

Los regímenes extendidos, una opción válida para conocer y promover

Extended regimes, a valid option for know and to promote

Jorge Peláez Mendoza

Médico Especialista II Grado en Obstetricia y Ginecología. Profesor Auxiliar. Máster en Atención Integral a la Mujer. Diplomado en Ginecología Infanto Juvenil. Centro Internacional de Retinosis Pigmentaria "Camilo Cienfuegos". Vedado, La Habana, Cuba.

RESUMEN

La prescripción del uso continuo de los anticonceptivos orales combinados activos (regímenes extendidos), ha tenido una gran difusión y aceptación en años recientes, esto ha sido particularmente significativo en las naciones más desarrolladas. Inicialmente su uso estuvo limitado a indicaciones médicas específicas, como son el tratamiento de la Endometriosis, anemia asociada a disfunciones menstruales, dismenorrea y otras entidades, a los que se han ido agregando recientemente nuevas indicaciones, ocupando un lugar protagónico aquellas motivadas por la decisión o deseo personal. En la actualidad este método goza de una creciente popularidad entre las mujeres con un impacto importante en la calidad de vida. Hasta la fecha no se han reportado efectos adversos asociados a este patrón de uso de los anticonceptivos, en tanto múltiples son las ventajas asociadas a su uso, lo cual incluye incluso una reducción en los costos de la anticoncepción a largo plazo. Es por ello que consideramos oportuno realizar la presente revisión sobre el tema, con el objetivo de brindar a los profesionales de la salud que trabajan en la esfera de la Planificación Familiar y Salud Reproductiva, las herramientas necesarias que le permitan conocer el método e introducirlo paulatinamente en la práctica diaria, lo que consideramos será un positivo aporte para el mejoramiento de la calidad de vida de la mujer cubana. Conocer los Nuevos Regímenes y sus potencialidades constituye un reto y una necesidad imperiosa para los médicos de hoy, es su responsabilidad ineludible el mantener un alto nivel de actualidad e información en todos los temas referentes a la anticoncepción.

Palabras clave: Anticonceptivos orales, regímenes extendidos, calidad de vida.

ABSTRACT

Prescription of continuous use of active combined oral contraceptives (open regimes) has had a great diffusion and acceptance in recent years; it has been particularly significant in more developed countries. Initially, its use was limited to specific medical indications, such as, endometriosis, menstrual dysfunction-associated anemia, dysmenorrhea, and other entities, occupying a key place those related to a decision or a personal desire. At present times, this method is very popular among women with a marked impact on quality of life. So far, there were no side effects with use pattern of contraceptives, since there are multiple advantages associated with its use, including a reduction in anticonceptual long-term costs. That is why we consider very appropriate to carry out present review on this topic, to offer health professional working in Family Plan and Reproductive Health sphere, the tools needed allowing them to know method and its introduction in daily practice, considering that it will be a positive contribution for improvement of quality of life of Cuban woman. To know the new regimes and their potentials is a challenge and an urgent need for present physicians, being an unavoidable responsibility to maintain a updating high level and information on all topics referring anticonceptual practice.

Key words: Oral contraceptives, open regimes, quality of life.

INTRODUCCIÓN

El uso generalizado de la anticoncepción hormonal oral en el mundo tuvo su comienzo a inicios de la década de los años 60. De entonces a la fecha, algunas pacientes, bajo la orientación y consejería de sus proveedores, han decidido eliminar el intervalo o pausa de 7 días y asumir un patrón de toma de esas tabletas en regímenes extendidos.¹⁻³ Múltiples han sido las razones, desde indicaciones médicas, hasta decisiones basadas en el deseo de la paciente o situaciones específicas de sus vidas en las que precisan evitar la menstruación, dentro de las cuales se encuentran eventos como la luna de miel, vacaciones, giras turísticas, artísticas, deportivas y otras muchas.⁴⁻⁶

