



### Introducción

Se presentan aquellas situaciones en que la anticoncepción hormonal no constituye una decisión sencilla y queda a criterio del médico; en general, corresponden al criterio 3 de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

### Anticoncepción Hormonal en la Adolescencia

La inmadurez del eje neuroendocrino, especialmente en los dos primeros años de edad ginecológica, ha sido invocada para relegar a partir de entonces el uso de los anticonceptivos orales (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 de estrógenos ováricos, estos medicamentos contienen a su vez estrógenos, los cuales deberían compensar el déficit: de ahí la importancia de la dosis del compuesto utilizado. Preferentemente, el estrógeno empleado no debería estar por debajo de 30 µg de étinilestradiol (EE). El acetato de medroxiprogesterona tiene un efecto negativo en la formación de la masa ósea.

Los ACO que sólo contienen progestágenos deberían estar reservados para aquellos casos en los que estuviera contraindicado el uso de estrógenos. Para la anticoncepción de emergencia (PAE) se considera categoría 1 de los Criterios de Elegibilidad de la OMS.

Se recomienda utilizar siempre doble método (de barrera y hormonal). Se consideran:

- métodos preferenciales: preservativo y ACO.
- métodos aceptables: gestágeno sólo.
- métodos menos adecuados: dispositivo intrauterino (DIU), abstinencia periódica, coito interrumpido.

### Anticoncepción Hormonal en la Lactancia

El inicio de los ACO en las mujeres que amamantan debe producirse antes que reaparezca la ovulación. Según la OMS, esta instancia es a partir de la sexta semana posparto (antes de esa fase, se considera categoría 4).

La regeneración del endometrio suele observarse a partir de los 25 días posparto; además, puede existir una primera ovulación a los 25 días con un 2% a 10% de posibilidad de embarazo en la primera menstruación.

Las condiciones en las que es aceptado no usar método adicional (ya que actúa mediante la anovulación) son en caso de lactancia exclusiva, sin alimentación complementaria y, en

Copia N°:	Representante de la Dirección:	Fecha:
	<i>Revisó</i>	<i>Aprobó</i>
<i>Nombre</i>	Dr. Leonardo Gilardi	Dra. Patricia Giráldez
<i>Firma</i>		
<i>Fecha</i>	26/03	10/04



caso de mantenerse la amenorrea, por una duración menor a los 6 meses. La falla del método en estos casos se considera a menos del 2%.

Los ACO deben usarse en la mujer no lactante a partir de la semana 6 posparto. Los motivos para no indicarlos durante la lactancia incluyen el pasaje a la leche, el aumento del riesgo de tromboembolismo, el efecto antigalactogogos y la inducción de cambios en la composición de la leche. No obstante, los gestágenos solos tienen escaso paso a la leche y mínimos efectos secundarios, producen pocas modificaciones químicas y no afectan el curso ponderal.

Los métodos orales de elección son:

- a) la minipíldora de levonorgestrel, pero que depende de lactancia exclusiva de cerca de 10 mamadas al día y sin aparición del ciclo menstrual. De lo contrario, no es considerado seguro;
- b) el desogestrel, que es anovulatorio, se puede utilizar en cualquier condición.

El levonorgestrel actúa por espesamiento del moco cervical, por lo que se puede utilizar de manera exclusiva si la paciente da 6 mamadas diarias. En cambio, el desogestrel es anovulatorio y se puede indicar de manera exclusiva independientemente del número de mamadas diarias. A partir del sexto mes se puede utilizar ACO sin restricción, porque ya no se modifica ni la cantidad ni la calidad de la leche.

Otras opciones son los implantes con levonorgestrel y la medroxiprogesterona intramuscular, que tiene como inconveniente la reducción de la masa ósea, la cual es reversible.

