antes de la ovulación; sólo el 17% ocurre en el día de la ovulación. Por lo tanto los espermatozoides deben esperar entre 1 y 5 días en el tracto genital inferior femenino hasta que se produzca la ovulación. Este intervalo ofrece una posibilidad real y concreta de que la PAE interfiera con el transporte y la vitalidad de los espermatozoides y/o proceso ovulatorio y que prevenga, por estos mecanismos, el encuentro del óvulo con el espermatozoide en la trompa de Falopio.

El retraso de la ingestión de la primera dosis incrementa el riesgo de embarazo en un 50% cada 12 horas. Por lo tanto la anovulación resulta de la interrupción del normal desarrollo y/o actividad folicular sobre el crecimiento del folículo sólo cuando el levonorgestrel se indica en forma previa a la ovulación. De acuerdo con lo sostenido por la OMS en su boletín informativo de marzo de 2005, “se ha demostrado que las PAE que contienen levonorgestrel previenen la ovulación y que no tienen un efecto detectable sobre el endometrio o en los niveles de progesterona cuando son administrados después de la ovulación. Las PAE no son eficaces una vez que el proceso de implantación se ha iniciado y no provocarán un aborto”. Según este organismo, “la inhibición de la ovulación y la alteración de la migración espermática son los únicos mecanismos comprobados hasta el momento”.

No se presentan efectos cardiovasculares ni se han informado casos de tromboembolismo asociados con el uso de las píldoras de PAE. No se conocen otros efectos médicos adversos, así como tampoco existe evidencia que demuestre que alguno de los métodos de PAE sea teratogénico sobre el feto en caso de uso inadvertido durante la fase temprana del embarazo.

El dispositivo intrauterino (DIU), dentro de los 5 días que siguen a la relación sexual no protegida, también es considerado como anticoncepción de emergencia y puede prevenir el embarazo. Está especialmente indicado cuando pasaron 72 hs del coito no protegido.

Legislación en Argentina

En nuestro país se encuentra vigente la ley 25673 de 2002 y su decreto reglamentario 1282/2003. Esta normativa creó el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable.

Artículo 1º.- Los servicios de salud sexual y reproductiva de establecimientos médico asistenciales públicos y privados de salud tendrán la obligación de proveer información, implementar programas de difusión y brindar asesoramiento sobre el uso de la anticoncepción de emergencia.



Artículo 3º.- Los establecimientos médicos asistenciales públicos de salud, a través de sus servicios de guardia, deberán suministrar en forma gratuita las píldoras anticonceptivas de emergencia a aquellas pacientes que requieran su uso y no dispongan de los recursos económicos necesarios para su adquisición. El suministro de la píldora anticonceptiva de emergencia sólo se administrará con previo consentimiento por escrito y con la firma de la paciente requirente, haciéndose constar el mismo en la historia clínica de la misma.

Artículo 4º.- Al momento de efectuarse denuncia de violación por parte de mujer en condiciones de madurez reproductiva, la autoridad competente deberá derivar a la víctima al establecimiento de salud pública más cercano, donde se le suministrará información sobre anticoncepción de emergencia y, previo consentimiento por escrito y con la firma de la misma, se le administrará la píldora anticonceptiva de emergencia.

Artículo 5º.- Los profesionales e instituciones privadas de carácter confesional que brinden por sí o por terceros servicios de salud, podrán, con fundamento en sus convicciones, exceptuarse del cumplimiento de lo dispuesto en los Artículos 1º y 3º de la presente ley.

Artículo 6º.- En caso que un médico del sistema de salud manifieste objeción de conciencia fundada en razones éticas con respecto a la práctica médica enunciada en la presente ley, podrá optar por no participar en la misma, ante lo cual el establecimiento del sistema de salud deberá suministrar de inmediato la atención de otro profesional de la salud que esté dispuesto a llevar a cabo el procedimiento de información y provisión previsto en la presente.

Para el Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, "el concepto de salud sexual y reproductiva implica el derecho de tener relaciones sexuales gratificantes sin coerción, sin temor a infecciones o a embarazos no deseados, la posibilidad de poder regular la fecundidad, el derecho a un parto seguro y sin riesgos y el derecho a dar a luz y a criar niños saludables"

Sistemas de Anticonceptivos de Liberación Prolongada

- **IMPLANTES SUBCUTÁNEOS:** son uno de los métodos más seguros y efectivos. Tienen alta aceptabilidad, buenos índices de satisfacción y pueden ser usados en mujeres que tengan contraindicación para el uso de estrógenos. Sus principales limitaciones son la necesidad de una pequeña cirugía para la inserción y el retiro.
- **PARCHES ANTICONCEPTIVOS TRANSDÉRMICOS:** combinados con una sustancia química que intensifica la penetración, pasan a la sangre a través de la piel sin necesidad de inyección. Tienen la ventaja de evitar la inactivación por enzimas digestivas y el efecto del primer paso hepático.



