



HORMONA BIDEZKO KONTRAZEPZIOA EGUNERATZEA

AURKIBIDEA

- ▶ HITZAURREA
- ▶ KONTRAZEPZIOARI BURUZKO INFORMAZIOA
- ▶ HORMONA BIDEZKO ANTISORGAILU KONBINATUAK (HAKak)
 - Ahotiko HAKak
 - HAK transdermikoak
 - Baginako HAKak
- ▶ PROGESTAGENOA SOILIK DUTEN HORMONA BIDEZKO ANTISORGAILUAK (PHak)
 - Ahotiko PHak
 - PHA subdermikoak (implantea)
 - Umetoki barneko PHak
 - Muskulu barneko PHak
- ▶ ONDORIO KALTEGARRIAK
 - Hormona bidezko antisorgailu konbinatuak (HAKak)
 - Progestagena soilik duten hormona bidezko antisorgailuak (PHak)
- ▶ EMERGENTZIAZKO KONTRAZEPZIOA
- ▶ ANTISORGAILUAK HAUTATZEA
- ▶ INTERAKZIOAK
- ▶ ZER EGIN DOSIA AHAZTUZ GERO?
- ▶ ONURA EZ ANTIKONTZEPTIBOAK
- ▶ FUNTSEZKO IDEIAK



Familia-plangintza funtsezko alderdia da emakumeen, haien familien eta komunitateen ongizatea eta autonomia sustatzeko. Kontuan hartu beharreko alderdiak dira informatutako erabakiak errespetatzea, pribatutasuna eta konfidentzialtasuna, antisorgailuren bat eskatzen duten pertsonen arretaren kalitatean eragiten baitute.

kontrazepzio esaten zaio gizabanakoek edo bikoteek une jakin batean ugalkortasuna kontrolatzeko erabiltzen dituzten tekniken multzoari Metodo antikonzeptiboan artean, gizonen edo emakumeen esterilizazioa soilik jotzen da iraunkortzat (ernaltzeko aukerarik gabe). Gainerako metodoak itzulgarriak dira, eta hainbat eratakoak izan daitezke: naturalak, barrerakoak, umetoki barneko gailua (UBGa) —kobrezkoa— eta hormona bidezko kontrazepzioa^{1,2}.

Kontrazepzioari buruzko azken inkesta nazionalaren arabera (2020. urtekoa da), adin ugalkorrean dauden emakume espainiarren % 70,7k antisorgailuren bat erabiltzen du. Preserbatiboa da gehien erabiltzen den metodoa (% 31,3), eta, ondoren, ahoko kontrazepzio hormomala (% 18,5)³.

Gaur egun, antisorgailu hormonal (HA) ugari daude, eta bakoitzak konposizio, dosifikazio eta administrazio-bide zehatz batzuk ditu (ikusi 1. taula).

Buletin honen helburua da eraginkortasunari eta ondorio kaltegarrii buruzko egungo ebidentzia berrikustea, eta profesionali informazioa ematea antisorgailu hormonal egokiena hautatzen jakin dezaten.

1. taula. Hormona bidezko antisorgailuen agerpen komertzialak

ESTROGENO ETA PROGESTAGENOZKO HORMONA BIDEZKO ANTISORGAILU KONBINATUAK (HAKak)

Estrogenoa	Progestagena	Sendagaia	Agerpena	Finantzaketa
AHOTIKOAK				
Monofasikoak				
Etinilestradiola 35 µg	Norgestimatoa 250 µg	Edelsine®, Liberelle®	21 konp.	BAI
Etinilestradiola 30 µg	Lebonorgestrela 150 µg	Ovoplex 30/150®, Rigevidon®	21 konp.	BAI
		Microgynon®	21 konp.	EZ
		Seasonique®	91 konp.	EZ
	Klormadinona 2 mg	EFG, Balianca®, Belara®, Elynor®	21 konp.	EZ
		Balianca diario®, Belara diario®	28 konp. (21+7P)	EZ
	Desogestrela 150 µg	EFG	21 konp.	BAI
		Microdiol®	21 konp.	EZ
	Gestodenoa 75 µg	Gynovin®, Minulet®, Tevalet®	21 konp.	EZ
	Drospirenona 3 mg	EFG, Antin®, Dretine®, Drosiane®, Drosure®, Yasmin®, Yira®	21 konp.	EZ
		EFG egunerokoa, Antin diario®, Dretine diario®, Drosbela diario®, Drosiane diario®, Drosure diario®, Yasmin diario®	28 konp. (21+7P)	
	Dienogesta 2 mg	EFG, Ceciliana®, Sibilla®, Verezana®	21 konp.	BAI
		Ailyn®, Danielle®, Donabel®	21 konp.	EZ
Ceciliana diario®, Oedien®, Serisima diario®, Sibilla diario®		28 konp. (21+7P)	BAI	
Ailyn diario®		28 konp. (21+7P)	EZ	

Estrogenoa	Progestagena	Sendagaia	Agerpena	Finantzaketa
Etinilestradiola 20 µg	Lebonorgestrela 100 µg	EFG, Anaomi®, Keriette®, Levobel®, Linelle®, Loette®	21 konp.	BAI
		EFG egunerokoa, Anaomi diario®, Keriette diario®, Levesialle diario®, Levobel diario®, Linelle diario®, Loette diario®, Tricen diario®	28 konp. (21+7P)	BAI
	Desogestrela 150 µg	EFG	21 konp.	BAI
		Bemasive®, Suavuret®	21 konp.	EZ
	Gestodenoa 75 µg	EFG	21 konp.	BAI
		Gestynil®, Harmonet®, Meliane®, Melteva®	21 konp.	EZ
		Meliane diario®	28 konp. (21+7P)	EZ
	Drospirenona 3 mg	Antinelle®, Yasminelle®	21 konp.	EZ
		EFG, Dretinelle®, Drosurelle®, Liofora®	21 konp.	EZ
		Drosianelle®	21 konp.	EZ
		Daylette®, Drelle®, Drospil®, Yaz®	28 konp. (24+4P)	EZ
		Antinelle diario®, Yasminelle diario®	28 konp. (21+7P)	EZ
		EFG, Dretinele diario®, Drosbelalle diario®, Drosianelle diario®, Rosurelle diario®, Liofora diario®	28 konp. (21+7P)	EZ
		Drosbelalleflex®	5x24 konp.	EZ
Etinilestradiola 15 µg	Gestodenoa 60 µg	Melodene-15®, Minesse®	28 konp. (24+4P)	EZ
Estradiol hemihidratoa 1,5 mg	Nomegestrola 2,5 mg	Zoely®	28 konp. (24+4P)	EZ
Efektu antiandrogenikoa duten monofasikoak				
Etinilestradiola 35 µg	Ziproterona 2 mg	EFG, Diane®	21 konp.	BAI
		Diane diario®, Gyneplen®	28 konp. (21+7P)	BAI
Bifasikoak (1-7. eta 8-22. egunak)				
Etinilestradiola (40-30 µg)	Desogestrela (25-125 µg)	Gracial®	22 konp.	EZ
Trifasikoak (1-6., 7-11. eta 12-21. egunak)				
Etinilestradiola (30-40-30 µg)	Lebonorgestrela (50-75-125 µg)	Triagynon®, Triciclor®	21 konp.	EZ
	Gestodenoa (50-70-100 µg)	Tri-Minulet®, Trigynovin®	21 konp.	EZ
Multifasikoa				
Estradiol baleratoa (3-2-1 mg)	Dienogesta 2-3 mg	Qlaira®	28 konp.	EZ
AHOTIKOAK EZ DIRENAK				
Etinilestradiola 600 µg	Norelgestromina 6 mg	Evra®	3 txaplata 9 txaplata	EZ