Hasta los 6 meses de lactancia, entonces, se deben utilizar anticonceptivos con progesterona exclusivamente; luego se pueden utilizar los combinados. El DIU debe insertarse luego de la semana 6 posparto; también puede realizarse en el postalumbramiento o en el posparto inmediato, hasta 48 h. Los ACO combinados, los parches o los anillos vaginales se pueden utilizar a partir de los 6 meses posparto. Según la OMS, todos los métodos pueden usarse a partir de la semana 6 posparto (antes se definen como categoría 4).

### **Anticoncepción después de un Aborto**

A partir de los 14 días de la expulsión se recupera la fertilidad, por lo cual puede iniciarse anticoncepción inmediata. En el post-aborto no complicado del primer trimestre, el método inmediato es el hormonal o el preservativo. El DIU puede colocarse desde el día siguiente. Los implantes deben colocarse inmediatamente luego de la evacuación uterina, tanto en abortos del primero como del segundo trimestre.



Cuando el aborto fue complicado por infección o traumatismo, debe existir abstinencia hasta la curación, pero, si no es posible, el método debe ser hormonal o preservativo. El DIU debe ser colocado recién a partir de la curación.

Por otra parte, los ACO son apropiados para uso inmediato después de un aborto (espontáneo o inducido) en el primer o segundo trimestre; deben iniciarse dentro de los primeros 7 días posteriores al aborto o en cualquier momento en que se pueda estar razonablemente seguro de que la mujer no está embarazada. La razón fundamental de esta premisa consiste en que la ovulación se reinicia casi de inmediato después de un aborto espontáneo o inducido (dentro de las 2 semanas para un aborto del primer trimestre y dentro de las 4 semanas para un aborto del segundo trimestre). Dentro de las 6 semanas que suceden a un aborto, el 75% de las mujeres ya han ovulado.

Los ACO pueden iniciarse en forma segura dentro de la primera semana posterior al aborto espontáneo o inducido. Es probable que la hipercoagulabilidad del embarazo no se vuelva significativa desde el punto de vista clínico hasta el tercer trimestre. En el caso de un aborto incompleto, puede resultar en una condición de coagulación excesiva (coagulación intravascular diseminada), en la que deben evitarse los estrógenos.

### **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 aquellas 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 bajas dosis de estrógenos. Se dispone de ACO que resultan más apropiados para esta etapa, como los cuatrefásicos con estradiol, una droga natural del ovario y utilizada en la terapia de reemplazo hormonal.

Los beneficios a corto plazo incluyen el adecuado control del ciclo, evitando hipermenorreas; la reducción de los síntomas de tensión premenstrual; disminución del riesgo de enfermedad pelviana inflamatoria (EPI), quistes funcionales del ovario, enfermedades benignas de la mama, miomas y endometriosis. Entre las ventajas a largo plazo, se mencionan la reducción del riesgo de cáncer (ovario, endometrio, colorrectal), menor probabilidad de fractura de cadera (por sus efectos sobre la densidad mineral ósea) y reducción de la artritis reumatoidea, así como su progresión a formas graves.



La anticoncepción inyectable (MAP) disminuye la densidad mineral ósea, por lo tanto no es recomendada para la perimenopausia. El inyectable combinado mensual en mujeres sanas no fumadoras no está contraindicado.

El sistema intrauterino liberador de hormonas (SIU) es una alternativa excelente en esta etapa, con eficacia comparable a la esterilización quirúrgica.

Las áreas de controversia incluyen:

1. El riesgo de tromboembolismo, infarto de miocardio y accidente cerebrovascular (ACV) es bajo, pero aumenta con la anticoncepción hormonal
2. Las mujeres fumadoras (menos de 15 cigarrillos/día) son de categoría 3, pero el consumo de más de 15 cigarrillos diarios se define como categoría 4
3. La hipertensión aumenta el riesgo de ACV e infarto de miocardio en usuarias de anticoncepción hormonal.
4. Con respecto al potencial negativo en el metabolismo de los lípidos, la indicación de inyectable con progestágenos en las mujeres con múltiples factores de riesgo arterial cardiovascular corresponde a categoría 3.