- ANILLOS VAGINALES: Están compuestos por un derivado de goma de siliconada (Silastic® o Evatano®). Pueden liberar progestágenos solos o en combinación con estrógenos. El primer anillo multicompartimentado realizado es de Silastic® (Nuvaring®), el cual libera etonorgestrel y EE en un anillo de Evatano®. Cada anillo tiene un ciclo de uso; una vez insertado en la vagina se lo deja colocado durante 3 semanas y en la cuarta es removido el mismo día de la semana que fue colocado. A diferencia del diafragma no necesita estar colocado alrededor del cuello uterino.
- INYECTABLES MENSUALES
- SISTEMA INTRAUTERINO LIBERADOR DE LEVONORGESTREL (SIU), también llamado endoceptivo, consiste en un simple dispositivo con forma de T y un cilindro acoplado a la rama vertical que actúa como reservorio del levonorgestrel. Regula la liberación del fármaco con una tasa de 20 ug cada 24 horas. La longitud del dispositivo es de 32 mm. La duración recomendada es de 5 años, pero tiene un margen de seguridad de por lo menos 2 años sobre el período recomendado. Es muy eficaz, de acción prolongada, rápidamente reversible, ofrece otros beneficios adicionales no anticonceptivos y brinda posibilidades terapéuticas adicionales. Como causa su acción sobre el endometrio, las usuarias advierten un cambio en el patrón de sangrado, con disminución del sangrado menstrual, sangrado irregular, *spotting* y, en algunos casos, amenorrea.

Anticoncepción Hormonal en la Adolescencia

La inmadurez del eje neuroendocrino, especialmente en los 2 primeros años de edad ginecológica, ha sido invocada para relegar a partir de entonces el uso de los ACO. Al finalizar la adolescencia, la densidad de masa ósea alcanza a un 90%, el 10% restante se completaría durante la tercera década de la vida.

Si bien los ACO combinados actúan inhibiendo la producción del estrógeno ovárico, contienen a su vez estrógeno, el cual debería compensar el déficit, de ahí la importancia de la dosis del compuesto utilizado. El estrógeno utilizado no debería estar por debajo de 30 µg de EE, preferentemente.



Anticoncepción Hormonal en la Lactancia

El inicio de anticonceptivos en las mujeres que amamantan debe producirse antes que reaparezca la ovulación. Antes de la semana 6 posparto se consideran de categoría 4 de la OMS tanto los ACO combinados como con progestágenos solos.

Anticoncepción Hormonal en la Perimenopausia

Un hecho a tener en cuenta es la disminución de la fertilidad que experimentan las mujeres después de los 35 años, lo cual implica un beneficio adicional a la efectividad de cualquier método que se elija. La probabilidad anual de embarazos es del 10% para mujeres de 40 a 44 años, del 2% a 3% para las pacientes de 45 a 49 años y de 0% para mujeres de más de 50 años.

Los ACO no están contraindicados en mujeres mayores de 35 años no fumadoras. La elección del preparado se inclinará por uno de baja dosis de estrógeno.

Los beneficios incluyen:

- **A corto plazo:** adecuado control del ciclo, evitando hipermenorreas; reducción de los síntomas de tensión premenstrual; disminución del riesgo de enfermedad pelviana inflamatoria, quistes funcionales del ovario, enfermedades benignas de la mama, miomas y endometriosis.
- **A largo plazo:** reducción del riesgo del cáncer de ovario, endometrio y colorrectal; efecto favorable sobre la densidad mineral ósea (protección de la fractura de cadera); reducción de la artritis reumatoidea así como su progresión a formas más graves de la enfermedad.

El SIU es una alternativa excelente en esta etapa, con eficacia comparable a la esterilización quirúrgica.

Anticoncepción Hormonal en Pacientes VIH Positivas

El EE y los progestágenos son sustratos de la isoenzima CYP3A4 de la citocromo P450, presente en el sistema microsomal de los hepatocitos, así como en los enterocitos a nivel del intestino delgado. Por lo tanto, deben tenerse en cuenta aquellas drogas que utilizan



el mismo sistema, ya que, en ese caso, puede haber competencia con disminución en la eficacia anticonceptiva.