Estrogenoa	Progestagena	Sendagaia	Agerpena	Finantzaketa
Etinilestradiola 2,7 mg	Etonogestrela 11,7 mg	Dolna [®] , Ornibel [®] , Ringo [®] , Setlona [®]	Baginako eraztunak: 1 eta 3	BAI
		Circlet [®]	Baginako eraztunak: 3	BAI
		Nuvaring [®]	Baginako eraztuna: 1	EZ

EFG: Farmazia-baliokide generikoa; P: plazebozko konprimatuak.

PROGESTAGENOA SOILIK DUTEN HORMONA BIDEZKO ANTISORGAILUAK (PHAK)

Progestagena	Sendagaia	Iraupena	Agerpena	Finantzaketa
AHOTIKOAK				
Desogestrela 75 µg	EFG, Aristiane [®] , Azalia [®] , Cerazet [®] , Desopop [®] , Kerizet [®] , Nacrez [®]	1 hilabete	28 konp.	BAI
Drospirenona 4 mg	Slinda [®]	1 hilabete	28 konp.	EZ
AHOTIKOAK EZ DIRENAK				
Medroxiprogesterona azetatoa 150 mg	Depo-Progevera [®]	3 hilabete	1 MB bial	BAI
Etonogestrela 68 mg	Implanon NXT [®]	3 urte	Inplantea	BAI (oniritziarekin)
Lebonorgestrela 52 mg (20 µg/24 h.)	Mirena [®] , Levosert [®]	5 urte	Umetoki barneko gailua (UBG)	EZ
Lebonorgestrela 13,5 mg	Jaydess [®]	3 urte		EZ
Lebonorgestrela 19,5 mg	Kyleena [®]	5 urte		EZ

EMERGENTZIAZKO ANTIKONTZEPTIBOAK (AHOTIKOAK)

Konposizioa	Sendagaia	Agerpena	Finantzaketa
Lebonorgestrela 1,5 mg	EFG, Cumbran [®] , Moonbell [®] , Navela [®] , Norlevo [®] , Postinor [®]	1 konp.	EZ
Ulipristala 30 mg	EFG, Ellaone [®]	1 konp.	EZ

Iturria: Farmazialarien Elkargo Ofizialen Kontseilu Orokorra. [BOT Plus. Catálogo de medicamentos 2022](#). Madril, 2022. [Kontsulta-eguna: 2022/05/23].

Medikuaren errezeta behar da, farmazietan hormona bidezko antisorgailuak dispentsatzeko (larrialdiko antikontzeptiboak izan ezik).

KONTRAZEPZIOARI BURUZKO INFORMAZIOA

Metodo antikontzeptibo hormonal bat hasi aurretik, farmako eta bide guztiak azaldu behar zaizkie erabiltzaileei, modu objektibo, zehatz eta eguneratuan. Gainera, erabiltzaileak bere lehentasunen arabera aukeratzen duen metodoa errespetatu behar da, salbu eta osasun-arazoengatik edo bizimoduagatik besteren bat gomendagarriagoa bada². Hautagarritasun medikoaren irizpideak barne hartzen dituzten hainbat faktoretan oinarritu behar da aukeraketa: eraginkortasuna, ondorio kaltegarriak eta arriskuak, erabiltzeko erraztasuna, etorkizuneko haurdunaldien plangintza, kostua, kontrolatu nahi diren sintoma zehatzak eta erabiltzailearen lehentasun pertsonala, besteak beste^{4,5}.

Baliagarria izan daiteke esteka hauek kontsultatzea, herritarrei antisorgailuei buruzko informazioa emateko:

- Londreseko University Collegeko *National Institute for Health Research* (NIHR) erakundearen estekak (ingelesez):
<https://www.contraceptionchoices.org/infographic>
<https://www.contraceptionchoices.org/whats-right-for-me>
- *World Health Organization, Johns Hopkins Bloomberg School Public Health and United States Agency for International Development Bureau for Global Health, Familia Plangintzaren Eskuliburuaren* esteka:
<https://fphandbook.org/sites/default/files/WHO-JHU-FPHandbook-2022Ed-v221114b.pdf>
- Gaztelaniako estekak:
https://www.sanidad.gob.es/novedades/docs/090911_metodosAnticonc.pdf
https://sego.es/Area_de_la_Mujer#anticoncepcion

HORMONA BIDEZKO ANTISORGAILU KONBINATUAK (HAKAK)

HAKek estrogeno bat eta progestageno bat dituzte. Gehienek etinilestradiola dute estrogeno gisa, dosi aldakorretan (15 eta 35 µg artean); progestagena, berriz, era batekoa baino gehiagokoa izan daiteke, besteak beste⁴⁻⁷:

- Lebonorgestrela (kontrako efektuen profil ezagunagoa du)
- Desogestrela, norgestimatoa eta gestodenoa (profil lipidikoa hobetzeko abantaila dute)
- Dienogesta (ezaugarri antiandrogeniko garrantzitsuak ditu)
- Klormadinona (eragin antiandrogeniko moderatua du)
- Drospirenona (jarduera antiandrogeniko moderatua du, eta efektu diuretikoa ditu)
- Ziproterona (mendekoa akne androgenoan /edo/eta hirtsutismoan adierazia)
- Nomegestrola (aldartearen nahasmenduak dituzten pertsonen kasuan hobeto onartua)

HAK guztiek antzeko eraginkortasun teorikoa dute, baina erabilitako administrazio-bidea baldintzatzaile izan daiteke. Hiru modutara administrazioa daitezke: ahotik (egunero), modu transdermikoan (astean behin) edo baginatik (hilean behin)^{6,7}.

Kontraindikaturak daude bularreko minbiziaren kasuan, egungo edo iraganeko tronboenbolismo kasuetan eta arteria- arrisku kardiobaskularreko 2 faktore edo gehiago badaude (35 urtetik gorako adina, tabakismoa, diabetesa eta hipertentsioa)⁸.