La indicación de la toma continua de anticonceptivos orales combinados (AOC) activos, ha tenido una gran difusión y aceptación en años recientes, sobre todo en las naciones más desarrolladas. En sus inicios su prescripción estuvo limitada a indicaciones médicas específicas, como son el tratamiento de la endometriosis, la anemia asociada a disfunciones menstruales, la dismenorrea y otras entidades, a lo cual se le han ido agregando en fecha reciente nuevas indicaciones, han ocupado poco a poco un lugar protagónico aquellas motivadas por la decisión o deseo personal y se hace cada vez más popular entre las mujeres, con un impacto importante en todo lo relativo a la calidad de vida.^{7,8}

Estudios publicados en fecha reciente en los E.U. reportan que muchas mujeres, de tener la oportunidad y con independencia de la edad, preferirían reducir o eliminar completamente la frecuencia de sus menstruaciones.^{4,8} El porcentaje de mujeres

que desean suprimir sus menstruaciones se incrementa con la edad, se acepta que más del 50 % de las mujeres mayores de 45 años desean suprimir completamente sus ciclos menstruales. No obstante, según el criterio del Dr. Andrew Kaunitz, profesor y asistente del director del Departamento de Obstetricia y Ginecología del Centro de Ciencias de la Salud de Jacksonville perteneciente a la Universidad de la Florida: "Esta investigación demostró también que tanto las pacientes como los médicos presentan aún algunas dudas relativas a la seguridad de la toma continua de anticonceptivos orales combinados, por lo se hace necesario profundizar en estos aspectos y desarrollar investigaciones a largo plazo".⁸

Es precisamente por su creciente uso, alta demanda y poco conocimiento, que hemos considerado oportuno realizar la presente revisión sobre este patrón de toma de los anticonceptivos orales combinados (AOC), dentro de la cual incluimos algunos resultados relativos a nuestras experiencias preliminares con el uso de este tipo de régimen y los resultados de su control periódico por más de cuatro años en pacientes atendidas en nuestra consulta.

Mitos y realidades en torno a la menstruación

Contrariamente a la creencia popular, cuando se utiliza la anticoncepción hormonal no tiene lugar una verdadera menstruación, pues como todos sabemos, la menstruación no es otra cosa que el desprendimiento del endometrio que se preparó durante la fase inicial del ciclo para la implantación de un embrión, el cual, al no lograrse la gestación y debido a la atresia del cuerpo lúteo y la subsiguiente caída de los niveles hormonales, sufre diversas modificaciones hasta que se desprende y se expulsa constituyendo esto la menstruación.

Podemos afirmar que en las usuarias de anticoncepción hormonal, al no producirse desarrollo folicular ni ovulación, no existe una preparación real del endometrio para el embarazo, por tanto, el sangramiento periódico se produce de manera artificial al suspenderse bruscamente la ingesta hormonal durante la pausa en la toma de las tabletas activas por 5 ó 7 días.

Fue sobre la base de esta hipótesis y la necesidad médica de que algunas pacientes no menstruasen, se consideró la posibilidad de evitar el sangrado menstrual periódico, pues si se evita la pausa en la toma de los anticonceptivos se evitaría a su vez la caída de los niveles hormonales y como consecuencia lógica de esto, se eliminaría el sangrado periódico artificial no menstrual.

Esta es precisamente, una de las primeras y más grandes sorpresas que tienen las mujeres cuando preguntan y se documentan sobre este método de toma de los AOC, es igualmente una de las barreras a franquear para su aceptación y adecuado uso.

Evaluación de los mitos y razones para realizar la pausa cíclica

La delimitación de los días de toma de tabletas activas y posterior pausa en el uso de los anticonceptivos orales, fueron definidos inicialmente por consenso de los proveedores, quienes se basaron principalmente en dos elementos básicos: tratar de simular lo más posible los ciclos ovulatorios, lo cual haría sentirse a la mujer "lo más normal posible" y "limpiarse" de la sangre retenida, así como funcionar además como un "recordatorio mensual" de que no hay embarazo.