Los ACO combinados no tienen contraindicaciones para ser usados por mujeres infectadas por el VIH que no reciben tratamiento antirretroviral. En cambio, deben advertirse algunas consideraciones al ser utilizados por mujeres bajo tratamiento.

Por una parte, las frecuentes perturbaciones metabólicas que se presentan en las mujeres tratadas con inhibidores de proteasas (hipercolesterolemia y/o hipertrigliceridemia) son algunas contraindicaciones clásicas para el uso de ACO. Por otro lado, existen interacciones medicamentosas documentadas entre ciertos antirretrovirales y el componente estrogénico de las píldoras, habitualmente EE.

En relación con el uso de preparados que contienen sólo componente progestacional (orales, inyectables, anticoncepción de emergencia, implantes) los datos existentes los presentan como opciones seguras y bien toleradas para mujeres bajo tratamiento antirretroviral. En relación con la anticoncepción de emergencia, que puede ser empleada en caso de uso de métodos anticonceptivos no eficaces, rotura del preservativo, olvido de píldoras, etc., se recomienda emplear aquellas con contenido progestacional solamente.

Anticoncepción y Endometriosis

El método de elección son los anticonceptivos hormonales. Los ACO son el tratamiento más común; Su mecanismo de acción se basa en suprimir la proliferación y en el aumento de la apoptosis del tejido endometrial. A estos efectos, se agrega la acción de los progestágenos que aumentan la apoptosis en el tejido ectópico y reducen la proliferación del tejido endometrial.

Además, los ACO disminuyen la dismenorrea e hipermenorrea en 3 a 6 meses lo que beneficia a las pacientes con endometriosis.

Anticoncepción y Afecciones Neuropsiquiátricas

Los **anticonvulsivantes** son inductores de las enzimas hepáticas y disminuyen la efectividad de la anticoncepción hormonal. Como estos tratamientos tienen indicaciones durante años, se deberían usar métodos no hormonales. Se describe inducción del sistema de la citocromo P450, con aceleración del metabolismo de estrógenos y progesterona, reduciendo las concentraciones hasta en un 50%.



No interaccionan el topiramato, el ácido valproico, la gabapentina y el felbamato; en cambio, sí lo hacen la fenitoína, la carbama<epina y el fenobarbital (en menor grado, la oxcarbacepina). Lamotrigina es el fármaco con el cual hay mayores niveles de evidencia y se observaron mayor cantidad de embarazos, excepto cuando se asocia con valproato.

En relación con los **ansiolíticos**, el alprazolam y el diazepam, administrados junto con los ACO, pueden suponer una mayor toxicidad de la benzodiazepina con potenciación de sus efectos. Por lo tanto, es suficiente con reducir la dosis de la benzodiazepina.

Del mismo modo, existe inhibición metabólica hepática con aumento de la toxicidad en mujeres que utilizan **antidepresivos**. Si se indican ACO deben utilizarse microdosis para prevenir efectos adversos.

Mientras que las **sales de litio** y los **antipsicóticos** no interaccionan con los ACO, los hipnóticos y sedantes sí lo hacen por inducción enzimática, por lo cual se recomienda utilizar otros métodos.

Anticoncepción Hormonal y Cefaleas

La OMS sugiere que, en mujeres con cefalea moderada, los ACO pueden usarse sin restricción (grupo 1). En pacientes con cefalea severa recurrente sin signos neurológicos (aura), son del Grupo 2. En cambio, en mujeres con **cefalea severa recurrente con signos neurológicos (aura) hay riesgo elevado y están contraindicados (categoría 4)**

Anticoncepción Hormonal y Trastornos del Aparato Digestivo

Ante antecedentes de **colestasis**, el uso no está formalmente contraindicado, pero el tratamiento debe ser supervisado. La **hepatitis activa** es una contraindicación absoluta, no así el antecedente de esta afección.

En relación con **la litiasis biliar**, Cualquier elemento que aumente la eliminación del colesterol puede considerarse potencialmente litogénico. De acuerdo a la OMS los ACO son categoría 2 en estas pacientes.

Anticoncepción Hormonal y Tumores Malignos

La OMS no recomienda usar los ACO en estos casos (categoría 4).