“ **Betetzea antisorgailuaren hautaketaren era eraginkortasunaren baldintzatzailea da.** ”

1) AHOTIKO HAKak

Modu ziklikoan edo jarraituan dosifika daitezke. Hasieran, farmako aktiboaren 21 pilulekin merkaturatzen ziren, astebeteko atsedenaldiarekin tartekatzeke, eta, hala, hilekoaren zikloa imitatzen zuen odoljariora eragiteko. Ondoren, farmako aktiboko 21 pilula eta plazebo 7 konprimatu merkaturatu ziren, pauta errazago betetzeko; izan ere, horrela, zailagoa da ahaztea konprimatua hartu behar dela (24 + 4ko agerpenak ere badaude). Emakume batzuek nahiago izaten dituzte hain ohikoak ez diren hileroko odoljariorak, eta, egiaztatu da, HAKak etengabe erabilia modu eraginkor eta seguruan murriztu daitezkeela odoljariorak^{4,9}. Badago 91 konprimatu aktibo dituen agerpen komertzialen bat ere (odoljariorak nabarmen murrizten ditu, urtean 4 izateraino). Gainera, horrela, gabetzeagatiko odoljariorarekin lotutako kontrako efektuak saihestu daitezke, esaterako hantura eta pelbiseko mina, buruko mina eta gogo-aldartearen alterazioa. Hala, ziurrenik, hartzailea gusturago sentituko da, eta, hartara, metodo antikonzeptibo horrekiko atxikimendu handiago izango du^{4,10}.

30 eta 35 µg arteko etinilestradiol-dosiak odoljariora erregularren ereduak izateko probabilitate handiagoarekin lotzen dira, baina bigarren mailako ondorio gehiagorekin ere bai, hala nola bularren sentikortasunarekin edo goragaleekin. Etinilestradiol-dosi txikiagoek albo-ondorio horiek murrizten dituzte, baina odoljarioroen ereduaren irragarritasunak izateko probabilitatea handitzen¹⁰.

Ez dago ebidentziarik baieztatzeke kontrako efektuak desberdinak direnik konbinazio batetik bestera. Agerpen sekuentzialek (bifasikoek, trifasikoek edo multifasikoek) — zikloaren fasearen arabera konposizio ezberdina dutenek — ez dute abantailarik erakutsi, eta dosia hartzean akatsak izateko arriskuak biderkatzen dituzte⁷.

2) HAK TRANSDERMIKOAK

Adabaki itsasgarri bat da; astean behin jartzen da 3 astez jarraian, eta, ondoren, kendu egin behar da beste astebetetz. Ahotiko HAKen antzeko eraginkortasuna eta kontrako efektuak ditu; hala ere, 90 kg-tik gorako

pisua duten emakumeen artean, adabakiak hutsegite-tasa handiagoa du efektu antikontzeptiboan. Abantaila teoriko gisa, honako hauek proposatzen dira: hobeto betetzen da pauta, erabiltzen erraza delako, eta elkarreagin-potentzial txikiagoa du, lehen urratsaren efektua (gibeletik pasatzea) saihesten baitu⁶. Desabantaila gisa, narritadura eragin dezake adabakia jartzen den lekuan, bularren sentikortasuna handitu dezake (lehen 2 zikloetan soilik) eta dismenorrea areagotu dezake⁷.

3) BAGINAKO HAKak

Plastikozko eraztun malgu bat da. Baginan mantentzen da 3 astez, eta gero kendu egiten da 7 egunez. Egun horietan, desgabeziak eragindako odoljariora gertatzen da. Aho bidezko prestakinen antzeko eraginkortasun antikontzeptiboa du, eta baditu abantaila batzuk: hobeto betetzen da pauta, eta albo-ondorio batzuk arina-goak dira (Hilekoen arteko odoljariora eta goragalea)^{6,11}.

Erabilerari buruzko zalantzak argitzeko fitxa bat dago eskuragarri i-botikan (21. zk./2015)

PROGESTAGENOA SOILIK DUTEN HORMONA BIDEZKO ANTISORGAILUAK (PHak)

Progestagena soilik duten antisorgailuen helburu nagusia da estrogenoen albo-ondorio metabolikoak eta klinikoak saihestea. Aukera antikontzeptibo egokiak dira, pazienteek gaixotasun arterial koronarioa, gaixotasun zerebrobaskularra, zainetako gaixotasun tronboenbolikoa edo hipertentsioa izateko arrisku handia dutenean, edo estrogenoak kontraindikaturik dauden beste egoera batzuetan (pertsonek transgeneroen kasuan, adibidez¹²). Eskuragarri dauden agerpen batzuek (larruazalpeko inplantea, umetoki barneko gailua eta muskulubarneko gordailu-injekzioa) iraupen luzeko kontrazepzioa eskaintzen dute, eta horrek abantaila bat dakar, hobeto betetzen baita pauta⁷.

1) AHOTIKO PHak

Bi eratako prestakinak daude: desogestrelazkoak, 28 konprimatu aktiboz osatuak, eta drospirenonazkoak, 24 konprimatu aktiboz eta plazebozko 4 konprimatuz osatuak. Bata zein bestea egunero modu jarraituan hartzen dira. Ahotiko HAKen antzeko eraginkortasun antikontzeptiboa dute⁶. Ekintzaren iraupena eta progestagenoaren batez besteko bizitza laburrak direnez, oso garrantzitsua da konprimatuak egunero ordu berean hartzea, antisorgailuen eraginkortasuna maximizatzeko¹².

Progestagena baino ez duten ahotiko antisorgailuen onurak honako hauek dira: tratamendua hasteko eta eteteko erraztasuna, ugalkortasuna ziklo baten barruan berreskuratzea, segurtasun-profil hobea eta parametro hemostatikoen gaineko oso eragin txikia¹⁰.

Odoljario-ereduak ezin dira aurreikusi; beraz, ez dira erabili behar honako hauek dituzten pazienteetan: azaldu ezin den baginako odoljariora, gibeletako gaixotasun larria (adibidez, zirrosi deskompentsatua), egungo bularreko minbizia edo aurretik izandakoa. Halaber, tentuz erabili behar dira kardiopatia iskemikoaren edo istripu zerebrobaskularren aurrekariak dituzten pazienteetan⁴.

2) PHA SUBDERMIKOAK (INPLANTEA)

Etonogestrela (desogestrelaren metabolito aktiboa) duen hagaxka bat da, eta langile espezializatuek txertatzen dute besoaren barnealdean. Hiru urteko ekintza-iraupena du, eta eraginkortasun handia; beraz, aukerarik onena izan daiteke zenbait urtez haurdun geratu nahi ez duten pertsonentzat —barnean direla emakume gazteak edo erdigabeak—. Ugalkortasuna azkar itzultzen da langile espezializatuek inplantea kendu ondoren, eta, beste antisorgailu batzuetan ez bezala, ez da frogatu eraginkortasuna galtzen duenik emakume gizenetan⁶.