Como las evidencias han demostrado, resulta erróneo considerar que los ciclos de toma de AOC por 28 días, incluidos los 7 días del intervalo sin hormonas, son más

"naturales", por lo que constituye un mito no justificado que en ocasiones se torna muy difícil de franquear.^{2,9,10}

Según este enfoque, sangrar periódicamente favorecería la aceptación del método anticonceptivo por las usuarias, a la vez que reduciría los riesgos al intentar simular el funcionamiento fisiológico habitual y parecerse lo más posible a los ciclos naturales.

Como era lógico suponer, el uso de la toma periódica de los ACO, ciclos de 21 días de toma de tabletas activas seguidos por una pausa de 7 días, fue seguido de una rápida y amplia aceptación por la población femenina, pero no por ello dejaban de ser ciclos artificiales, que nada tienen que ver con los ciclos fisiológicos.^{8,11,12}

Otro elemento considerado inicialmente para la indicación de la toma periódica, estaba relacionado con la necesidad de que produjera una descamación endometrial periódica, como elemento importante para evitar la hiperplasia endometrial.

Hoy día sabemos que el supuesto rol de realizar una "limpieza del útero", asociado al objetivo de sangrar periódicamente, no cumple con estas expectativas, pues no ha demostrado tener un efecto evidente en la reducción del riesgo de presentar hiperplasia endometrial.

En tanto cabe señalar que los regímenes extendidos, al brindar una dosis baja, fija y continua de una combinación de estrógenos y progestágenos, favorece que el endometrio lejos de hipertrofiarse tienda a tornarse atrófico y fino, por lo cual el efecto de la toma continua posee más un efecto protector que favorecedor sobre la ocurrencia de hiperplasia endometrial.^{11,13-15}

Otro de los mitos importantes está dado por la necesidad que tienen muchas mujeres de sangrar como "evidencia" de que no existe un embarazo, este es quizás el mito más difícil de enfrentar, no obstante existen diversas publicaciones que avalan que el riesgo de falla del método y de la ocurrencia de un embarazo no previsto o deseado, es mucho menor en usuarias de regímenes extendidos que en aquellas que utilizan regímenes de 21 días.¹¹⁻¹³ *Baerwald*¹³ en trabajo publicado en la revista "Contraception" en el 2004, reporta un 47 % de desarrollo de folículos de más de 10 mm y un 25 % de folículos de más de 14 mm en usuarias de regímenes cíclicos, resultados estos mucho más elevados que los encontrados en las que optan por regímenes extendidos. Por otra parte *Spona*,¹² concluye en su trabajo que acortar o eliminar la pausa en usuarias de ACO se asociaría a mayor efectividad anticonceptiva, dado por el hecho de que la gran mayoría de los escapes ovulatorios y embarazos accidentales ocurren durante la primera semana de toma posterior a la pausa (60 % embarazos en usuarias de ACO son por olvidos) por lo que según su criterio hacer una pausa de 7 días podría considerarse como una mala idea.

Finalmente otra idea errónea que en ocasiones conspira con la aceptación de los regímenes extendidos es el hecho de que la suspensión del sangrado mensual y la toma continua pudiesen repercutir negativamente sobre la fertilidad futura, lo cual es totalmente incierto. Un estudio reciente realizado entre más de 8000 mujeres usuarias de regímenes extendidos, muestra que ellas poseen una posibilidad mayor de embarazarse al interrumpir el método en comparación con similar grupo de mujeres usuarias de otros regímenes, incluso fue mucho más alta la incidencia de embarazos durante los primeros seis meses posteriores a suspender la toma continua, al compararla con las usuarias de otros métodos ya sean hormonales o no. Concluyen que el reducir o eliminar el sangrado periódico artificial no repercute

en lo absoluto sobre la fertilidad futura y que el retorno de la fertilidad se produce de forma muy rápida.^{15,16}

Indicaciones de los Regímenes Extendidos

Dentro de las principales indicaciones, médicas y no médicas, de los Regímenes Extendidos se encuentran:

- Endometriosis.
- Anemia.
- Fibromiomas.
- Metrorragias disfuncionales y orgánicas.
- Dismenorrea.
- Discapacidad física y/o mental.
- Enfermedades crónicas que se reactiven con la menstruación; asma, epilepsia, porfiria, artritis, otras.
- Decisión o deseo personal.