La presión arterial debe ser medida antes y al menos 6 meses después de iniciado el uso de anticoncepción hormonal en mujeres mayores de 40 años, con monitoreo por lo menos una vez por año.

### **Anticoncepción Hormonal en Pacientes VIH+**

Los **ACO combinados**: se metabolizan en el hígado y su uso está contraindicado en mujeres con insuficiencia hepática, la cual puede estar originada por abuso de alcohol, hepatitis viral aguda o crónica y eventos adversos de la combinación de antirretrovirales. Estos factores son particularmente relevantes cuando se efectúa la elección de un método anticonceptivo para mujeres VIH positivas, sobre todo aquellas que puedan ser o haber sido usuarias de drogas intravenosas, las que podrían ser portadoras de infección crónica activa por el virus de la hepatitis C. Las usuarias de drogas tienen frecuentemente un estilo de vida muy desordenado que impide la utilización eficaz de estos métodos usuaria-dependientes.

Las píldoras con **progestágenos solos**: pueden ser usados por mujeres VIH positivas con contraindicaciones para el uso de estrógenos.

En relación con la anticoncepción hormonal y la **transmisión sexual del VIH**:

- El epitelio vaginal como barrera: los estudios y revisiones han tratado de responder la pregunta de si la anticoncepción hormonal incrementa el riesgo de adquisición del VIH en la mujer. Hay evidencias de que el riesgo de transmisión sexual está relacionado al

estatus individual de infección por VIH. La adquisición y transmisión del virus está aumentada en caso de inflamación o ulceración del tracto genital. La presencia de ectopia cervical en asociación con el uso de ACO combinados se ha sugerido también como factor de riesgo para la adquisición y transmisión sexual del VIH. El tracto genital debe ser considerado como un compartimiento distinto, con diferencias en la replicación viral, y la carga viral plasmática podría no pronosticar la excreción viral genital, especialmente en pacientes con inflamación o ulceración.

- Menstruación y sangrado vaginal irregular: el uso de ACO combinados (en especial los de uso continuo) puede eliminar el flujo menstrual mensual, lo que es beneficioso en la mujer VIH positiva. No obstante, este objetivo puede ser también logrado satisfactoriamente luego de un tiempo con acetato de medroxiprogesterona de liberación prolongada (AMP-D).

En cuanto a las **interacciones medicamentosas**, el EE y los progestágenos son sustratos de la isoenzima CYP3A4 de la citocromo P450, presente en el sistema microsomal de hepatocitos y enterocitos. Las drogas antirretrovirales que inducen este sistema enzimático (ritonavir, nevirapina) incrementan el metabolismo hepático de la anticoncepción hormonal. Los inhibidores producen disminución de la depuración e incremento de las concentraciones plasmáticas de las drogas. Cuando ambos fármacos son sustratos, su interacción es más incierta y puede resultar en aumento o disminución de los niveles circulantes.

En resumen:

- Los ACO combinados no tienen contraindicaciones en las mujeres infectadas por VIH sin tratamiento antirretroviral; deben tenerse en cuenta 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, hipertrigliceridemia) son algunas contraindicaciones clásicas para el uso de anticonceptivos orales.
- 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, PAE, implantes), los datos existentes los presentan como opciones seguras y bien toleradas para mujeres bajo tratamiento antirretroviral.
- En relación con el uso de DIU o SIU, son categoría 1 de la OMS en pacientes portadoras, sin patología cervical y con acceso a los servicios médicos para el seguimiento; son categoría 2 ó 3 (según el caso) en pacientes con enfermedad manifiesta.



### **Anticoncepción Hormonal y Endometriosis**

Tienen indicación terapéutica y anticonceptiva. El método de elección son los anticonceptivos hormonales, siendo los ACO el tratamiento más común. Su mecanismo de acción se basa en suprimir la proliferación y en el aumento de la apoptosis del tejido endometrial. Disminuyen la dismenorrea e hipermenorrea en 3 a 6 meses, lo que beneficia a las pacientes con endometriosis.

El uso del desogestrel es altamente eficaz en el tratamiento de la endometriosis. Por otra parte, el dienogest es un progestágeno de acción cuatro veces más potente, capaz de inducir la atrofia del tejido endometrial ectópico sin efectos adversos relevantes, lo que resulta de suma utilidad en esta enfermedad. Tiene alta selectividad por los receptores de progesterona y acentuada actividad antiandrogénica, siendo además muy bien tolerado por vía oral.

Otro método recomendado son los implantes subdérmicos y los parches. Asimismo, el SIU ha mostrado de ser de utilidad en estas pacientes, así como el anillo vaginal con desogestrel.

### **Anticoncepción Hormonal y Enfermedades Neuropsiquiátricas**

En el caso de las pacientes con **epilepsia**, los anticonvulsivantes son inductores de las enzimas hepáticas y disminuyen la efectividad de la anticoncepción hormonal. Como estos tratamientos tienen indicación durante años, se deberían usar métodos no hormonales. Los antiepilépticos inducen el sistema de la citocromo P-450 y aceleran el metabolismo de estrógenos y progesterona, reduciendo las concentraciones hasta en un 50%. No interactúan el topiramato, el ácido valproico, la gabapentina y el felbamato; en cambio, sí lo hacen la fenitoína, la carbamacepina y el fenobarbital (en menor grado, la oxcarbacepina). La lamotrigina es el fármaco con el cual hay mayores niveles de evidencia y se observaron mayor cantidad de embarazos, excepto cuando se asocia a valproato.

Los **ansiolíticos** (alprazolam, diazepam) administrados junto con ACO pueden suponer una mayor toxicidad de la benzodiazepina con potenciación de sus efectos. Por lo tanto, es suficiente con reducir la dosis del psicofármaco.

En relación con los **antidepresivos**, hay inhibición metabólica hepática con aumento de la toxicidad del psicofármaco. Si se indican ACO deben utilizarse microdosis para prevenir efectos adversos. Mientras que los **antipsicóticos** y las sales de **litio** no interactúan con los ACO, los hipnóticos y sedantes presentan interacciones por inducción enzimática, por lo cual se recomienda utilizar otros métodos.



### **Anticoncepción Hormonal y Cefalea**

Las dos formas de mayor importancia por su frecuencia son la cefalea tensional (60%) y la migraña, las cuales pueden ser con aura o sin ella (alteración sensorial que ocurre antes de la cefalea, con un patrón siempre repetido, en forma de síntomas neurológicos focales y reversibles).

En las cefaleas premenstruales graves se puede recomendar extender la toma de ACO activos (con 4 días de descanso) o usar regímenes continuos. La OMS propone que, en mujeres con cefalea moderada, los ACO pueden usarse sin restricción (grupo 1); en la cefalea grave recurrente sin signos neurológicos (aura) son del grupo 2; en la cefalea grave recurrente con aura hay riesgo elevado y están contraindicados (categoría 4) por riesgo de ACV migrañoso. No hay evidencias que los progestágenos solos aumenten ese riesgo. A su vez, los progestágenos de tercera generación se asocian con menor cantidad de cefaleas que los de segunda.

De este modo, la OMS permite los ACO con progesterona únicamente, habiendo diferencia de criterios entre algunas sociedades científicas. También hay que considerar aquellas pacientes en quienes la cefalea se presenta durante la toma de los ACO e inclusive mejoran al suspenderlos. Se debería rever en estos casos si es el método indicado.

### **Anticoncepción Hormonal y Otros Trastornos**

Ante antecedentes de **colestasis**, el uso no está formalmente contraindicado (categoría 2 posterior al control con hepatograma) y debe ser supervisado. En cambio, la **hepatitis activa** es una contraindicación absoluta, pero con el antecedente pasado pueden usarse.

Por otra parte, en presencia de **litiasis biliar**, todo elemento que aumente la eliminación de colesterol puede considerarse potencialmente litogénico. De acuerdo a la OMS, los ACO son categoría 2.

En relación con los **tumores malignos**, la OMS no recomienda usar ACO en estos casos (categoría 4).

Se advierte que, para las mujeres con **afección renal**, todas las receptoras de trasplantes tienen mayor riesgo de **hipertensión**. Por lo tanto los ACO combinados estarían contraindicados con hipertensión grave (mayor a 160/110 mm Hg). 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,

evaluando hábitos de vida con factores de riesgo agregados. Se proponen métodos no hormonales.

En mujeres con **lupus eritematoso sistémico** (LES), el efecto deletéreo de los ACO combinados sobre la evolución de la enfermedad o del riesgo de tromboembolismo es siempre controvertido. Se puede decir que los de baja dosis son bien tolerados. Como guía para el uso, podrían administrarse ACO en el contexto del LES ante:

- pacientes con enfermedad inactiva, estable o moderada.
- mujeres no fumadoras
- pacientes normotensas
- se indica usar de ACO con las menores dosis de estradiol; se evitarán el desogestrel y el gestodeno, que pueden aumentar el riesgo de embolismo venoso. Considerar píldoras con solo progestágenos.

Por otra parte, el **síndrome antifosfolípido** se considera una condición trombofílica con tendencia a la recurrencia. La OMS le da mucha importancia a la presencia de anticuerpos antifosfolipídicos positivos, siendo en ese caso los ACO categoría 4 (para los que tienen sólo progesterona, la categoría es 3).

En cambio, en mujeres con **artritis reumatoidea**, los ACO mitigan o posponen el comienzo de la enfermedad. En la mayoría de los casos se toleran bien. Por otra parte, en pacientes con **esclerosis múltiple**, los ACO no alteran la evolución de la enfermedad.

No existe restricción para el uso de ACO en **pacientes con várices**. Se deben utilizar medidas de cuidado general y mantener especial cuidado en mujeres con terreno varicoso importante.

En cuanto a las **enfermedades dermatológicas**, se señala que, en presencia de **acné**, la isotretinoína es una medicación eficaz para las formas graves. Esta droga es un retinoide (medicación teratogénica, categoría X de la FDA), por lo cual en la mujer fértil se debe usar anticoncepción segura, preferentemente hormonal, iniciada un mes antes de la indicación de la droga dermatológica y seguida un mes después de finalizada. Se prefiere el uso de 2 métodos anticonceptivos, uno de ellos hormonal. Por otra parte, **los melanomas** no poseen receptores estrogénicos, por lo tanto no hay evidencia de que el uso de ACO y terapia hormonal de reemplazo sea de riesgo para la evolución y pronóstico de esta neoplasia. Del mismo modo, no hay relación entre ingesta de ACO y **psoriasis**.

En mujeres con eje tiroideo normal, se presenta clara adaptación ante el aumento de estrógenos. No hay contraindicación ni es necesaria la adaptación de la dosis en mujeres con **hipotiroidismo**. Asimismo, tampoco la hay para el uso de ACO en **pacientes**



**hipertiroides.** El seguimiento se efectúa con tirotrófina (TSH) y T4 libre. En mujeres tratadas con yodo radiactivo, se puede usar ACO o cualquier otro método.

No hay evidencia clínica estadística de riesgo relativo en mujeres con alteraciones de la **prolactinemia**, por lo cual se pueden indicar estos preparados.

### **Anticoncepción Hormonal y 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.

No es recomendable indicar ACO en diabéticas de más de 35 años o en menores de 35 años con complicaciones vasculares (microangiopatía o macroangiopatía), así como en fumadoras o con más de 20 años de evolución de la enfermedad. Suele ser aconsejable la monoterapia con progestágenos.