Ondorio kaltegarri lokalekin erlaziona daiteke (hematoma, mina, narritadura lokala), eta infekzio-arriskua egon daiteke txertatze-puntuan. Odoljarioaren eredia askotarikoa da eta ezin da aurreikusi. Edoskitzaroan txerta daiteke, eta kontraindikaturik dago emakumeek bularreko minbiziaren aurrekariak badituzte edo azaldu ezin den baginako odoljariora edo gibeletako gaixotasun larria badute^{4,5}.

3) UMETOKI BARNEKO PHak

Umetoki barneko gailu bat da (UBG), plastikozkoa eta T formakoa. Lebonogestrela du, eta 3-5 urteko ekintza-iraupena⁶.

Nabarmen murrizten du odoljarioro menstrual ugaria, kobrezko UBGekin alderatuta, eta, nahiz eta zikintzea edo odoljarioro ugariak ohikoak izan lehen 3-5 hilabeteetan, emakume gehienek odoljarioro oso arina edo amenorrea garatuko dute 6 hilabeteren ondoren^{4,5}.

Uste da depresioa, antsietatea eta lo egiteko arazoak eragin ditzakeela; beraz, dosirik txikiena duena erabil-tzea gomendatzen da¹³.

Ez da erabili behar honako hauek dituzten pazienteetan: umetokiko barrunbearen distortsioak edo umetoki-ko fibromak, azaldu ezin den baginako odoljarioro, pelbiseko gaixotasun inflamatorioa, zerbizitisak, klamidiak edo gonorreak eragindako infekzioak, sepsi puerperala edo haurdunaldiko gaixotasun trofoblastikoa; endo-metriko, obulutegiko edo umetoki-lepoko minbiziaren kasuan, onkologia-zerbitzuarekin kontsultatu behar-ko da⁴.

4) MUSKULU BARNEKO PHak

Gordailu medroxiprogesterona duen muskulu barneko injekzio bat da, eta hiru hilez behin jartzen da⁶. Egokia da eguneroko ahotiko antisorgagiluen erregimena betetzeko zailtasunak dituzten emakumeentzat, edo amenorreak mesede egiten dien emakumeentzat (garapenaren nahasmenduak, desgaitasun psikikoak, diatesi hemorragikoak eta abar dituztenentzat). Erabiltzaileei jakinarazi behar zaie hilekoaren nahasmenduak izan ditzaketela, eta luzatu egin daitekeela ugalkortasuna erabat berreskuratu arteko denbora (12-18 hilabete)^{4,5}. Injekzio hau denbora luzez administratzeak hezuraren dentsitate minerala (HDM) galtzea eta haustura-arriskua handitzea eragin dezake. Beraz, menopausia aurreko adinean dauden emakumeen kasuan onura/arriskuen azterketa egin beharko da^{10,14}.

Medroxiprogesteronaren-injekzioak kontraindikaturata daude bularreko minbizia, diagnostikatu gabeko baginako odoljarioro, tronboflebitisa, gaizki kontrolatutako hipertentsioa (>160/100 mmHg) eta gibleko disfuncio larria duten pertsonetan³.

Abantailak baditu ere, iraupen luzeagoko beste antisorgailu batzuk gailendu dira (inplanteak, UBGa).

ONDORIO KALTEGARRIAK

HORMONA BIDEZKO ANTISORGAILU KONBINATUAK (HAKak)

Ondorio kaltegarri txikiak

Albo-Ondorio ohikoenak (goragalea, bularren sentikortasuna, buruko mina) arinak izaten dira eta egun gutxiaren buruan desagertzen dira. Erabiltzen hasi eta lehen 3-6 hilabeteetan, gerta daiteke odoljarioroaren eredu aldaketa, baina hobera egiten du denborarekin; 3 hilabete igaro ondoren berdin jarraitzen badu eta beste arrazoi batzuk baztertu badira, estrogeno-dosia handitzeko aukera azter daiteke, edo beste progestageno mota bat hautatzekoa: lebonorgestrela edo desogestrela^{4,9}.

Oro har, ez dute efektu negatiborik pisuan, libidoan eta etorkizuneko ugalkortasunean^{8,15,16}. Tentuz erabili behar dira depresioaren aurrekari pertsonalak edo familiarak dituzten emakumeen kasuan¹³.

“ HAKek eragiten dituzten odoljarioro irregularrak denborarekin konpondu ohi dira. ”

Ondorio kaltegarri handiagoak

Tronboenbolismo benoso

HAKen arriskurik handiena da tronboenbolismo benoso (TEB) gertaerak izateko arriskua handitzen dutela (7-10/10000 emakumeko urtean), ez-erabiltzaileekin alderatuta (2/10000 emakumeko urtean); hala ere, arriskua askoz txikiagoa da haurdunaldian baino (29/10000 emakumeko urtean) eta erditze ondoko berehalako aldian baino (300-400/10000 emakumeko urtean)¹⁷. TEBaren arriskua handiagoa da erabileraren lehen hilabeteetan edo gutxienez hilabeteko atsedenaldia hartu ondoren, baina murriztu egiten da lehenbiziko urtean. Hauek dira TEBaren arrisku-faktoreak, zeinak HAKak erabiltzeko kontraindikazioak baitira: une horretan edo iraganean TEBa izatea; 45 urtetik beherako lehen mailako senide baten TEB aurrekariak edukitzea; hanketako kirurgia izatea edo astebete baino gehiago immobilizatzea eragiten duen kirurgia; obesitatea izatea (GMI>35 kg/m²); 35 urtetik gora edukitzea eta egunean 15 zigarro baino gehiago erretzea; erditzetik 3 aste igaro aurretik hartzea HAKak, edo beste arrisku-faktore batzuk izatea^{4,10,17}.

“ Tronboenbolismo benoso (TEB) HAKen ezohiko efektu bat da. ”

TEBaren arriskua etinilestradiol-dosiaren eta progestageno motaren araberakoa da (dirudenez, lebonorgestrelarekin txikiagoa da)^{15,17,18}.

Gaixotasun arteriala

HAKen erabilera miokardio-infartua eta istripu zerebrobaskular iskemikoa izateko arrisku erlatiboa hurrenez hurren 1,6 eta 1,7 aldiz handitzearekin ere lotzen da⁴. Hala ere, arrisku absolutua oso txikia da, eta adinaren arabera, 2 eta 20 kasu artean dago milioi bat emakumeke, baldin eta arrisku-faktore gehigarriak ez badaude, hala nola kardiopatia, hipertentsioa, diabetesa, arrisku kardiobaskularreko beste faktore batzuk eta migraina auraduna¹⁷.

Badirudi arriskua handitu egiten dela estrogeno-dosiarekin, eta ez dago progestageno motaren mende^{8,19}.