De todas las causas antes mencionadas, vale destacar que una de las principales razones por las cuales se comienza el uso del régimen de toma continua de los AOC, fue precisamente la búsqueda de un óptimo manejo de la Endometriosis en mujeres que no deseaban embarazarse, más tarde los especialistas centraron su atención en las ventajas que se asociaban a su uso y comenzaron a agregarse nuevas indicaciones, dentro de las cuales se destaca por sus excelentes resultados el tratamiento del "Sangramiento Uterino Disfuncional" y la Anemia Ferripriva que frecuentemente lo acompaña,^{2,4,17} situación esta muy común durante los períodos extremos de la vida reproductiva de la mujer (adolescencia y climaterio) y que juega en la actualidad un rol trascendental en el manejo de este frecuente trastorno funcional de la mujer.^{17,18}

En nuestra práctica personal iniciamos la prescripción de los Regímenes Extendidos hace alrededor de 5 años. Dado que nuestro perfil de trabajo ha estado dedicado principalmente a la atención ginecológica de niñas y adolescentes, la indicación más frecuente en nuestra práctica han sido los trastornos menstruales y muy en particular el sangramiento uterino disfuncional asociado a la persistencia folicular, seguido por la dismenorrea moderada y severa, pero no deja de ser llamativo que 7 pacientes solicitaran el método por deseo personal, aspecto este poco esperado dado el escaso conocimiento de este régimen de toma de los AOC por nuestra población en general y los mitos que en torno a la menstruación persisten en nuestro medio. En tanto dentro de las mujeres adultas predominó la indicación en pacientes portadoras de endometriosis.

Como ya mencionamos, resulta llamativo el hecho de que en nuestro medio comiencen a ganar espacio las solicitudes de uso de los regímenes extendidos en la toma de AOC por deseo personal. Dentro de estas predominan aquellas asociadas a estilos de vida y situaciones específicas en las cuales la menstruación pudiera resultar un evento adverso o no deseado. Este sería el caso de mujeres deportistas para las cuales la menstruación pudiera afectarles el entrenamiento o preparación

para una competencia determinada, algo similar ocurre con las bailarinas y otras manifestaciones artísticas que desean suspender las menstruaciones durante sus giras y presentaciones.

Otra causa que gana hoy día cada vez más espacio en la indicación de los regímenes extendidos, es el deseo de reducir o evitar el sangrado periódico por causa de viajes, vacaciones y matrimonio/luna de miel. Finalmente y aunque menos frecuente, existen mujeres que solicitan este método por el deseo de simplificar la higiene menstrual, deseo de amenorrea e incluso con vistas a aumentar la efectividad de los anticonceptivos.

Resulta importante insistir respecto a que los regímenes extendidos no tienen que prescribirse necesariamente como un método permanente, pudiendo recomendarse su toma temporal solo para afrontar situaciones específicas muy puntuales, ya sean médicas o sociales, este sería el caso ya mencionado de las artistas o bailarinas que se van de gira. En estos casos se puede sugerir la toma continua de los ACO durante el período o tiempo de la gira, regresar posteriormente a un régimen de toma cíclica tradicional, e incluso abandonar la protección anticonceptiva si ese fuese su deseo.

Similar conducta se ha asumido, en ocasiones, en el manejo de adolescentes vírgenes con anemia secundaria a trastornos menstruales severos, en las que después de resuelta la anemia y regulado el trastorno es posible interrumpir la toma continua.

Publicaciones recientes estiman que alrededor de 2,5 millones de mujeres norteamericanas entre 18 y 50 años padecen de trastornos del ciclo menstrual en sus diversas manifestaciones, ellas pudieran ser beneficiadas por la opción de la supresión menstrual que ofrecen los regímenes extendidos. Esto es particularmente válido en adolescentes y jóvenes que padecen de intensa dismenorrea primaria y/o hemorragias disfuncionales que se acompañan de anemia por pérdida de hierro.¹⁻⁵

El esquema recomendado en cada caso dependerá de la decisión de cada paciente, de manera global se describen dos pautas básicas de prescripción:

- Opción de sangrar lo menos posible: se recomienda la toma continua, y si aparece un goteo o sangrado mayor de 3 días, descansar de 5 a 7 días.