Anticoncepción Hormonal y Patología Renal

Todas las mujeres receptoras de trasplantes tienen mayor riesgo de hipertensión arterial. Los ACO combinados estarían contraindicados con mujeres con cifras de presión arterial mayores de 160/110 mm Hg, pero también deben ser utilizados con especial cuidado en aquellas hipertensas moderadas (presión diastólica de 90 mm Hg), dado que es imposible mantener un monitoreo continuo de la paciente y evaluar hábitos de vida con factores de riesgo agregados.

Se recomienda evaluar el uso de estrategias anticonceptivas no hormonales.

Anticoncepción Hormonal y Enfermedades Autoinmunes

El **síndrome antifosfolípido** es una afección asociada con trombofilia con tendencia a la recurrencia. No se recomienda el uso de anticonceptivos hormonales. En cambio, se ha sugerido que los ACO mitigan o posponen el comienzo de la **artritis reumatoidea**, al tiempo que, en la mayoría de las pacientes, estos fármacos se toleran bien. Por otra parte, la anticoncepción hormonal no altera la evolución de la **esclerosis múltiple**.

Guía para el Uso de ACO en Mujeres con Lupus Eritematoso Sistémico (LES)	
Enfermedad inactiva, estable o moderada	No fumadoras
Normotensas	Considerar sólo progestágenos
Si se usan ACO combinados, elegir los de más bajas dosis de estradiol y evitar el desogestrel y gestodeno que pueden aumentar el riesgo de embolismo venoso	

Anticoncepción Hormonal y Várices

No existe restricción para el uso de ACO en estas pacientes y se deben utilizar medidas de cuidado general. Se mantendrá especial cuidado en aquellas mujeres con terreno varicoso importante.

Anticoncepción Hormonal y Afecciones Dermatológicas

El **acné** es uno de los trastornos dermatológicos más frecuentes en la práctica médica. La isotretinoína es una medicación eficaz para las formas graves. La droga es un retinoide (medicación teratogénica de categoría X de la FDA), por lo cual, en la mujer fértil, se debe usar una anticoncepción segura, preferentemente hormonal, iniciada un mes antes de la



isotretinoína. Los ACO se continúan un mes después de finalizado el tratamiento. De preferencia, se indican dos métodos anticonceptivos (uno de ellos debe ser hormonal).

Por otra parte, los **melanomas** no poseen receptores estrogénicos; por lo tanto no hay evidencia de que el uso de ACO sea de riesgo para la evolución y pronóstico. En otro orden, no hay relación entre la administración de ACO y la **psoriasis**.

Anticoncepción Hormonal y Sistema Endocrino

El eje tiroideo normal presenta una clara adaptación ante el aumento de estrógenos. El **hipotiroidismo** y el **hipertiroidismo** no son contraindicaciones para el uso de ACO; el seguimiento se efectúa con determinación de TSH y T4 libre. Del mismo modo, el tratamiento con **yodo radiactivo** no impide el uso de ACO, así como de cualquier otro método.

Se señala que, en mujeres con **prolactinoma** u otros estados de hiperprolactinemia, no hay evidencia clínica de aumento de riesgos, por lo cual pueden indicarse estos preparados.

En las pacientes con **diabetes**, ningún método anticonceptivo está absolutamente contraindicado. Los ACO combinados de bajas dosis en mujeres diabéticas no presentan mayores riesgos metabólicos, trombogénicos o de aumento de peso, que en mujeres no diabéticas. No es recomendable indicar ACO en pacientes con diabetes de más de 35 años, o en aquellas de menor edad con complicaciones vasculares (microangiopatía o macroangiopatía) o con antecedentes de tabaquismo.

Con referencia al **metabolismo lipídico** y su relación con el efecto cardiovascular, los efectos androgénicos son los importantes porque aumentan el colesterol unido a lipoproteína de baja densidad (LDLc) y disminuyen la fracción unido a lipoproteínas de alta densidad (HDLc). El desogestrel, el norgestimato, el gestodeno y el dienogest, como tienen bajo nivel de androgenicidad, pueden usarse en bajas dosis y promueven un efecto leve sobre el metabolismo lipídico. Los anovulatorios orales con baja dosis de progestágenos (minipíldoras) tienen efectos mínimos en los patrones plasmáticos de lipoproteínas.



Síndrome Disfórico Premenstrual

Hay evidencia que la anticoncepción hormonal reduce su incidencia y son considerados agentes terapéuticos. Son muy eficaces en las adolescentes.