Minbizia

Epe luzeko behaketazko zenbait azterketatan ebaluatu dira HAKen erabiltzaileen minbizi mota batzuen gaineko arriskuak eta ondorio onuragarriak. Ikerketa horietan, obulutegiko, endometriko eta kolon eta ondesteko minbizien aurkako babesarekin lotu zen HAKen erabilera. Bularreko eta umetoki-lepoko minbiziaren arriskua aldi baterako handitu zen HAKak erabiltzen ari ziren garaian edo erabili berriak zirenean; dena den, lotura hori desagertu egin zen HAKak erabiltzeari utzi eta hurrengo 2-5 urteetan, eta, beraz, epe luzera ikusitako minbiziaren aurkako efektu babesleak gailendu ziren⁸.

Bularreko minbizia

53.000 emakume baino gehiagoren datuak biltzen zituen meta-analisi batean (54 ikerketa egin ziren 25 herrialdetan), ahotiko antisorgailu konbinatuak erabiltzea bularreko minbizia izateko arrisku handiagoarekin erlazionatu zen (HR = 1,24; % 95eko KT; 1,15-1,33), baina arrisku hori murriztu egin zen erabiltzeari utzi ondorengo urteetan —1-4 urteren ondoren (HR = 1,16), 5-9 urteren ondoren (HR = 1,07)—, eta desagertu egin zen 10 urte edo gehiagoren buruan. Antisorgailuen erabilerak eta formulazioak ez zuten eraginik izan arrisku horretan⁸.

Danimarkan, aurrera begirako ikerketa batean, 11 urteko segimendua egin zitzaion 1,8 milioi emakumeri, eta ikusi zen hormona bidezko antisorgailuen erabiltzaileetan bularreko minbizia izateko arrisku erlatiboa honen bestekoa zela: (HR = 1,20; % 95eko KT; 1,14-1,26), eta arrisku hori (HR = 1,38; % 95eko KT; 1,26-1,51) izateraino handitzen zela antisorgailuak 10 urtetik gora erabiliz gero^{20,21}.

Bestalde, 256.000 emakume baino gehiagori egindako behaketa-ikerketa batek erakutsi zuenez, HAKen erabiltzaileek bularreko minbizia izateko arrisku handiagoa zuten ez-erabiltzaileek baino, pilula hartzeari utzi eta lehen 2 urteetan (HR = 1,55; % 95eko KT; 1,06-2,28). Ez zen ikusi arriskua handitzen denik erabileraren iraupena luzatzeagatik^{8,22}.

Horregatik guztiagatik, HAKak ez dira erabili behar egun bularreko minbizia duten pazienteetan edo bularreko minbiziaren aurrekari pertsonalak dituztenetan, ezta mutazio genetikoak (BRCA1 edo BRCA2, esaterako) dituzten pazienteetan ere^{4,8}.

PROGESTAGENOA SOILIK DUTEN HORMONA BIDEZKO ANTISORGAILUAK (PHak)

Irregularitasun menstrualak eta programatu gabeko odoljariora ohikoak dira progestagenoa soilik duten antisorgailuen erabiltzaileen artean, eta antikonzeptibo horiek erabiltzeari uzteko arrazoi nagusiak dira¹². Aipatutako arazoak denborarekin konpontzen dira, baina ez beti; beste progestageno mota batera aldatzeak (desogestrela) odoljarioaren erregularitasuna hobetu dezake zenbait erabiltzaileetan⁴.

Ez dago ebidentziarik pentsatzeko PHAK bularreko minbiziaren arrisku handiarekin lotuta daudenik¹². Ez dirudi, ezta ere, gaixotasun tronboemboliko benosoa edo patologia arteriala izateko arriskua handitzen dutenik, antisorgailurik erabiltzen ez duten emakumeekin alderatuta^{7,18}. Gaur egun depresioa duten emakumeek edo iraganean izan dutenek kontuz erabili behar dituzte¹³.

EMERGENTZIAZKO KONTRAZEPZIOA

Egokia da babesik gabeko koito baten ondoren nahi ez diren haurdunaldiak saihesteko (hau da, antisorgailurik erabili ez bada, huts egin badu, istripua gertatu bada edo antikonzeptiboa gaizki erabili bada); bai eta bortxaketa-kasuetan ere^{1,2}. Ahalik eta lasterren erabili behar da, ahal dela lehendabiziko 12 orduetan; gehieenez 3 eguneko muga dago lebonorgestrelaren kasuan, eta 5 eguneko ulipristalaren edo UBGaren kasuan¹⁸.

Larrialdiko kontrazepzioa bi modutara administra daiteke:

- Ahotik: lebonorgestrela edo ulipristala. Ulipristala ez zaie gomendatu behar farmako antiazidoak edo protoi-ponparen inhibitzaileak hartzen ari diren emakumeei, xurgapena murrizteko arriskua baitago pH gastrikoa handitzeagatik¹⁸.

Bi sendagaien eraginkortasuna antzekoa da lehen 72 orduetan^{10,18}. Bi tratamenduek antzeko ondorio kaltegarriak dituzte, eta buruko mina (% 20) eta goragalea dira ohikoenak. Emakumeei ohartarazi behar zaie ziklo menstrualean alderazioak izan ditzaketela premiazko kontrazepzioa erabili ostean^{1,2,18}

Lebonorgestrela eman ondoren, berehala has daitezke erabili ohi duten antisorgailua edo beste edozein erabiltzen. Ulipristala administratu ondoren, 6 egun itxaron behar da ohiko antikontzeptiboa edo beste edozein (HAK edo PHA) erabiltzeko. Gainera, hurrengo hilkora arte barrerako metodo bat erabiltzea gomendatzen da babes gisa¹⁸.

Osasun Sistema Nazionalak ez ditu finantzatzen ez lebonorgestrela, ez ulipristala, eta farmazia-bulegoetan dispensa daitezke mediku-errezetarik gabe.

Hurrengo eguneko pilularen erabilerari buruzko fitxa bat eskuragarri dago i-botikan ([11. zk./2014](#))

- Umetoki barruko gailua (kobrezko UBGa). Larrialdiko antisorgailurik eraginkorrena da, eta ez diote eragiten ez GMIak, ez sendagai inductore entzimatikoen erabilerak. Babesik gabeko sexu-harremana izan eta gehienez 5 egunera jar daiteke⁴.

Garrantzitsua da ohartaraztea babesik gabeko koitoa baten aurrean sexu-transmisiozko infekzioak izateko arriskuaren berri ematea premiazko kontrazepzioak salbuespenezko metodoa izan beharko luke; beraz, ohiko metodo antikontzeptiboak erabiltzea gomendatu behar da⁶.

Gurasoek jakin gabe administra dakieke emergentziatzko antikontzeptiboa 16 urtetik beherako nerabeei, betiere erabaki hori hartzeko nahikoa gaitasun dutela uste bada. Osasunerako arrisku larria badago, osasun-profesionalak gurasoei edo tutoreei jakinarazi behar die⁶.