- Opción de sangrado fijo: en este caso se indica la toma continua por 3, 6 ó 9 ciclos con descanso fijo de 5 a 7 días al terminarlos.

En nuestra corta experiencia hemos utilizado regímenes de 9 y 12 semanas de toma consecutivas de ACO's activos, seguidos por 7 días de descanso. El intervalo de píldoras activas continuas lo incrementamos en 3 semanas en cada ciclo consecutivo (3, 6, 9 y 12 semanas). Si la paciente refiere presentar efectos colaterales molestos se mantiene entonces en el régimen previo mejor tolerado por ella.

Dentro de los aspectos a considerar en la indicación se deberá insistir en la necesidad de aclararles a las usuarias desde un principio que puede presentarse sangrado en forma de goteos intermitentes (spotting), lo cual es particularmente frecuente durante los primeros seis meses de iniciada la toma continua.

Otro elemento importante a tener en consideración por los proveedores es la necesidad de usar solamente preparados monofásicos, pues existen múltiples

evidencias de que el uso de preparados trifásicos se acompaña de una mayor frecuencia de sangrado irregular.

En caso de que la entrega de medicamentos no sea gratuita, se le deberá informar a la usuaria que el costo relacionado a las tabletas será mayor que el habitual, aunque el costo final será inferior. Existen múltiples publicaciones que avalan esta afirmación.^{19,20}

Resulta recomendable, en caso de pacientes con trastornos previos del ciclo menstrual, ponerlas inicialmente en un régimen estándar y después de haber logrado regular los ciclos, iniciar entonces los regímenes extendidos.^{14,16,17,21}

Beneficios y riesgos de los Regímenes Extendidos

Una de las principales razones por las cuales los médicos recomiendan el uso de los regímenes extendidos, es precisamente su efecto beneficioso sobre la eliminación y/o notoria reducción de los síntomas molestos que con frecuencia se asocian a la menstruación, como son el dolor premenstrual, la tensión y edema pre-menstrual, los cambios en el estado de ánimo y muchos otros incluidos dentro del síndrome premenstrual.^{16,18,21}

Otra ventaja importante de los regímenes extendidos es su eficacia anticonceptiva. Un estudio realizado en los EEUU con relación a la efectividad de Seasonale, un preparado de estro/progestáneos para toma extendida (91 días de toma extendida de un AOC que contiene 84 píldoras activas de 30 µg EE/150 µg LNG seguido por 7 píldoras inactivas o placebo), encontró que presentaba similares niveles de protección anticonceptiva y seguridad que las píldoras tradicionales de uso cíclico. En tanto el efecto secundario más comúnmente reportado fue la cefalea y el sangrado irregular, elemento este que tiene lugar principalmente durante los primeros meses de toma, que se reduce notablemente a partir del sexto mes de uso del método.²²

Los resultados preliminares que brindó otro estudio realizado basado en el uso de «Seasonale» que produce 4 menstruaciones al año, demuestran que su efectividad es equivalente a los regímenes Standard.²³ Este tipo de régimen se acompaña inicialmente de una mayor incidencia de goteo intermenstrual al compararlo con el método estándar, pero este decae después del primer nonestre de uso. Esto lo manifestaron unánimemente los investigadores asistentes a la reunión anual del *American College of Obstetricians and Gynecologists* del año 2004.²¹⁻²⁴

Finalmente una profunda evaluación realizada por la FDA concluyó que Seasonale posee riesgos similares a las otras formulaciones convencionales de AOC en lo relativo al riesgo de aparición de trombosis venosa, infarto del miocardio y otras afecciones cardiovasculares, este riesgo es mayor en caso de mujeres fumadoras.^{10,17,23}

Un estudio randomizado publicado por *Kwiecien* en la revista *Contraception* en el año 2003,⁹ expone los resultados de la utilización de un producto a base de EE 20 µg /LNG 100 µg en dos grupos de pacientes, uno de ellos en una pauta tradicional de toma cíclica y el otro en régimen extendido, ambos grupos tuvieron un estricto seguimiento por tres años, en él se estudió la ocurrencia de efectos indeseables asociados al uso de estos regímenes.

Sus conclusiones ponen en evidencia que tres años después de haber iniciado el uso de los regímenes extendidos, los días de sangrado por años se redujeron notablemente. Fue esta diferencia aún más significativa al evaluar el sangrado que

requirió protección, el cual en usuarias de regímenes extendidos fue solo de 13,4 días al año en tanto en las usuarias de ciclos habituales este fue de 31,2 días, la presencia de síntomas asociados al síndrome premenstrual se hallaron presentes en 0,6 días en las pacientes sometidas a regímenes extendidos contra 11,1 días en las que utilizaron ciclos tradicionales. Finalmente otro efecto beneficioso notorio fue la reducción de la dismenorrea, la cual fue prácticamente inexistente (1,5 días) en usuarias de regímenes extendidos contra 13,3 días en las sometidas a ciclos habituales.

Otro importante estudio sobre los posibles efectos secundarios asociados al uso de los regímenes extendidos realizado en 79 pacientes, fue el publicado por *Miller* y otros¹⁴ en el año 2003. Este autor al igual que el antes mencionado utilizó formulaciones que contenían EE 20 µg /LNG 100 µg, las que fueron indicadas a dos grupos de pacientes, unas en regímenes cíclicos habituales y las otras en regímenes extendidos, ambas con un seguimiento estrecho por 24 meses.

En esta investigación se concluyó que un 68 % de las usuarias de regímenes extendidos presentaron goteo irregular infrecuente (spotting), en los primeros 3 meses de uso del método, que se redujo notablemente al punto que 10 meses después de iniciada la toma extendida, 88 % de las usuarias cae en amenorrea. Igualmente otros estudios sobre el tema,^{1,2,5,8} reportan no haber encontrado diferencias significativas en el comportamiento de ambos grupos en aspectos como la ganancia de peso, incremento de la tensión arterial, cifras de hemoglobinas y otros parámetros.

En nuestra experiencia de seguimiento por más de cuatro años con 48 pacientes sometidas a este tipo de régimen hemos encontrado una sustancial reducción del Síndrome premenstrual y otros síntomas asociados a la menstruación, la dismenorrea desaparece en más del 90 % de las usuarias del método, se observa una notable mejoría de este síntoma en el 100 % de las pacientes, incluidas aquellas en que la indicación estuvo relacionada con el diagnóstico de una endometriosis. De igual forma logramos un alto nivel de regresión a la normalidad de las cifras de hemoglobina en aquellas pacientes portadoras de anemia ferripriva con antecedentes de sangramiento de causa disfuncional.

De las 48 pacientes incluidas, solo 9 (19 %) no lograron estabilizarse en un régimen extendido, fue el sangrado irregular e imprevisto y la cefalea las causas fundamentales de abandono del método, solo 2 de 7 pacientes que comenzaron los regímenes extendidos por deseo personal abandonaron el método por las causas antes mencionadas, el resto de las usuarias por decisión personal refirieron haber alcanzado sus objetivos y reflejaron mejoría en su calidad de vida.

Por último y no por ello menos importante, se ha llegado a estudiar hasta el comportamiento de los costos económicos para las usuarias de regímenes extendidos, comparadas con los relativos a los ciclos cíclicos tradicionales. Al respecto *Braunstein*¹⁹ en su estudio *Economics effects of reducing menstruation*, realiza una comparación de los costos del esquema cíclico con pausa mensual en relación con usuarias que utilizaban esquemas extendidos cada 3 meses seguidos por 7 días de pausa. En él se consideraron los costos directos como son, el costo por tableta de ACO, el relativo al consumo de productos de higiene femenina, consumo de analgésicos, feroterapia, también el referido a consultas médicas relacionadas con trastornos de flujos rojos. Así mismo tuvo también en consideración los costos indirectos, dados por la pérdida de salarios por incapacidad relacionada con la menstruación (dismenorrea, sangrado abundante, otras) y otros similares. Concluye que las usuarias de regímenes extendidos con pausa cada 3 meses se asociaron con una disminución significativa de los costos, tanto sociales

como los directos para la paciente, estos hallazgos han sido reportados también por otras investigaciones.²⁰

En nuestro estudio no pudimos evaluar el incremento o no de los costos relativos al consumo de tabletas, pues estas se entregaron de forma gratuita, no obstante sí comprobamos una reducción en los gastos relativos al consumo de toallas sanitarias, tampones, analgésicos y otros medicamentos.

Como dato final podemos afirmar que hasta la fecha no se han reportado diferencias significativas en relación con el riesgo de incremento de los trastornos del metabolismo lipídico, de la coagulación u otros semejantes.¹⁷ Queda pendiente para una evaluación a más largo plazo, el posible impacto o riesgo de la toma extendida de ACO sobre la incidencia de trombosis, cáncer de mama, riesgo cardiovascular y otros.^{11,17,25,26} Esta afirmación es unánime y la refieren todos los estudios realizados sobre este tema, a la cual nosotros nos sumamos.

Por lo antes expuesto la *National Women's Health Network* apoya y avala el uso de los regímenes extendidos, como una opción más a ser considerada por las mujeres que consultan solicitando anticoncepción hormonal, y son especialmente recomendadas en aquellas que desean reducir o suprimir sus ciclos menstruales, con independencia de la causa.¹⁰

Por último es necesario y prudente insistir en que los proveedores y trabajadores de la salud, deben de limitarse a informar sobre los diversos métodos y sus características, asimismo no recomendar o promover ninguno en especial. De presentarse la supresión de la menstruación como la opción ideal, pudiera traer como consecuencia una estigmatización de la mujer respecto a la menstruación, lo que a su vez podría incrementar su preocupación y rechazo a un evento fisiológico como lo es la menstruación, así como una respuesta exagerada ante los síntomas menstruales comunes. Esto es particularmente importante en adolescentes y jóvenes, que recién están conociendo su cuerpo y su funcionamiento, por lo que la indicación de este régimen en estas edades deberá basarse principalmente en razones médicas, en lugar de en el deseo personal, sin dejar por ello de ser una opción a evaluar en situaciones puntuales abordadas previamente.

CONSIDERACIONES FINALES

Considero oportuno afirmar que después de una extensa revisión del tema y basado en los resultados preliminares obtenidos en nuestro estudio, se recomienda que más que modificar, se torna necesario ampliar los actuales regímenes estándar de toma de los anticonceptivos orales de 21 días de tabletas activas con 7 días de intervalo libre de hormonas e introducir paulatinamente en nuestra práctica los Regímenes Extendidos.

Esta ampliación de las perspectivas y regímenes de uso de la anticoncepción hormonal resultará decisiva para el mejoramiento de la calidad de vida de la mujer cubana, se constituye en un derecho de la mujer y por tanto un deber a asumir por los proveedores de salud.

Conocer los nuevos regímenes y sus potencialidades constituye un reto y una necesidad imperiosa para los médicos de hoy, es su responsabilidad ineludible el mantener un alto nivel de actualidad e información en todos los temas referentes a

la anticoncepción, como parte de la atención integral a la salud sexual y reproductiva.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Anderson FD, Hait H . A multicenter, randomized study of an extended cycle oral contraceptive. *Contraception*. 2006 Aug;68(2):89-96.
2. ARPH: Extended-use contraception offers revolution in reproductive choices. *Contraceptive Technology Update*. 2003 Jul;24(7):73-6.
3. ARHP: Choosing when to menstruate: the role of extended contraception. *Clinical Proceedings*. 2003 Apr; (Spec No): [18] p.
4. ARHP: When to menstruate: what women want. *Contraceptive Technology Update*. 2003 Jul;24(7):75.
5. Arthur C. New Pill will allow women to have just three periods a year. *The Independent*, March 14; 2002.
6. Peláez J. Regímenes extendidos. Ventajas y desventajas. Trabajo presentado en el II Taller Nacional de Retinosis Pigmentaria "Orfilio Peláez in Memoriam". CIRP "Camilo Cienfuegos", 15-17 Nov 2007.
7. ARHP. Menstruation on hold? More women favor option. Source: *Contraceptive Technology Update*. 2003 May;24(5):54-5.
8. Mishell DR Jr. Rationale for decreasing the number of days of the hormone-free interval with use of low-dose oral contraceptive formulations. *Contraception*. 2005;71(4):304-5.
9. Kwiecien M. Choosing when to menstruate: the role of extended contraception. *Contraception*. 2003;93:263.
10. Shrader SP, Pharm D, Dickenson L M. Extended-and continuous-cycle oral contraceptives. *Pharmacotherapy*. 2008;28(8):1033-40.
11. Aton SB, Pike MC, Short RV. Women's reproductive cancers in evolutionary context. *Q Rev Biol*. 1994;69:353-67.
12. Spona J. Researchers explore extended contraception. *Contraception*. 1996;24:132.
13. Baerwald J, Simonds W. The role of extended cycle of oral contraception. *Contraception*. 2004;29:141.
14. Miller L, Notter KM. Menstrual reduction with extended use of combination oral contraceptive pills: randomized controlled trial, *Obstetrics & Gynecology*. 2003;98(5, pt. 1):771-8.
15. Hannaford PC, Selvaraj S, Elliott AM, Angus V, Iversen L, Lee AJ. Cancer risk among users of oral contraception: cohort data from the Royal College of General

Practitioner's oral contraceptives study. BMJ on line: 1-8. [serie en Internet] [citado 24 sept 07]. Disponible en:

<http://www.bmj.com/cgi/reprint/bmj.39289.649410.55v1.pdf>

16. Trussell J, Simonds W. Extending The Duration Of Active Oral Contraceptive Pills to Manage Hormone Withdrawal Symptoms. Perspectives on Sexual and Reproductive Health. Digest. 2002; 34(2).

17. Everet M, Perkins D. The effects of seven monophasic oral contraceptive regimens on hemostatic variables: conclusions from a large randomized multicenter study. Contraception. 2005 Mar; 67(3): 173-85.

18. Parker-Pope T. Eliminating Women's periods-Gynecologist say stopping ovulation with drugs or surgery can be healthy. The Wall Street Journal Europe. June 26, 2002.

19. Braunstein J. Economics of Reducing Menstruation, Obstetrics & Gynecology, 2003; 85(6,pt.3): 664-72.

20. Judge DE. Contraceptive use could save an average of \$1609 for every unintended pregnancy averted. Contraception. 2007 Mar; 75: 168-70.

21. Sulak PJ, Scow RD, Preece C. Hormone withdrawal Symptoms in oral contraceptive users. Obstet Gynecol. 2000; 95: 261-6.

22. Reuters Health. Barr gets approval for extended oral contraceptive. [homepage on the Internet] [updated 2003 Sep 8]. Disponible en:

<http://www.mum.org/olnws269.htm>

23. ARHP. National Women's Health Network Statement on using an extended cycle of oral contraceptive pill for menstrual suppression (Seasonale). Contraceptive Technology Update. 2003 September; 23(5): 54-61.

24. ARHP. Majority of Women Want Fewer Periods. Clinical Monograph. Contraceptive Technology Update. 2003 April; 26(8): 77.

25. Cachrimanidauo J. Haemostasis profile and lipid metabolism with a long interval use of Desogestrel containing oral contraceptive. Contraception. 1994; 60: 263.

26. Althuis MD, Brogan DR, Coates RJ, Daling JR, Gammon MD. Hormonal content and potency of oral contraceptives and breast cancer risk among young women. British Journal of Cancer. 2003 Jan 13; 88(1): 50-7.

Recibido: 14 de noviembre de 2008.

Aprobado: 2 de diciembre de 2008.

Dr. *Jorge Peláez Mendoza*. Centro Internacional de Retinosis Pigmentaria "Camilo Cienfuegos". L N° 151 e/ Línea y 13, Vedado. La Habana, Cuba. Teléfono: 833 3538 ext. 211. E-mail: drjpelaez@retina.sld.cu