La OMS propone que, en pacientes con antecedentes de diabetes gestacional, los ACO combinados son de categoría 1. Si la paciente es diabética sin daño vascular, son de criterio 2. Si la enferma tiene lesión vascular (neuropatía, nefropatía, retinopatía) son de categoría 3 a 4, al igual que en aquellas con más de 20 años de evolución.

### **Anticoncepción Hormonal e Hipertensión Arterial**

Las hipertensas que usan ACO elevan su presión arterial más que quienes no los usan. Quienes no registraron su presión arterial en forma previa al uso de ACO tienen mayor riesgo de infarto o ACV, simplemente porque no fueron pesquiasadas. Para la OMS, cuando la paciente no fue evaluada es criterio 3. En cambio, una mujer hipertensa con niveles de presión sistólica mayores de 160 mm Hg y de diastólica mayor de 100 mm Hg (o con daño vascular) es de criterio 4. En caso de presión sistólica de entre 140 a 159 mm Hg y diastólica de entre 90 y 99 mm Hg, son de categoría 3.

### **Anticoncepción Hormonal y Lípidos**

Con referencia al metabolismo lipídico y su repercusión cardiovascular, los efectos androgénicos son importantes porque aumentan el colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad (LDLc) y disminuyen la fracción unida 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 las lipoproteínas plasmáticas.



### **Anticoncepción Hormonal y Síndrome Disfórico Premenstrual**

Esta alteración psiconeuroendocrina compleja, padecida por el 3% a 8% de las mujeres, se caracteriza por sintomatología somática y afectiva. Los síntomas deben ocurrir durante la semana anterior a la menstruación y remitir unos días después de su comienzo. Hay evidencia que la anticoncepción hormonal reduce su incidencia y se consideran agentes terapéuticos. Son muy eficaces en las adolescentes.

### **Anticoncepción en Mujeres Inmigrantes**

Se aplican todos los mismos conceptos mencionados anteriormente, pero, dado el origen de la mayoría de las mujeres inmigrantes a nuestro país, suelen utilizarse con mayor frecuencia el DIU y los implantes, simplemente porque son los más empleados en naciones de origen.

### **Anticoncepción en la Violencia de Género**

En estos casos que llegan cada vez más a conocimiento de los profesionales, deben considerarse algunos parámetros que aseguren que el método sea sostenido en el tiempo. Por lo tanto, se eligen métodos seguros y eficaces, de larga duración y discretos, porque, en general, hay desacuerdo con la pareja. Se recomienda inculcar a la paciente la prevención para no contraer infecciones de transmisión sexual (ITS). Se indican además controles más frecuentes para asegurar el uso del método y pesquisar ITS.

Sobre la base de estos parámetros se reconoce que, en caso de uso de ACO, suele no haber discreción. Los implantes son más recomendables aunque producen alteraciones del ciclo. En el caso del DIU, se requiere atención por el riesgo de ITS.

Se recomienda incorporar a la consulta preguntas sobre violencia.

### **Incumplimiento, Olvidos y Contraindicaciones**

<b>Vías para mejorar el cumplimiento</b>
No olvidar ninguna píldora
Los intervalos deben ser respetados
Dedicar más tiempo a la primera consulta (consejería); además las pautas de uso deben ser repetidas varias veces, sobre todo en las adolescentes.
Utilizar ambiente acogedor y métodos de comunicación.



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 hormonodependiente (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
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: <i>spotting</i> .
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; 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. SAEGRE.
8. Strathy JH, Molgaard CA, Coulam CB, Melton LJ. Endometriosis and infertility: a laparoscopic study of endometriosis among fertile and infertile women. *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 Aug;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. Disponibles en [http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789243563886\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789243563886_spa.pdf) (consultado en marzo de 2014)



13- Guía práctica para profesionales de la salud. Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Disponible en [http://www.msal.gov.ar/saludsexual/met\\_anticonceptivos.php](http://www.msal.gov.ar/saludsexual/met_anticonceptivos.php) (consultado en marzo de 2014)

14 -[www.cursoginecologia.com.ar](http://www.cursoginecologia.com.ar)