ANTISORGAILUAK HAUTATZEA

2. taulan adierazten da zein alderdi hartu behar den kontuan osasun-baldintzatzaileen arabera antisorgailu egokia hautatzeko.

2. taula. Antisorgailuak hautatzeko irizpide klinikoak^{9,10,23,24}

Egoera klinikoa		Oharrak
Amagandiko edoskitzea		HAKak ez dira erabili behar erditu eta hurrengo 6 asteetan, edoskitze-prozesua ondo finkatu artean. Edoskitzaroan antisorgailuak erabiltzeari buruzko fitxa bat dago eskuragarri i-botikan (33. zk./2017)
Erdiondoa, amagandiko edoskitzerik gabe		Erditu eta 3 astera erabili daitezke HAKak, tronboenbolismoaren arrisku-faktore gehigarriak ez badago. UBGa edo inplantea erditu eta 4 astera txerta daiteke, bularra ematen aritu zein ez.
Abortuaren ondoren		Abortua 1. edo 2. hiru hilekoan gertatzen bada, edozein antisorgailu erabil daiteke. UBGa legratu aseptiko baten ondoren txerta daiteke, berehala, baina kontraindikaturik dago abortu septikoa izan bada.
Ugalketa-adinean aurrera joanda		Arrisku-faktorerik eta arazo mediko garrantzitsurik ez duten emakumeen kasuan, hormona bidezko antisorgailuei eustea gomendatzen da menopausia iritsi arte; hala ere, HAKak ez dira gomendatzen 50 urtetik gorako emakumeetan, onura baino arrisku gehiago baitakartzate.
Tabakismoa	Adina < 35 urte	Edozein antisorgailu erabil daiteke.
	Adina > 35 urte	HAKak kontraindikaturik daude. Aho bidezko desogestrela erabil daiteke etenik gabe, edo etonorgestrelazko inplantea.

Egoera klinikoa		Oharrak
Obesitatea	GMI > 30 Kg/m ²	PHAk hobesten dira HAKen aldean. HAKak ez dira gomendatzen arrisku kardiobaskularren faktore gehigarriak dituzten emakume gizenetan. Gordailuko medroxiprogesterona ez da gomendatzen.
Hipertentsio arteriala	Behar bezala kontrolatutako hipertentsioa	Ez erabili HAKik. Aztertu PHAk erabiltzeko aukera.
	PA sistolikoa 140-159 edo diastolikoa: 90-99 mmHg	
	PA sistolikoa ≥ 160 eta diastolikoa ≥ 100 mmHg	Kontraindikaturak daude HAKak eta gordailuko medroxiprogesterona. Aztertu PHAk erabiltzeko aukera.
	Baskulopatia	
Azaleko zainetako nahasmenduak	Barizeak	HAKak erabil daitezke murrizketarik gabe.
	Azaleko zainetako tronbosia	Oro har, HAKak erabil daitezke.
Arrisku kardiobaskularreko beste faktore ezagunik gabeko dislipemiak		Oro har, HAKak erabil daitezke.
Buruko minak	Migrainarik gabe	Edozein antisorgailu erabil daiteke, baina konbinatu gabeak hobesten dira.
	Migraina	HAKak kontraindikaturak daude.
Diabetes mellitusa	Haurdunaldiko diabetesaren aurrekariak soilik	Edozein antisorgailu erabil daiteke.
	Gaixotasun ez-baskularra	Edozein antisorgailu erabil daiteke, baina kobrezko UBGa hobesten da.
	Nefropatia, erretinopatia, neuropatia edo beste gaixotasun baskular bat edo diabetesa > 20 urteko iraupena	Kontraindikaturak daude bai HAKak, bai gordailuko medroxiprogesterona.
Bularreko minbizia		Hormona bidezko antisorgailuak kontraindikaturak daude. Kobrezko UBGa gomendatzen da.
GIBagatiko infekzioa izateko arrisku handia edo GIBaren gaixotasun asintomatikoa edo arina		Edozein antisorgailu erabil daiteke. Interakzioak kontsultatu (ikusi 3. taula). Gainera, metodo bikoitza erabiltzea gomendatzen da (antisorgailua+preserbatiboa).
Sexu-transmisiozko infekzioak		Edozein metodo antikonzeptibo erabil daiteke, bai eta kobrezko UBGa edo lebonorgestrelzkoa erabiltzen hasi edo jarraitu ere, osasunerako arrisku handia dagoenean izan ezik (zerbizitis zornetsua edo une horretan klamidiagatiko edo gonorreagatiko infekzioa izatea). Gainera, metodo bikoitza erabiltzea gomendatzen da (antisorgailua+preserbatiboa).

Hemendik egokitua^{23,24}: [Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos \(OMS, 2015\)](#) y [Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos \(CDC, 2020\)](#)

INTERAKZIOAK

Hormona bidezko antisorgailu bat errezetatzean (premiatzko antikonzeptiboak barne hartuta), edo antikonzeptiboak hartzen ari den emakume bati tratamendu bat errezetatzean, kontuan hartu behar da beti sendagaien artean interakzioak gerta daitezkeela. Emakumeei ohartarazi behar zaie sendagai jakin batzuek antisorgailuen eraginkortasuna alda dezaketela, eta, ondorioz, beharrezkoa izan daitezkeela neurri antikonzeptibo gehigarriren bat hartzea¹⁸.

3. taulan, farmako batzuk ageri dira, antisorgailuen mailak alda ditzaketenak eta, beraz, haien eraginkortasunean edo albo-ondorioetan eragina izan dezaketenak.

3. taula. Hormona bidezko antisorgailuen eraginkortasuna alda dezaketen interakzio farmakologikoak^{9,10,18,25}.