Incumplimiento Y Olvidos

VÍAS PARA MEJORAR EL CUMPLIMIENTO

- No olvidar ninguna píldora
- Los intervalos deben ser respetados
- Dedicar más tiempo a la primera consulta (**CONSEJERÍA**). Las pautas de uso deben ser repetidas varias veces, sobre todo en las adolescentes.
- Utilizar ambiente acogedor

HERRAMIENTAS MÉDICAS ANTE EL OLVIDO

- Si pasaron menos de 12 h, tomar el comprimido correspondiente
- Si pasaron más de 12 h, tomar el olvidado apenas se acuerde y el que corresponde a ese día; usar preservativo de respaldo durante 7 días.
- Si el olvido ya corresponde a 2 comprimidos consecutivos, no suspender el envase y usar preservativo de respaldo todo el mes.
- Si ocurrió cualquier olvido y hubo relaciones sexuales sin protección: usar PAE sin cuestionar si corresponde correctamente o no.
- **REGLA DE ORO DEL 7**: si la usuaria cumplió con la toma de ACO durante 7 días consecutivos, no habría riesgo
- **CONSEJERÍA**

CONTRAINDICACIONES (Es muy importante consultar en estos casos y ante dudas los criterios de elegibilidad de la OMS)
Hipertensión grave
Insuficiencia hepática
Cáncer ginecológico hormono-dependiente (mama)
Antecedente de trombosis profunda
Drogas que interfieran en su metabolismo por competencia
LES en actividad
Lactancia hasta los 6 meses (ACO combinados)
Posparto hasta la semana 6 (todos)
Cefalea con aura
Ginecorragia sin diagnóstico
Mujer mayor de 35 años fumadora de más de 15 cigarrillos/día; si fuma menos y por un período reducido, se puede considerar los preparados de 15 µg.



Causas Habituales de Abandono

- **Por excelencia: *spotting***
- Amenorrea
- Mitos (aumento de peso, infertilidad posterior, posibilidad de embarazos)
- Múltiples trastornos dermatológicos [celulitis]).
- Sequedad vaginal
- Disminución de la libido: considerar aumentar la dosis de EE.

Conclusiones

Lo que comanda la decisión de indicar ACO es la presencia de aumento del riesgo cardiovascular. Para prescribir anticoncepción hormonal, sólo es necesario el interrogatorio exhaustivo y la toma de presión arterial.

Bibliografía

1. Anticoncepción del Siglo XXI. Asociación médica Argentina de Anticoncepción
2. Croxatto HB, Ortiz ME, Müller AL. Mechanisms of action of emergency contraception. *Steroides* 2003 Nov; 68 (10-13)1095-8.
3. Cantabrana B. Hidalgo A. Esteroides Sexuales, anabolizantes y Anticonceptivos. En: Velásquez. *Farmacología Básica y Clínica*. Editorial Médica Panamericana 2004:637,666
4. A.M.A.D.A.; S.A.E.G.R.E.; S.A.G.I.J.; Consensos. *Revista de la Asociación Argentina de Anticoncepción*. 2005; 1 (1) 5-9.
5. Echeverry G. El futuro de la píldora Anticonceptiva, 40 años de impacto social (1º edición) Schering Alemana. 2000:83-89.
6. Barbato W., Charalambopoulos J. *Tratado de Anticoncepción* (1º edición) Cap 7. Rosario: Corpus 2005:101.
7. Dazza D, Seoane López J. Anticoncepción Hormonal. En S.A.E.G.R.E. (eds)
8. Strathi JA, Molgaard CD, Coulan CB, Multon LJ. Endometriosis and infertility: a laparoscopic study of endometriosis among fertile and infertile woman. *Fertil Steril*:1982;38:667-675
9. Anderson FD, Gibbons W, Portman D. Safety and efficacy of an extended-regimen oral contraceptive utilizing continuous low-dose ethinyl estradiol. *Contraception*. 2006;73(3):229-34.
10. Kaunitz AM. Oral contraceptive use in perimenopause. *Am J Obstet Gynecol*. 2001;185(2 Suppl):S32-7.



11. Nelson AL. Extended-cycle oral contraception: a new option for routine use. *Treat Endocrinol.* 2005;4(3):139-45.
12. Criterios de Elegibilidad de la OMS. Versión 2012. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789243563886_spa.pdf
13. Métodos anticonceptivos: Guía práctica para profesionales de la salud. Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/plan-reduccion-mortalidad/boletin/b02/pdf/Guia-Pract-MAC-completa.pdf>
14. www.cursoginecologia.com.ar