Farmakoak	Oharrak
Antisorgailuen eraginkortasuna murriztu dezaketen farmakoak (induktore entzimatiakoak)	
Antiepileptikoak: Karbamazepina, fenobarbitala, fenitoina, primidona, topiramatoa, lamotrigina	Etinilestradiolaren eta progestagenoen murrizketa, apaletik hasi eta nabarmenera. Kontrazepzio-eraginkortasuna murrizteko aukera. Dirudenez, topiramatoa dosi txikitan hartzeak ez du eraginik antisorgailuaren eraginkortasunean. Lamotriginak lebonorgestrel-maila jaisten du, baina badirudi ez duela eraginik HAKetan. PHAei dagokienez, ez dago daturik.
Antibiotikoak: errifabutina, errifanpizina.	Etinilestradiolaren eta progestagenoen eraginkortasuna murrizten dute.
PH gastrikoa handitzen duten farmakoak: protoi-ponparen inhibitzaileak, antiazidoak, H ₂ antagonistak.	Ez da gomendatzen aldi berean erabiltzea. Ulipristalaren eraginkortasuna murrizten dute premiazko antisorgailuetan.
Antirretobiralak (proteasaren inhibitzaileak): erritonabirra, sakinabirra, atazanabirra, tipranabirra	Etinilestradiol-maila murrizten dute. Metodo antikontzeptibo gehigarriak eta/edo ordezekoak erabili behar dira.
Antirretobiralak (alderantzizko transkriptasaren inhibitzaile ez-nukleosidoak): efabirena, nebirapina	Norgestimato-metabolitoen maila murrizten dute. Nebirapina: etinilestradiolaren maila neurri batean murrizten du.
Santio belarra (<i>Hypericum perforatum</i>)	Eraginkortasun antikontzeptiboa murriztu dezake.
Hormona antisorgailuen kontzentrazioa handitzen duten farmakoak (inhibitzaile entzimatiakoak)	
Eritromizina	Estradiolaren eta dienogestaren mailak handitzen ditu; horregatik, ondorio kaltegarrien intzidentzia areagotu dezake.
Antifungikoak: flukonazola, itrakonazola, ketokonazola, borikonazola	Etinilestradiolaren eta progestagenoen hazkunde moderatua eta kontrako efektu hormonalen intzidentzia handitzea.
Takrolimusa	Garrantzi klinikoa ez dago argi, baina dirudenez, hormonon hazkundera txikia da.
Etorikoxiba	Estrogenoekin lotutako gertaera kaltegarrien arrisku potentziala.
Estatinak: atorbastatina, errosbastatina	Etinilestradiolaren eta progestagenoen mailen hazkunde moderatua, baina garrantzi kliniko txikia.

ZER EGIN DOSIA AHAZTUZ GERO?

Ahazteak maiz gertatzen dira antisorgailuen erabiltzaileen artean. Ahotiko HAKen dosia ahaztu edo hura hartzerik izan ez bada, bai eta adabakiak erabiltzean dosi-akatsak egin badira ere, metodo antisorgailuaren eraginkortasuna murriztu egiten da, eta haurdun geratzeko arriskua handitu; beraz, honako gomendio hauei jarraitu behar zaie:

- Dosiren bat hartu ez bada, lehenbailehen berrekin behar zaio antisorgailua hartzeari: berehala pilula aktibo bat hartu, lehengo adabakia edo beste bat jarri, edo baginako eraztuna berriro txertatu edo beste bat jarri¹.
- Dosiren bat hartu ez bada, haurdun geratzeko probabilitatea ez dago soilik hartu ez diren dosien kopuruaren arabera; dosiak noiz ahaztu diren ere hartu behar da kontuan. Obulazioari buruzko datuen arabera, zikloaren edozein unetan hiru pilula aktibo (hormonadun) edo gehiago —bi pilula edo gehiago, $\leq 20 \mu\text{g}$ etinilestradiol baldin badaukate— hartzea ahaztu bada edo hartzerik izan ez bada, neurri gehigarriak hartu behar dira. Haurdun geratzeko arriskua handiagoa da pilula aktiboen (hormonadunen) seriearen hasieran edo amaieran ahazten badira pilula horiek, hau da, hormonarik gabeko tartea luzatzen denean. Adabaki edo baginako eraztuna erabiltzea ahaztuz gero ere, neurri gehigarriak hartu behar dira¹.
- Gorakoak eta behekoak antisorgailu xurgapena eragotzi dezakete. Botaka eginez gero eta pilula hartu zenetik bi ordu baino gutxiago igaro badira, beste pilula bat hartu behar da lehenbailehen. Gorakoa edo

beherakoa iraunkorrak badira, hau da, 24 orduz baino gehiagoz luzatzen badira, metodo antikonzeptibo gehigarri bat erabili behar da gaixotasunak dirauen artean⁴.

Pilula antikonzeptiboaren dosia ahazten bada zer egin jakiteko fitxa bat eskuragarri dago i-botikan (12. zk./2014).

ONURA EZ ANTIKONTZEPTIBOAK

Hormona bidezko antisorgailuek, eragin antikonzeptiboa izateaz gain, beste onura batzuk ere ekar ditzakete: hilekoaren odoljariora hobeto erregulatzen dute, odoljariora menstrual ugaria edo gehiegizkoa murrizten dute, eta dismenorrea, hilekoaren aurreko sindromea eta endometriosisa hobetzen dituzte. Antisorgailu batzuek, gainera, aknea eta hirsutismoa hobetzen lagun dezakete^{6,9,10,16,17}.

FUNTSEZKO IDEIAK

- Aholku antikonzeptiboak informazioa eman behar du eskuragarri dauden metodo guztiei buruzko informazioa eman behar du, bai eta haietako bakoitzaren abantailei eta desabantailei buruz, norberak askatasunez aukera dezan bere premietara ondoen egokitzen dena, zenbait faktore aintzat hartuta (ekintza-iraupena, pautak betetzeko erraztasuna, kontrako efektuak, etab.).
- Hormona bidezko antisorgailu guztien eraginkortasuna handia da, baina inplanteek eta UBGeek ekintza-iraupen luzeagoa dute.
- Odoljariora irregularraren patroia da bertan behera uzteko arrazoi nagusietako bat eta sarriago gertatzen da PHAekin eta etinilestradiol-dosi baxua duten HAKekin.
- Tronboenbolismo benetako HAKen ezohiko efektuetako bat da, eta, emakume osasuntsuetan arriskua txikia bada ere, arrisku hori minimizatzeko etinilestradiol-dosi txikiak erabiltzea komeni da.
- Tronbosi-arrisku handiena duten erabiltzaileei progestagenoa soilik duen metodo bat eman dakieke; metodo horren eragozpen nagusia da odoljariora irregularrak eragiten dituela.
- Antisorgailuen aholkuen barruan, sexu-transmisiozko gaixotasunei buruzko informazioa eman behar da beti.

ESKERRAK EMATEA

Eskerrak eman nahi dizkiogu Iñaki Lete Lasa doktoreari, Osakidetzaren Araba Unibertsitate Ospitaleko Ginekologia eta Obstetziako mediku espezialistari, testua orrazten lagundu eta ohar eta iradokizun egokiak egin dizkigulako.

BIBLIOGRAFÍA

1. [Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos, tercera edición](#) [Selected practice recommendations for contraceptive use, 3rd edition]. Organización Mundial de la Salud (Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas). 2018. [Consultado: 23/05/2022]
2. Problemas de la reproducción y del aparato genital. Anticoncepción. AMF. 2020;16(10):584-590.
3. Observatorio de salud sexual y reproductiva de la SEC. [Encuesta de anticoncepción en España 2020 \(Hábitos de la población femenina en relación al uso de los métodos anticonceptivos\)](#). Fundación Española de Contracepción (FEC) Sociedad Española de Contracepción (SEC). [Consultado: 23/05/2022]
4. [Contraception: which option for which patient?](#) Sexual Health Pregnancy and Reproductive Health. July 2021:1-39. [Consultado: 23/05/2022]
5. Stewart M, Bateson D. [Choosing non-oral, long-acting reversible contraception](#). Aust Prescr. 2016;39:153-8. [Consultado: 23/05/2022]
6. [Anticonceptivos hormonales: Selección adecuada](#). Boletín Terapéutico Andaluz. 2016;31(1):1-10. [Consultado: 23/05/2022]
7. Nadal M, Cols M. Evidencias en anticoncepción. FMC. 2014;21(4):228-38.
8. Roe A, Bartz D, Douglas P. [Combined estrogen-progestin contraception: Side effects and health concerns](#). Section Editors: Crowley W, Scheiber C. UpToDate May 06, 2022. [Consultado: 23/05/2022]
9. Allen R. [Combined estrogen-progestin oral contraceptives: patient selection, counseling, and use](#). Section Editors: Schreiber C, Crowley W. UpToDate Mar 28, 2022. [Consultado: 23/05/2022]
10. Teal S, Edelman A. [Contraception Selection, Effectiveness, and Adverse Effects. A Review](#). JAMA. 2021;326(24):2507-2518. [Consultado: 23/05/2022]

«INFAC buletina argitalpen elektronikoko bat da, eta EAEko osasun profesionalei dohain banatzen da. Buletin honen helburua medikamentuen erabilera arrazionala sustatzea da biztanleriaren osasun egoera hobetzeko».

11. López-Picado A, Lapuente O, Lete I. [Efficacy and side-effects profile of the ethinylestradiol and etonogestrel contraceptive vaginal ring: a systematic review and meta-analysis](#). Eur J Contracept Reprod Health Care. 2017; 22(2), 131-146. [Consultado: 23/05/2022]
12. Kaunitz A. [Progestin-only pills \(POPs\) for contraception](#). Section Editor: Courtney A Schreiber. UpToDate Apr 26, 2022. [Consultado: 23/05/2022]
13. Mu E, Kulkarni J. [Hormonal contraception and mood disorders](#). Aust Prescr 2022;45:75-9. [Consultado: 20/06/2022]
14. Lopez LM, Chen M, Mullins Long S, Curtis KM, Helmerhorst FM. [Steroidal contraceptives and bone fractures in women: evidence from observational studies](#). Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 7. Art. No.: CD009849. [Consultado: 23/05/2022]
15. Gallo MF, Lopez LM, Grimes DA, Carayon F, Schulz KF, Helmerhorst FM. [Combination contraceptives: effects on weight](#). Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 1. Art. No.: CD003987. [Consultado: 23/05/2022]
16. The Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare (FSRH). [Combined Hormonal Contraception](#) (January 2019, amended November 2020). FSRH. [Consultado: 23/05/2022]
17. Stewart M, Black K. [Choosing a combined oral contraceptive pill](#). Aust Prescr. 2015;38:6-11. [Consultado: 23/05/2022]
18. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Anticoncepción Hormonal e Intrauterina. [Guía de Práctica Clínica de Anticoncepción Hormonal e Intrauterina](#). Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud; 2019. Guías de Práctica Clínica en el SNS. [Consultado: 23/05/2022]
19. Roach RE, Helmerhorst FM, Lijfering WM, Stijnen T, Algra A, Dekkers OM. [Combined oral contraceptives: the risk of myocardial infarction and ischemic stroke](#). Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 8. Art. No.: CD011054. [Consultado: 23/05/2022]
20. [Oral Contraceptives and Cancer Risk](#). National Cancer Institute. 2018. [Consultado: 23/05/2022]
21. Mørch LS, Charlotte W, Hannaford PC, Iversen L, Fielding S, Lidegaard Ø. [Contemporary Hormonal Contraception and the Risk of Breast Cancer](#). N Engl J Med. 2017;377:2228-39. [Consultado: 23/05/2022]
22. Karlsson T, Johansson T, Höglund J, Weronica E, Johansson A. [Time-Dependent Effects of Oral Contraceptive Use on Breast, Ovarian, and Endometrial Cancers](#). Cancer Res. 2021;81:1153-62. [Consultado: 23/05/2022]
23. [Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos](#). Quinta edición 2015. Organización Mundial de la Salud. Resumen ejecutivo. [Consultado: 23/05/2022]
24. [Tabla resumida de los criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos](#). Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (actualizado en 2020). [Consultado: 23/05/2022]
25. The Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare (FSRH). Clinical Guidance: Drug Interactions with Hormonal Contraception (January 2017, last reviewed 2019). Disponible en: <https://www.fsrh.org/documents/ceu-clinical-guidance-drug-interactions-with-hormonal/> [Consultado: 23/05/2022]

Berrikuspen bibliografikoaren data: 2022ko ekaina

Buletin hau horrela aipatu behar da: Hormona bidezko kontrazepzioa eguneratzea. INFAC. 2022;30(6):52-64.

OHARRA: 2022ko 5. zenbakian "Hipertentsio arterialaren tratamendu farmakologikoan eguneratzea", HTAren DEFINIZIOA ETA SAILKAPENA ataleko ondorioetan, aldaketa bat egin da.

Aldatutako buletina helbide honetan eskuragarri dago: [INFAC_Vol_30_5_HTA_eus.pdf \(euskadi.eus\)](#)

Mendikamentu berriek kontrako ondorioak dituztela susmatuz gero, oso-oso garrantzitsua da Euskal Autonomia Erkidegoko Farmakojagoletza Unitateari jakinaraztea. OSABIDEn bitartez egin dezakezu jakinarazpena. Bestela, Osakidetzako intranetaren bidez, txartel horia beteaz edo AEMPSen interneteko <https://www.notificaram.es/Pages/CCAA.aspx#no-back-button>

Galdera, iradokizun edo parte-hartze lanak nori zuzendu: zure ESiko farmazialariei edo MIEZi edo infac@osakidetza.eus e-mailari.

Idazkuntza Batzordea: Iñigo Aizpurua, Miren Albizuri, Iciar Alfonso, María Armendáriz, Sergio Barrondo, Saioa Domingo, Maitane Elola, Arritxu Etxeberria, Julia Fernández, Isabel Fontán, Leire Gil, Ana Isabel Giménez, Naroa Gómez, Juan José Iglesias, Josune Iribar, Nekane Jaio, Itxasne Lekue, M^a José López, Javier Martínez, Lorena Martínez, Mónica Martínez, Carmela Mozo, Elena Olloquiegi, Elena Ruiz de Velasco, Rita Sainz de Rozas, Inés San José, Elena Valverde, Miren Zubillaga.



<https://www.euskadi.eus/informazioa/infac-buletina/web01-a2cevime/eu/>



Erabat debekaturik dago dokumentu hau promozio helburuetarako erabiltzea

Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia

Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco

