



Universidad Abierta Interamericana

Sede Regional Rosario

Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud

Carrera de Medicina

Título: “Anticonceptivos orales: causas de abandono,
mitos y efectos adversos”

Alumna: Foenquinos, Romina

Tutor: Morente, Carlos



ÍNDICE:

Índice.....	1
Resumén.....	2
Introducción.....	3
Objetivos.....	6
Materiales y métodos.....	7
Resultados.....	9
Discusión.....	36
Conclusión.....	40
Bibliografía	41
Anexo 1.....	44
Anexo 2.....	49
Anexo 3.....	51



RESUMÉN:

El presente trabajo corresponde a un estudio observacional, descriptivo y transversal, realizado en base a encuestas realizadas a 260 pacientes, correspondientes a servicios de Ginecología de centros de atención pública y privada de la ciudad de Rosario, provincia de Santa Fe y de la ciudad de Paraná, provincia de Entre Ríos, durante el período de diciembre de 2011 a mayo de 2012.

Nuestros objetivos fueron conocer las causas de abandono de anticonceptivos hormonales orales, su relación con los efectos adversos y a su vez evaluar los conocimientos que tiene la mujer sobre la recuperación de la fertilidad luego de la suspensión del anticonceptivo oral.

Según el análisis de encuesta, se arribaron a las siguientes conclusiones:

La prevalencia de interrupción de la toma de anticonceptivos orales fue del 67,7% (176). La mayoría vinculado a descanso hormonal y en segundo lugar a un efecto adverso acontecido durante la toma de anticonceptivos orales, siendo los más frecuentes el aumento de peso y las cefaleas.

Se destaca que el nivel de conocimientos que tuvieron las mujeres sobre fertilidad y efectos adversos en relación con la toma de anticonceptivos orales fueron escasos.



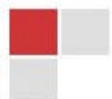
INTRODUCCIÓN:

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), se define a la Planificación Familiar, como un proceso tendiente a armonizar la reproducción humana en el nivel familiar de acuerdo con las necesidades de salud y bienestar de la familia. Para ello, contamos en la actualidad, con mecanismos para evitar un embarazo no deseado, los denominados métodos anticonceptivos.(1)

Dentro de los diferentes métodos anticonceptivos podemos nombrar los anticonceptivos hormonales, anticonceptivos de barrera, métodos combinados, métodos de abstinencia, anticoncepción quirúrgica y anticonceptivos intrauterinos.

A pesar de los grandes avances en las últimas décadas, la planificación familiar sigue inconclusa. En la actualidad, más de 120 millones de mujeres a nivel mundial quieren evitar el embarazo, pero ellas no utilizan una anticoncepción adecuada. Una de las razones, es el temor a los efectos colaterales e inquietudes relacionadas con la salud y la fertilidad. Otra de las causas, es porque no conocen las opciones anticonceptivas y su utilización. (2)

Según las estadísticas sanitarias de la Organización mundial de la salud, la tasa de uso de anticonceptivos a nivel mundial es un total del 28%(3), de los cuales los anticonceptivos orales (ACO) siguen siendo uno de los métodos más utilizados. Aproximadamente el 85% de las mujeres de EE.UU., los utilizan por un promedio de cinco años. Los anticonceptivos orales combinados, que contienen un estrógeno y un progestágeno, son usados por más de 10 millones de mujeres en los Estados Unidos, y por más de 78 millones en el mundo.(3,4)



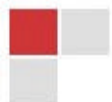
Sin embargo, su uso es muchas veces discontinuo. Así, las tasas de interrupción de los ACO varían entre 18% a 50%, lo que lleva al riesgo de embarazo no deseado. Los efectos secundarios son la razón más frecuente reportada por la cual las mujeres dejan de usar los ACO. (5)

Esta situación se puede observar en múltiples estudios de diferentes poblaciones de adolescentes que demuestran una suspensión del 50% de los ACO durante los primeros 6 meses de su uso. En un estudio de 209 adolescentes que inician los anticonceptivos orales, más del 45% de las participantes informaron la preocupación por el aumento de peso, y entre las que percibieron ese aumento, interrumpen los ACO con más frecuencia (37%) que aquellas que no perciben el cambio de peso (14%). (6)

En vista de la gran prevalencia en la discontinuidad de los anticonceptivos, el objetivo principal de este estudio será evaluar las causas de abandono del anticonceptivo oral, su relación con la presencia de efectos adversos. También se evaluará los conocimientos que tiene la mujer sobre las características de la fertilidad y la recuperación de ésta luego de la suspensión del ACO.

Con esto se busca conocer los métodos anticonceptivos con sus beneficios y riesgos, contribuyendo a que cada persona viva su sexualidad en forma plena pero también responsable. Sin embargo, es importante aclarar que no existe el método anticonceptivo ideal por lo cual dependerá de cada persona elegir el que mejor se adecue a sus necesidades y a su aceptabilidad.

Asimismo, el rol del médico/a ginecólogo/a es fundamental para informar acerca de todos los métodos disponibles. (7)



Desde las perspectivas humanistas es fundamental reconocer las expectativas e inquietudes acerca del uso de los métodos anticonceptivos, ya que sólo al entender las necesidades de las mujeres se puede llegar a una mayor efectividad y adherencia con los métodos. (8)

En vista de lo precedentemente expuesto, se decidió realizar un estudio descriptivo, observacional, transversal, en el que se estudiarán un total de 260 mujeres de 18-40 años que utilizaron o utilizan actualmente el método anticonceptivo oral en centros de atención pública y privada de la ciudad de Rosario, provincia de Santa Fe, y de la ciudad de Paraná, provincia de Entre Ríos, en las fechas correspondientes al 01/12/2011 hasta el 31/05/1012. Además se realizó una encuesta de 20 preguntas, previa toma de un consentimiento informado.

Problema:

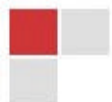
Se plantea los siguientes interrogantes: ¿Cuáles son las causas de abandono del anticonceptivo y qué relación hay entre los efectos adversos, de acuerdo a las experiencias vividas y a los conocimientos que tiene la mujer? ¿Qué sabe la mujer sobre la recuperación de la fertilidad luego de la toma de anticonceptivos?



OBJETIVOS:

- **Generales:**
 - Conocer las causas de abandono de anticonceptivos hormonales orales.
 - Conocer la relación que hay entre el abandono de los anticonceptivos hormonales orales y los efectos adversos.
 - Analizar los conocimientos que tiene la mujer sobre la recuperación de la fertilidad luego de la suspensión del anticonceptivo oral.

- **Específicos:**
 - Relacionar las variables edad, escolaridad, ocupación con los conocimientos que tienen las mujeres sobre los anticonceptivos hormonales orales.
 - Conocer las causas de abandono de anticonceptivo oral que se dan con mayor frecuencia.
 - Analizar las decisiones que toma la mujer con o sin su pareja, respecto al abandono del anticonceptivo oral.
 - Investigar el interés y la predisposición que tiene la mujer para conocer sobre el anticonceptivo oral que está utilizando.



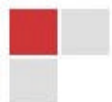
MATERIALES Y MÉTODOS:

Se llevó a cabo un estudio descriptivo, observacional y transversal, que investigó las causas de abandono de los anticonceptivos hormonales orales en relación con los efectos adversos de los mismos y la fertilidad.

Se realizaron 260 encuestas que fueron repartidas en forma personalizada a mujeres que concurrieron al servicio de Ginecología del Centro de Salud n°8 “La Independencia”, del Centro de Salud “Jean Henry Dunant” y del Centro Médico IPAM de la ciudad de Rosario, provincia de Santa Fe, y del Hospital San Martín de la ciudad de Paraná, provincia de Entre Ríos.

La muestra estuvo constituida por mujeres de 18 a 40 años, encuestadas entre el 01/12/2011 al 31/05/2012. Se les preguntó si aceptaban completar la encuesta mientras se encontraban en la sala de ginecología de la Institución respectiva. La encuesta, constó de veinte preguntas cerradas, destinadas a coleccionar información sobre el abandono de anticonceptivos orales. (Véase Anexo 1). A las mismas se les explicó los fines de dicho estudio y se les invitó a firmar un consentimiento informado. (Véase Anexo 2).

Para la realización de la encuesta se tuvo en cuenta los cuidados mínimos para evitar tendenciosidad, dificultad de comprensión y reacciones negativas de la encuestada.



Análisis Estadístico:

Los datos obtenidos fueron ingresados en un primer paso al formato “hoja de cálculos” del programa Microsoft Excel, para su posterior análisis estadístico resumiendo la información obtenida en tablas y gráficos.

Para el análisis estadístico se utilizaron los siguientes programas:

- Microsoft Office Excel 2003
- SPSS version 11.5
- SAS versión 9.1

Se utilizaron los siguientes test:

- Prueba de la probabilidad exacta de Fisher
- Estadística Chi-cuadrado de Pearson

Para todos los test se utilizó un nivel de significación del 5% ($\alpha=0,05$).

Técnicas Estadísticas descriptivas:

Las variables cualitativas se describieron a través de frecuencias y porcentajes.



RESULTADOS ESTADÍSTICOS:

Análisis descriptivo y resolución de objetivos planteados:

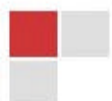
Durante el período de diciembre de 2011 a mayo de 2012, se realizaron 260 encuestas a mujeres de entre 18 a 40 años de edad, que concurrieron al servicio de Ginecología de centros de atención pública y privada, de las ciudades de Rosario (Santa Fe) y de la ciudad de Paraná (Entre Ríos).

Edad	n	%
18 a 20 años	41	15,8
21 a 30 años	142	54,6
31 a 40 años	77	29,6
Total	260	100

El 54,6% (142) de las mujeres encuestadas tiene entre 21 y 30 años, el 29,6% (77) tiene entre 31 y 40 años y el 15,8% (41) entre 18 a 20 años.

Provincia	n	%
Rosario	185	71,2
Paraná	75	28,8
Total	260	100

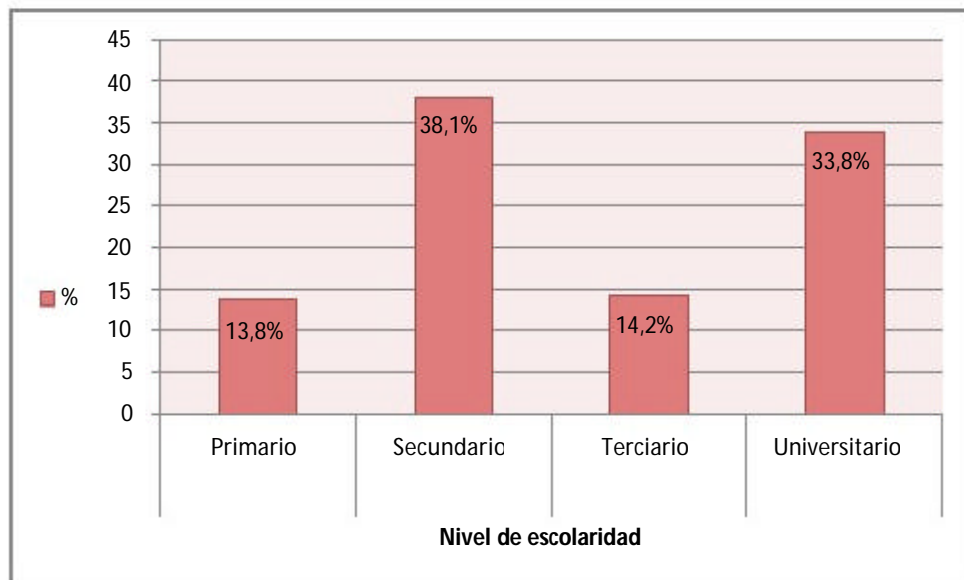
El 71,2% (185) de las encuestas se realizó en la ciudad de Rosario y el 28,8% (75) se realizaron en Paraná.



¿En qué lugar Ud. realiza la consulta ginecológica?	N	%
Centro de salud	116	44,6
Hospital Público	75	28,8
Consultorio Privado	59	22,7
Sanatorio	10	3,8
Total	260	100

El 44,6% (116) de las mujeres se atiende en centros de salud, el 28,8% (75) en hospital público, el 22,7% (59) en consultorio privado y el 3,8% (10) en sanatorios.

Gráfico 1: Nivel educativo de las mujeres encuestadas



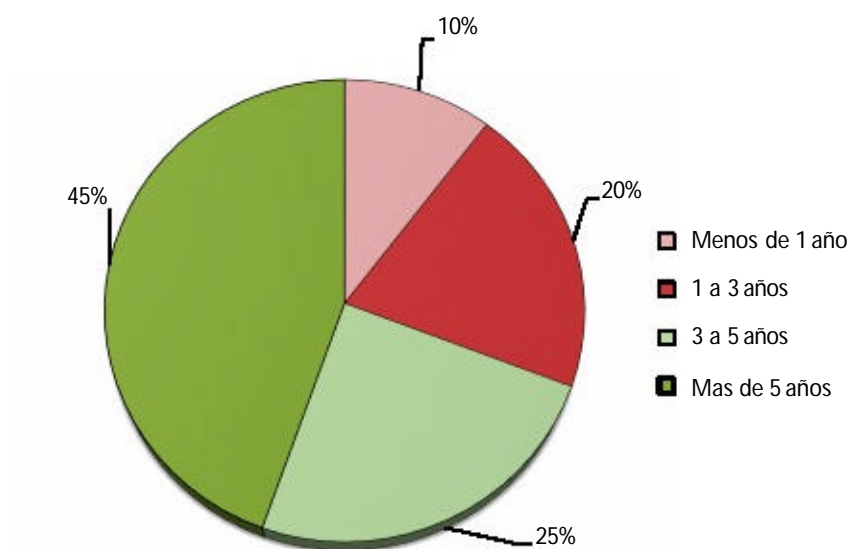
El 38,1% (99) de las mujeres tiene secundario, el 33,8% (88) universitario, el 14,2% (37) terciario y el 13,8% (36) primario.

Actividad Laboral	n	%
Estudio	103	39,6
Trabajo	86	33,1
Ama de casa	68	26,2
Ninguna	3	1,2
Total	260	100

El 39,6% (103) de las mujeres estudia, el 33,1% (86) trabaja, el 26,2% (68) es ama de casa, y el 1,2% (3) no tiene ninguna actividad laboral.

* 260 mujeres encuestadas utilizaron en algún momento o utiliza el método de anticoncepción oral (pastillas)

Gráfico 2: Tiempo transcurrido entre la 1º menstruación y el comienzo de la toma de anticonceptivos



El 45% (116) tuvo más de 5 años de tiempo entre la primer menstruación y el comienzo de la toma de anticonceptivos, el 25% (64) estuvo entre 3 y 5 años, el 20% (53) entre 1 y 3 años, y el 10% (27) menos de un año

¿Interrumpió la toma del anticonceptivo en alguna circunstancia?	n	%
Si	176	67,7
No	84	32,3
Total	260	100

El 67,7% (176) de las mujeres interrumpió la toma de anticonceptivos en alguna circunstancia y el 32,2% (84), no lo interrumpió.

A las 176 mujeres que interrumpieron, se les hicieron las siguientes 6

preguntas:

1- ¿La interrupción del anticonceptivo fue por consejo de su médico?

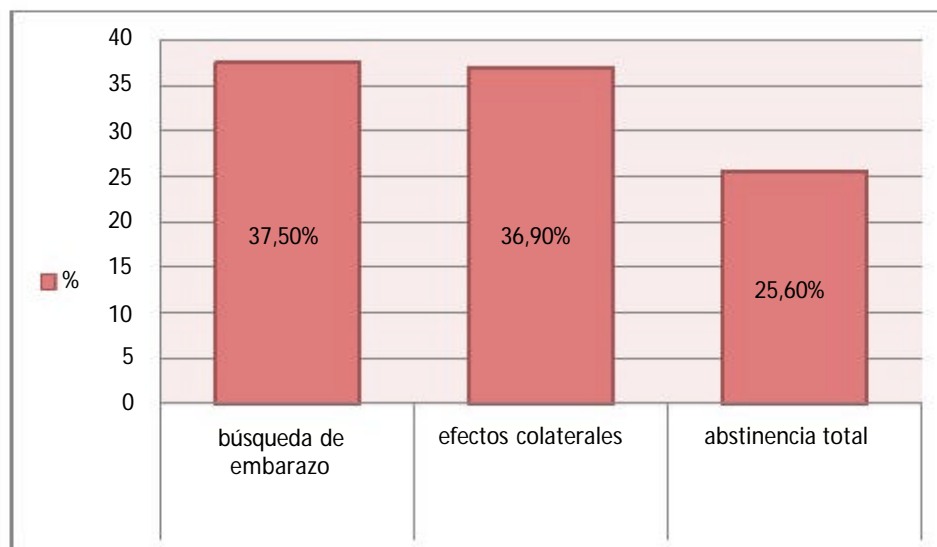
Respuestas	n	%
No	120	68,2
Si	56	31,8
Total	176	100

El 68,2% (120) de las mujeres no interrumpió el anticonceptivo por consejo de su médico y el 31,8% (56), si lo interrumpió por consejo de su médico.



2- Causa de dicha interrupción:

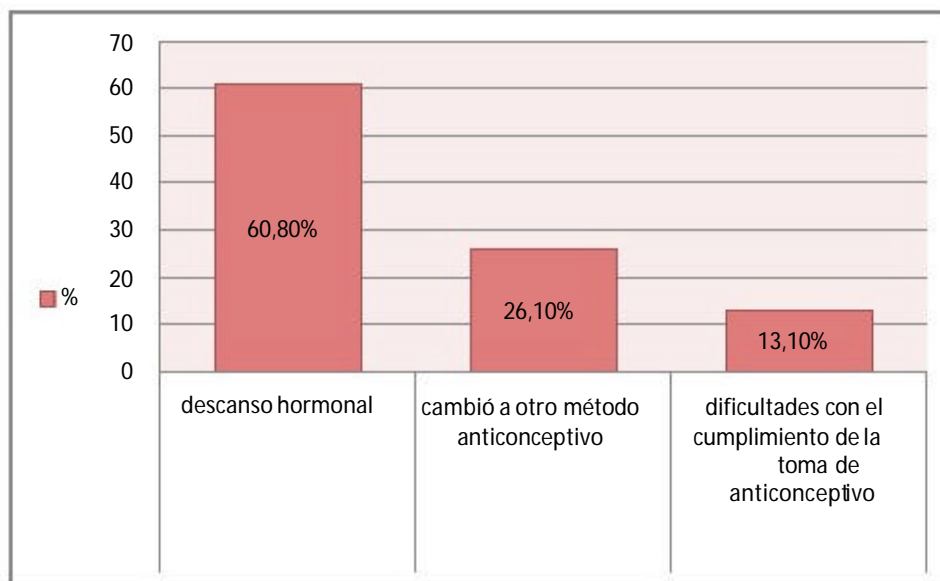
Gráfico 3: Causa de interrupción del ACO



El 37,5% (66) interrumpió por búsqueda de embarazo, el 36,9% (65), por efectos colaterales y el 25,6% (45), por abstinencia total.

3- ¿Con qué relaciona esa suspensión del anticonceptivo?

Gráfico 4: Causa de suspensión del ACO



El 60,8% (107) refirió que esa suspensión fue debido a un descanso hormonal. El 26,1% (46), porque cambió a otro método anticonceptivo y el 13,1% (23), por dificultades con el cumplimiento de la toma de anticonceptivo.

4- ¿Le informó a su pareja la decisión de abandonar la toma de anticonceptivos?

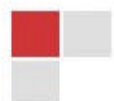
Respuesta	n	%
Si	141	80,1
No	35	19,9
Total	176	100

El 80,1% (141) de las mujeres, informó a su pareja sobre la decisión de abandonar la toma de anticonceptivos, y el 19,9% (35) no le informó.

5- ¿La decisión de suspender los anticonceptivos fue conjunta con su pareja?

Respuesta	N	%
Si	110	62,5
No	66	37,5
Total	176	100

El 62,5% (110) de las mujeres tomó la decisión de suspender los anticonceptivos en forma conjunta y el 37,5% (66), no.



6- ¿Volvió a utilizar el método de anticonceptivos oral luego de su interrupción?

Respuesta	n	%
Si	117	66,5
No	59	33,5
Total	176	100

El 66,5% (117) de las mujeres, volvió a usar método de anticoncepción oral luego de la interrupción y el 33,5% (59), no.

Lista de efectos indeseables que escucharon nombrar o conocen las mujeres

Efectos Indeseables que conoce de los anticonceptivos	Frecuencia	%
Aumento de peso	171	75
Cefaleas (dolor de cabeza)	113	49,6
Nauseas y vómitos	88	38,6
Retención de líquidos	80	35,1
Favorecen la aparición de varices	79	34,6
Sangrado intermenstrual (entre las menstruaciones)	61	26,8
Dolor en mamas	51	22,4
Irritabilidad	42	18,4
Depresión	34	14,9
Favorecen a la aparición de infecciones por hongos	18	7,9



Nota: pregunta de respuesta múltiple sobre las 228 pacientes que respondieron sobre algún efecto indeseable

¿Leyó alguna vez el folleto explicativo que viene con el anticonceptivo?	n	%
Si	217	83,5
No	43	16,5
Total	260	100

El 83,5% (217) de las mujeres, leyó alguna vez el folleto explicativo que viene con el anticonceptivo y el 16,5% (43), no lo leyó.

Lista de efectos indeseables que tuvieron las mujeres

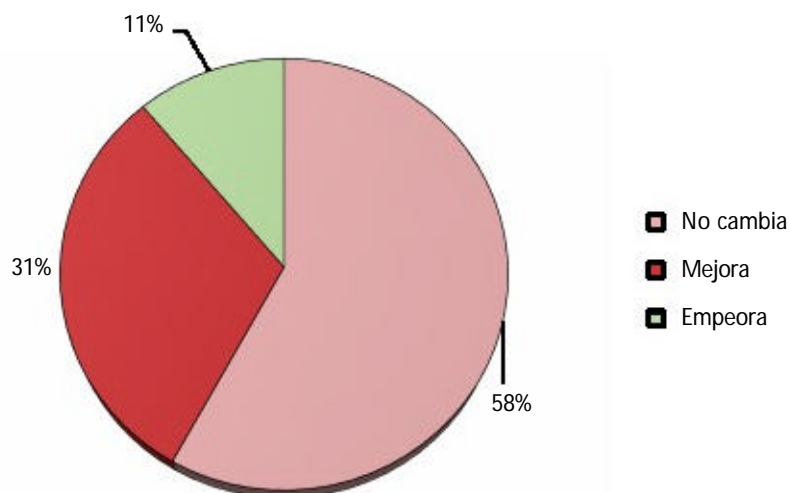
Efectos Indeseables que tuvieron las mujeres	Frecuencia	%
Aumento de peso	70	45,8
Cefaleas	41	26,8
Aparición de varices	31	20,3
Sangrado intermenstrual	28	18,3
Retención de líquidos	26	17
Nauseas y vómitos	25	16,3
Dolor de mamas	23	15,0
Irritabilidad	21	13,7
Ausencia de menstruación	11	7,2
Depresión	9	5,9
Aparición de infecciones por hongos	7	4,6
Otros(*)	42,6	

Nota: pregunta de respuesta múltiple sobre las 152 pacientes que respondieron sobre algún efecto indeseable



(*) "Otros" agregaron: aumento de colesterol (1), manchas en la cara (1), aumento del tamaño de mamas (1), dolor de piernas (1).

Gráfico 5: ¿Cree que la posibilidad de quedar embarazada se modifica con el uso previo de anticonceptivos?



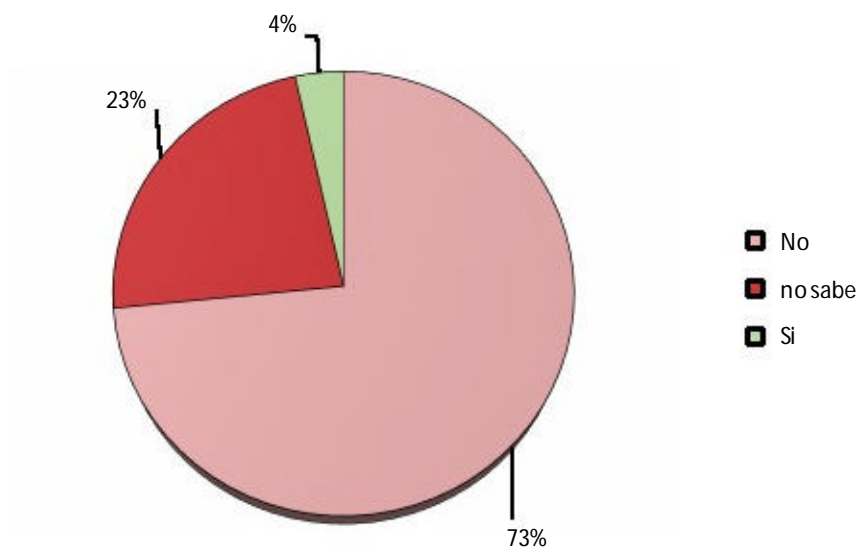
El 58% (151) de las mujeres cree que la posibilidad de quedar embarazada no cambia con el uso previo de anticonceptivos. El 31% (80) dice que mejora y el 11% (29) dice que empeora.

¿Cuanto tiempo cree usted que tiene que transcurrir para quedar embarazada desde la suspensión de los anticonceptivos?	n	%
3 meses	73	28,1
6 meses	28	10,8
9 meses	9	3,5
1 año	16	6,2
2 años	6	2,3
Nada	78	30
No sabe	50	19,2
Total	260	100



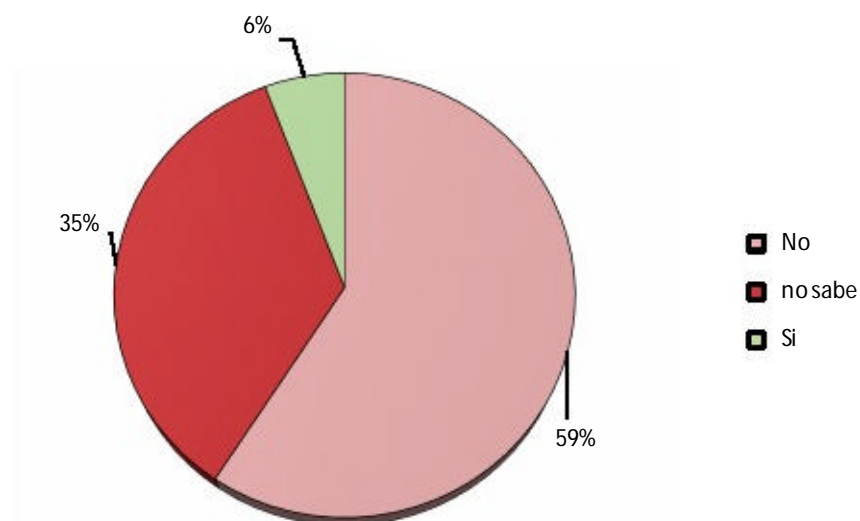
El 28,1% (73) de las mujeres cree que deben transcurrir 3 meses para quedar embarazada desde la suspensión de los anticonceptivos. El 10,8% (28), 6 meses. El 3,5% (9), 9 meses. El 6,2% (16), 1 año. El 2,3% (6), 2 años. El 30% (78), nada y el 19,2% (50) no sabe.

Gráfico 6: ¿Cree usted que el uso de anticonceptivos aumenta la probabilidad de tener hijos con malformaciones congénitas?



El 73% (191) de las mujeres no cree que el uso de anticonceptivos aumenta la probabilidad de tener hijos con malformaciones congénitas. El 23% (60), no sabe y el 4% (9), cree que sí.

Gráfico 7: ¿Cree usted que el uso de anticonceptivos aumenta la posibilidad/frecuencia de embarazo múltiple?



El 59% (154) de las mujeres, no cree que el uso de anticonceptivos aumenta la posibilidad/frecuencia de embarazo múltiple. El 35% (91), no sabe y el 6% (15) cree que sí.

Cruces de variables:

Tiempo que pasó entre la menarca y comienzo de la toma de los anticonceptivos según el que lugar de atención.

Tiempo que pasó desde la primer menstruación y el comienzo de la toma de anticonceptivos	Lugar donde realizan la consulta ginecológica				Total n (%)
	Hospital Público n (%)	Sanatorio n (%)	Consultorio Privado n (%)	Centro de salud n (%)	
menos de 1 año	6 (22,2)	0 (0)	3 (11,1)	18 (66,7)	27 (100)
1 a 3 años	14 (26,4)	1 (1,9)	10 (18,9)	28 (52,8)	53 (100)
3 a 5 años	14 (21,9)	3 (4,7)	17 (26,6)	30 (46,9)	64 (100)
más de 5 años	41 (35,3)	6 (5,2)	29 (25)	40 (34,5)	116 (100)
Total	75	10	59	116	260



En base a la evidencia muestral se concluye que no existen diferencias estadísticamente significativas entre el tiempo que pasó desde la primer menstruación y el comienzo de la toma de anticonceptivos, según el lugar donde se atienden las pacientes ($p=0,102$)

Suspensión del anticonceptivo según la edad

Causa de suspensión del anticonceptivo	Edad (en años)			Total
	18 a 20 n (%)	21 a 30 n (%)	31 a 40 n (%)	
cambió a otro método anticonceptivo	2 (9,1)	19 (21,3)	25 (38,5)	46
dificultades con el cumplimiento de la toma de anticonceptivos	2 (9,1)	16 (18,0)	5 (7,7)	23
descanso hormonal	18 (81,8)	54 (60,7)	35 (53,8)	107
Total	22 (100)	89 (100)	65 (100)	176

De 22 mujeres entre 18 y 20 años, se encontró que 2 (9,1%), cambiaron a otro método anticonceptivo, 2 (9,1%) tuvieron dificultades con el cumplimiento de la toma de anticonceptivo y 18 (81,8%) realizaron descanso hormonal.

De 89 mujeres entre 21 y 30 años, se encontró que 19 (21,3%) cambiaron a otro método anticonceptivo, 16 (18%) tuvieron dificultades con el cumplimiento de la toma de anticonceptivo y 54 (60,7%) realizaron descanso hormonal.

De 65 mujeres entre 31 y 40 años, se encontró que 25 (38,5%) cambiaron a otro método anticonceptivo, 5 (7,7%) tuvieron dificultades con el cumplimiento de la toma de anticonceptivo y 35 (53,8%) realizaron descanso hormonal.



De acuerdo a lo anterior el mayor motivo de suspensión, sin importar la edad, fue el descanso hormonal, ya que se presentaron los porcentajes más altos en los 3 grupos de edades.

En base a la evidencia muestral se concluye que existen diferencias estadísticamente significativas entre la forma con que relaciona la suspensión del anticonceptivo y la edad de las pacientes ($p=0,016$)

Conocimientos de efectos indeseables según la edad

Efectos Indeseables que conocen	Edad (en años)						Total		P
	18 a 20 n (%)		21 a 30 n (%)		31 a 40 n (%)		n (%)		
Náuseas y vómitos	9	22,0	52	36,6	27	35,1	88	33,8	0,209
Cefaleas (dolor de cabeza)	15	36,6	63	44,4	35	45,5	113	43,5	0,619
Depresión	4	9,8	21	14,8	9	11,7	34	13,1	0,639
Irritabilidad	3	7,3	29	20,4	10	13,0	42	16,2	0,089
Aumento de peso	23	56,1	95	66,9	53	68,8	171	65,8	0,349
Sangrado intermenstrual	9	22,0	41	28,9	11	14,3	61	23,5	0,05 (*)
Aparición de infecciones por hongos	3	7,3	12	8,5	3	3,9	18	6,9	0,445
Retención de líquidos	10	24,4	54	38	16	20,8	80	30,8	0,019 (*)
Favorecen la aparición de varices	9	22,0	46	32,4	24	31,2	79	30,4	0,433
Dolor en mamas	4	9,8	32	22,5	15	19,5	51	19,6	0,192
Ninguno	12	29,3	15	10,6	5	6,5	32	12,3	<0,001 (*)
Total de encuestadas	41		142		77		260		

Se estudió cada uno de los efectos indeseables que conocen las mujeres según el grupo de edad al que pertenecen. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas (*) con respecto a la respuesta del sangrado intermenstrual, de la retención de líquidos y de ninguno. Mostrando en ambos que los mayores porcentajes se dan en las edades de 18 a 20 y de 21 a 30 años. Esto quiere decir que el conocimiento referido al sangrado menstrual,



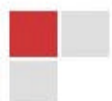
difiere según el grupo de edad de las pacientes ($p=0,05$), el conocimiento sobre la retención de líquidos difiere según la edad de las pacientes ($p=0,019$). Con respecto a las que no conocen algún efecto indeseable, el mayor porcentaje se da en la edad de 18 a 20 años.

Conocimiento de efectos indeseables según el nivel de escolaridad

Efectos Indeseables que conocen	Nivel de escolaridad								Total n (%)		P
	Primario n (%)		Secundario n (%)		Terciario n (%)		Universitario n (%)				
Náuseas y vómitos	6	16,7	32	32,3	14	37,8	36	40,9	88	33,8	0,07
Cefaleas (dolor de cabeza)	11	30,6	35	35,4	17	45,9	50	56,8	113	43,5	0,009(*)
Depresión	2	5,6	12	12,1	4	10,8	16	18,2	34	13,1	0,255
Irritabilidad	3	8,3	12	12,1	11	29,7	16	18,2	42	16,2	0,044
Aumento de peso	21	58,3	65	65,7	26	70,3	59	67,0	171	65,8	0,734
Sangrado intermenstrual	4	11,1	15	15,2	9	24,3	33	37,5	61	23,5	0,001 (*)
Aparición de infecciones por hongos	1	2,8	5	5,1	1	2,7	11	12,5	18	6,9	0,08
Retención de líquidos	5	13,9	23	23,2	7	18,9	45	51,1	80	30,8	< 0,001(*)
Favorecen la aparición de varices	5	13,9	28	28,3	10	27,0	36	40,9	79	30,4	0,022 (*)
Dolor en mamas	5	13,9	13	13,1	6	16,2	27	30,7	51	19,6	0,015 (*)
Ninguno	4	11,1	17	17,2	4	10,8	7	8,0		12,3	0,279
Total	31		71		27		52				

Se evaluaron los efectos indeseables que conocen las mujeres según el nivel de escolaridad. Se encontraron diferencias significativas en las respuestas sobre cefaleas, sangrado intermenstrual, aparición de varices, retención de líquidos y dolor de mamas.

En cefaleas ($p=0,009$), en sangrado intermenstrual ($p=0,001$), en la retención de líquidos ($p=<0,001$) y en la aparición de varices ($p=0,022$), existía



el mayor porcentaje para el nivel universitario. A diferencia en dolor de mamas que mostró el mayor porcentaje en el nivel secundario.

Conocimientos de efectos indeseables según la actividad laboral

Efectos Indeseables que conocen	Actividad laboral								Total n (%)		P
	Estudio n (%)		Trabajo n (%)		Ama de casa n (%)		Ninguna n (%)				
Náuseas y vómitos	46	44,7	25	29,1	15	22,1	2	66,7	88	33,8	0,008 (*)
Cefaleas (dolor de cabeza)	54	52,4	33	38,4	26	38,2	0	0,0	113	43,5	0,062
Depresión	22	21,4	6	7,0	6	8,8	0	0,0	34	13,1	0,014 (*)
Irritabilidad	22	21,4	11	12,8	9	13,2	0	0,0	42	16,2	0,286
Aumento de pesc	73	70,9	56	65,1	41	60,3	1	33,3	171	65,8	0,319
Sangrado intermenstrual	34	33,0	18	20,9	8	11,8	1	33,3	61	23,5	0,012 (*)
Aparición de infecciones por hongos	13	12,6	4	4,7	1	1,5	0	0,0	18	6,9	0,026 (*)
Retención de líquidos	45	43,7	24	27,9	10	14,7	1	33,3	80	30,8	0,001 (*)
Favorecen la aparición de varices	46	44,7	22	25,6	10	14,7	1	33,3	79	30,4	< 0,001 (*)
Dolor en mamas	23	22,3	14	16,3	13	19,1	1	33,3	51	19,6	0,692
Ninguno	11	10,7	9	10,5	11	16,2	1	33,3	32	12,3	0,441
Total	103		86		68		3				

Se evaluaron los efectos indeseables que conocen las mujeres según actividad laboral. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas (*) en las respuestas sobre náuseas y vómitos, depresión, sangrado intermenstrual, aparición de infecciones por hongos, retención de líquido y aparición de várices. En náuseas y vómitos ($p=0,008$), existía un mayor porcentaje para las mujeres que no realizan alguna actividad y para las que estudian. En depresión ($p=0,014$), existía un mayor porcentaje para las mujeres



que estudian. En sangrado intermenstrual ($p=0,012$), existía un mayor porcentaje para las mujeres que no realizan alguna actividad y para las que estudian. En la aparición de infecciones por hongos ($p=0,026$), existía un mayor porcentaje para las mujeres que estudian. En la retención de líquidos ($p=0,001$), existía un mayor porcentaje para las mujeres que estudian y en la aparición de varices ($p=<0,001$), existía un mayor porcentaje para las mujeres que estudian.

Efectos indeseables que las mujeres tuvieron según la edad

Efectos Indeseables que tuvieron	Edad (en años)						Total		P
	18 a 20 n (%)		21 a 30 n (%)		31 a 40 n (%)		n (%)		
Náuseas y vómitos	2	4,9	9	6,3	14	18,2	25	9,6	0,009 (*)
Cefaleas	9	22,0	19	13,4	13	16,9	41	15,8	0,394
Depresión	1	2,4	3	2,1	5	6,5	9	3,5	0,221
Irritabilidad	2	4,9	10	7,9	9	11,7	21	8,1	0,346
Aumento de pesc Sangrado intermenstrual	12	29,3	35	24,6	23	29,9	70	26,9	0,661
Ausencia de menstruación	1	2,4	23	16,2	4	5,2	28	10,8	0,007 (*)
Aparición de infecciones por hongos	0	0,0	6	4,2	1	1,3	7	2,7	0,35
Retención de líquidos	4	9,8	14	9,9	8	10,4	26	10,0	0,991
Aparición de varices	2	4,9	15	10,6	14	18,2	31	11,9	0,08
Dolor de mamas	2	4,9	14	9,9	7	9,1	23	8,8	0,61
Ninguno	22	53,7	58	40,8	27	35,1	107	41,2	0,81
Otros	1	2,4	2	1,4	1	1,3	4	1,6	0,147
Total:	41		142		77		260		0,009 (*)

Se evaluaron los efectos indeseables que presentaron las mujeres según su edad. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas (*) en las respuestas sobre náuseas y vómitos y en el sangrado intermenstrual. En náuseas y vómitos ($p=0,009$) existía un mayor porcentaje en las mujeres de 31



a 40 años y en el sangrado intermenstrual ($p=0,007$), existía un mayor porcentaje en las mujeres de 21 a 30 años.

Efectos indeseables que las mujeres tuvieron según la escolaridad

Efectos Indeseables que tuvieron	Nivel de escolaridad								P
	Primario n (%)		Secundario n (%)		Terciario n (%)		Universitario n (%)		
Náuseas y vómitos	5	13,9	11	11,1	2	5,4	7	8,0	0,563
Cefaleas	3	8,3	17	17,2	4	10,8	17	19,3	0,367
Depresión	3	8,3	4	4,0	0	0	2	2,3	0,226
Irritabilidad	6	16,7	7	7,1	1	2,7	7	8,0	0,161
Aumento de peso	14	38,9	34	34,3	6	16,2	16	18,2	0,012(*)
Sangrado intermenstrual	1	2,8	11	11,1	2	5,4	14	15,9	0,115
Ausencia de menstruación	0	0	4	4,0	1	2,7	6	6,8	0,352
Aparición de infecciones por hongos	2	5,6	2	2,0	1	2,7	2	2,3	0,716
Retención de líquidos	4	11,1	8	8,1	1	2,7	13	14,8	0,181
Aparición de varices	2	5,6	11	11,1	3	8,1	15	17,0	0,244
Dolor de mamas	4	11,1	8	8,1	3	8,1	8	9,1	0,954
Ninguno	12	33,3	36	36,4	19	51,4	40	45,5	0,25
Otros	0	0	0	0	0	0	4	4,5	0,79
Total:	36		99		37		88		

Se evaluaron los efectos indeseables que tuvieron las mujeres según el nivel de escolaridad. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas (*) con respecto al aumento de peso.

En aumento de peso ($p=0,012$), existía un mayor porcentaje en las mujeres que tuvieron primario y secundario.



Efectos indeseables que las mujeres tuvieron según la actividad

laboral

Efectos Indeseables que tuvieron	Actividad laboral								P
	Estudio		Trabajo				Ama de casa		
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Náuseas y vómitos	4	3,9	9	10,5	11	16,2	1	33,3	0,026 (*)
Cefaleas	18	17,5	9	10,5	14	20,6	0	0	0,284
Depresión	3	2,9	4	4,7	2	2,9	0	0	0,892
Irritabilidad	6	5,8	5	5,8	10	14,7	0	0	0,134
Aumento de peso	29	28,2	21	24,4	20	29,4	0	0	0,643
Sangrado intermenstrual	14	13,6	10	11,6	4	5,9	0	0	0,396
Ausencia de menstruación	6	5,8	5	5,8	0	0	0	0	0,229
Aparición de infecciones por hongos	6	5,8	1	1,2	0	0	0	0	0,086
Retención de líquidos	12	11,7	9	10,5	5	7,4	0	0	0,754
Aparición de varices	12	11,7	17	19,8	2	2,9	0	0	0,014 (*)
Dolor de mamas	6	5,8	8	9,3	9	13,2	0	0	0,376
Ninguno	48	46,6	36	41,9	21	30,9	2	66,7	0,793
Otros	2	1,9	1	1,2	2	1,5	0	0	0,168
Total:	103		86		68		3		

Se evaluaron los efectos indeseables que tuvieron las mujeres según la actividad laboral. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas (*) en náuseas y vómitos y en la aparición de várices.

En náuseas y vómitos ($p=0,026$), existía un mayor porcentaje en las mujeres que no realizan alguna actividad. En la aparición de varices ($p=0,014$), existía un mayor porcentaje para las mujeres que trabajan.



Creencia sobre la posibilidad de quedar embarazada se modifica con el
uso previo de anticonceptivos según edad

Creencia sobre la posibilidad de quedar embarazada se modifica con el uso previo de anticonceptivos	Edad (en años)						Total
	18 a 20 n (%)		21 a 30 n (%)		31 a 40 n (%)		
	Mejora	17	41,46	34	23,94	29	
Empeora	6	14,63	16	11,27	7	9,09	29
No cambia	18	43,90	92	64,79	41	53,25	151
Total	41	100	142	100	77	100	260

En base a la evidencia muestral, se concluye que no existen diferencias estadísticamente significativas referidas al creer o no que la posibilidad de quedar embarazada se modifica con el uso previo de anticonceptivos, según la edad de las pacientes ($p=0,077$)

Creencia sobre la posibilidad de quedar embarazada se modifica con el
uso previo de anticonceptivos según nivel de escolaridad

Creencia sobre la posibilidad de quedar embarazada se modifica con el uso previo de anticonceptivos	Nivel de escolaridad								Total
	Primario n (%)		Secundario n (%)		Terciario n (%)		Universitari o n (%)		
	Mejora	19	52,8	35	35,4	8	21,6	18	
Empeora	3	8,3	9	9,1	2	5,4	15	17,0	29
No cambia	14	38,9	55	55,6	27	73,0	55	62,5	151
Total	36	100	99	100	37	100	88	100	260



En base a la evidencia muestral se concluye, que existen diferencias estadísticamente significativas, referidas al creer o no que la posibilidad de quedar embarazada se modifica con el uso previo de anticonceptivos, según la escolaridad de las pacientes ($p=0,004$), mostrando un mayor porcentaje para la respuesta de mejora, en el nivel primario.

Creencia sobre la posibilidad de quedar embarazada se modifica con el uso previo de anticonceptivos según actividad laboral

Creencia que la posibilidad de quedar embarazada se modifica con el uso previo de anticonceptivos	Actividad laboral								Total
	Estudio n (%)		Trabajo n (%)		Ama de casa n (%)		Ninguna n (%)		
Mejora	24	23,3	25	29,1	28	41,2	3	100	80
Empeora	14	13,6	8	9,3	7	10,3	0	0,0	29
No cambia	65	63,1	53	61,6	33	48,5	0	0,0	151
Total	103	100	86	100	68	100	3	100	260

En base a la evidencia muestral se concluye, que existen diferencias estadísticamente significativas con respecto al creer o no que la posibilidad de quedar embarazada se modifica con el uso previo de anticonceptivos, según la actividad laboral de las pacientes ($p=0,034$), mostrando los mayores porcentajes para la respuesta de que mejora, en las mujeres que no realizan alguna actividad, y para las ama de casa.



Tiempo que tiene que transcurrir para quedar embarazada desde la
suspensión de los anticonceptivos según edad

Tiempo que tiene que transcurrir para quedar embarazada desde la suspensión de los anticonceptivos	Edad (en años)						Total
	18 a 20		21 a 30		31 a 40		
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
3 meses	8	19,5	42	29,6	23	29,9	73
6 meses	3	7,3	8	5,6	17	22,1	28
9 meses	3	7,3	3	2,1	3	3,9	9
1 año	3	7,3	4	2,8	9	11,7	16
2 años	1	2,4	3	2,1	2	2,6	6
Nada	14	34,1	53	37,3	11	14,3	78
No sabe	9	22,0	29	20,4	12	15,6	50
Total	41	100	142	100	77	100	260

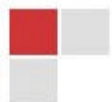
En base a la evidencia muestral, se concluye que existen diferencias estadísticamente significativas referidas al tiempo que cree que tiene que transcurrir para quedar embarazada desde la suspensión de los anticonceptivos, según la edad de las pacientes ($p= 0,001$). Mostrando los mayores porcentajes para la respuesta de 3 meses, en las mujeres de 21 a 30 y 31 a 40 años. Mostrando además, los mayores porcentajes para la respuesta nada, en las mujeres de 21 a 30 años.



Tiempo que tiene que transcurrir para quedar embarazada desde la
suspensión de los anticonceptivos según nivel de escolaridad

Tiempo que tiene que transcurrir para quedar embarazada desde la suspensión de los anticonceptivos	Nivel de escolaridad								Total
	Primario n (%)		Secundario n (%)		Terciario n (%)		Universitario n (%)		
3 meses	11	30,6	28	28,3	14	37,8	20	22,7	73
6 meses	7	19,4	14	14,1	1	2,7	6	6,8	28
9 meses	0	0,0	6	6,1	2	5,4	1	1,1	9
1 año	6	16,7	4	4,0	4	10,8	2	2,3	16
2 años	3	8,3	2	2,0	0	0,0	1	1,1	6
Nada	3	8,3	27	27,3	8	21,6	40	45,5	78
No sabe	6	16,7	18	18,2	8	21,6	18	20,5	50
Total	36	100	99	100	37	100	88	100	260

En base a la evidencia muestral, se concluye que existen diferencias estadísticamente significativas con respecto al tiempo que cree que tiene que transcurrir para quedar embarazada desde la suspensión de los anticonceptivos, según el nivel de escolaridad de las pacientes ($p < 0,001$). Mostrando los mayores porcentajes para las respuestas de 3 meses, y nada, en los niveles terciario y universitario respectivamente.



Tiempo que tiene que transcurrir para quedar embarazada desde la
suspensión de los anticonceptivos según actividad laboral

Tiempo que tiene que transcurrir para quedar embarazada desde la suspensión de los anticonceptivos	Actividad laboral								Total
	Estudio n (%)		Trabajo n (%)		Ama de casa n (%)		Ninguna n (%)		
3 meses	24	23,3	28	32,6	20	29,4	1	33,3	73
6 meses	6	5,8	13	15,1	8	11,8	1	33,3	28
9 meses	4	3,9	2	2,3	3	4,4	0	0,0	9
1 año	4	3,9	0	0,0	12	17,6	0	0,0	16
2 años	2	1,9	1	1,2	3	4,4	0	0,0	6
Nada	41	39,8	24	27,9	13	19,1	0	0,0	78
No sabe	22	21,4	18	20,9	9	13,2	1	33,3	50
Total	103	100	86	100	68	100	3	100	260

En base a la evidencia muestral, se concluye que existen diferencias estadísticamente significativas, referido al tiempo que cree que tiene que transcurrir para quedar embarazada desde la suspensión de los anticonceptivos, según la actividad laboral de las pacientes ($p=0,003$), mostrando los mayores porcentajes para las respuestas de 3 meses, y nada en las mujeres que no realizan alguna actividad y para las que estudian respectivamente.



Creencia sobre el uso de anticonceptivos aumenta la probabilidad de tener hijos con malformaciones congénitas según edad

Creencia sobre el uso de los anticonceptivos aumenta la probabilidad de tener hijos con malformaciones congénitas	Edad (en años)						Total
	18 a 20 n (%)		21 a 30 n (%)		31 a 40 n (%)		
	Si	1	2,44	2	1,41	6	
No	28	68,29	111	78,17	52	67,53	191
No sabe	12	29,27	29	20,42	19	24,68	60
Total	41	100	142	100	77	100	260

En base a la evidencia muestral, se concluye que no existen diferencias estadísticamente significativas con respecto al creer o no que el uso de anticonceptivos aumenta la probabilidad de tener hijos con malformaciones congénitas, según la edad de la paciente ($p=0,086$)

Creencia sobre el uso de anticonceptivos aumenta la probabilidad de tener hijos con malformaciones congénitas según nivel de escolaridad

Creencia sobre el uso de los anticonceptivos aumenta la probabilidad de tener hijos con malformaciones congénitas?	Nivel de escolaridad								Total
	Primario n (%)		Secundario n (%)		Terciario n (%)		Universitario n (%)		
	Si	2	5,6	2	2,0	2	5,4	3	
No	16	44,4	67	67,7	31	83,8	77	87,5	191
No sabe	18	50,0	30	30,3	4	10,8	8	9,1	60
Total	36	100	99	100	37	100	88	100	260



En base a la evidencia muestral, se concluye que existen diferencias estadísticamente significativas referidas al creer o no que el uso de anticonceptivos aumenta la probabilidad de tener hijos con malformaciones congénitas, según el nivel de escolaridad de las pacientes ($p < 0,001$), mostrando el mayor porcentaje para la respuesta de no, en el nivel universitario.

Creencia sobre el uso de anticonceptivos aumenta la probabilidad de tener hijos con malformaciones congénitas según la actividad laboral

Creencia sobre el uso de los anticonceptivos aumenta la probabilidad de tener hijos con malformaciones congénitas	Actividad laboral								Total
	Estudio n (%)		Trabajo n (%)		Ama de casa n (%)		Ninguna n (%)		
Si	2	1,9	4	4,7	3	4,4	0	0,0	9
No	81	78,6	69	80,2	39	57,4	2	66,7	191
No sabe	20	19,4	13	15,1	26	38,2	1	33,3	60
Total	103	100	86	100	68	100	3	100	260

En base a la evidencia muestral, se concluye que existen diferencias estadísticamente significativas con respecto al creer o no que el uso de anticonceptivos aumenta la probabilidad de tener hijos con malformaciones congénitas, según la actividad laboral de las pacientes ($p=0,024$), mostrando mayores porcentajes para la respuesta de no, en las mujeres que trabajan y estudian.



Creencia sobre el uso de anticonceptivos aumenta la
posibilidad/frecuencia de embarazo múltiples según edad

Creencia sobre el uso de los anticonceptivos aumenta la posibilidad/frecuencia de embarazos múltiples	Edad (en años)						Total
	18 a 20		21 a 30		31 a 40		
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
Si	1	2,4	9	6,3	5	6,5	15
No	24	58,5	91	64,1	39	50,6	154
No sabe	16	39,0	42	29,6	33	42,9	91
Total	41	100,0	142	100,0	77	100,0	260

En base a la evidencia muestral, se concluye que no existen diferencias estadísticamente significativas referidas a la creencia o no de que el uso de anticonceptivos aumente la posibilidad de embarazos múltiples, según la edad de las pacientes ($p=0,267$)

Creencia sobre el uso de anticonceptivos aumenta la
posibilidad/frecuencia de embarazos múltiples según el nivel de
escolaridad

¿Cree usted que el uso de los anticonceptivos aumenta la posibilidad/frecuencia de embarazos múltiples?	Nivel de escolaridad								total
	Primario		Secundario		Terciario		Universitario		
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
Si	2	5,6	3	3,0	1	2,7	9	10,2	15
No	9	25,0	61	61,6	24	64,9	60	68,2	154
No sabe	25	69,4	35	35,4	12	32,4	19	21,6	91
Total	36	100	99	100	37	100	88	100	260

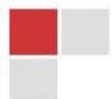


En base a la evidencia muestral, se concluye que existen diferencias estadísticamente significativas con respecto a la creencia o no de que el uso de anticonceptivos aumente la posibilidad de embarazos múltiples, según el nivel de educación de las pacientes ($p < 0,001$). Mostrando un mayor porcentaje para una respuesta positiva, en mujeres de nivel universitario, y una respuesta de no se, en mujeres de nivel primario.

Creencia sobre el uso de anticonceptivos aumenta la posibilidad/frecuencia de embarazos múltiples según la actividad laboral

¿Cree usted que el uso de los anticonceptivos aumenta la posibilidad/frecuencia de embarazos múltiples?	Actividad laboral								Total
	Estudio		Trabajo		Ama de casa		Ninguna		
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)		
Si	8	7,8	3	3,5	4	5,9	0	0,0	15
No	70	68,0	51	59,3	31	45,6	2	66,7	154
No sabe	25	24,3	32	37,2	33	48,5	1	33,3	91
Total	103	100	86	100	68	100	3	100	260

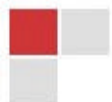
En base a la evidencia muestral, se concluye que existen diferencias estadísticamente significativas con respecto a la creencia o no de que el uso de anticonceptivos aumente la posibilidad de embarazos múltiples, según la actividad laboral de las pacientes ($p = 0,06$), mostrando un mayor porcentaje de respuestas positivas, en mujeres que estudian, y una respuesta de no sabe, en mujeres ama de casa.



DISCUSIÓN:

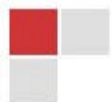
En el presente trabajo se evalúa las causas de abandono del uso del anticonceptivo oral, relacionado a su vez con la presencia de efectos adversos. Se analiza también, los conocimientos que tiene la mujer sobre las características de la fertilidad y la recuperación de ésta luego de la suspensión del ACO.

Se observó que entre 260 mujeres, el 67,7% decidió interrumpir la toma de ACO en alguna circunstancia, de las cuales el 37,5% se lo atribuyó a la búsqueda de embarazo; otro 36,9% por efectos colaterales, en quienes el aumento de peso (45,8%), cefaleas (26,8%) y la aparición de varices (20,3%) fueron los más destacados. Finalmente, otro 25,6%, abandonó los ACO por abstinencia. Estas observaciones, fueron diferentes a las del estudio CHICD ("Contraceptive use and discontinuation: Finding from the contraceptive history initiation and choice study") (9), el cual mostró que de 146 mujeres, 128 reportaron haber abandonado los anticonceptivos orales, por abstinencia el 22,7%, por deseo de embarazo el 14,1%, y por otras causas el 63,3% restante. Entre éste último grupo (otras razones), se destacaron: 12 mujeres sometidas a un procedimiento de esterilización, 10 experimentaron náuseas durante el uso de anticonceptivo oral, 6 con episodios de depresión, 6 querían un "descanso hormonal", 5 que tuvieron ganancia de peso, 5 con dolores de cabeza, y 5 quedaron embarazadas durante el uso de anticonceptivos orales. Otras razones para la suspensión incluyeron micosis, cobertura del seguro, adherencia, hipertensión arterial, y sangrado por disrupción.



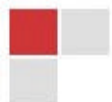
En contraposición, el estudio Oral Contraceptive Discontinuation: Do Side Effects matter? (5), mostró sobre un total de 1716 mujeres, que la mayor causa de interrupción de ACO (45,5%), fue por razones sociales, como quedarse sin anticonceptivos, olvidarse de la toma de los mismos y problemas con el uso correcto de los ACO. El 33,8%, presentó efectos secundarios, como razón para suspender el ACO, que incluyeron: alteración en el ciclo menstrual, acné, caída del cabello, aumento de peso, dolor de cabeza, mal humor, y cambios en la visión, así también como la declaración "no me gusta". Por el contrario, las mujeres no informaron tener una disminución de su libido como una razón para detener los ACO. Los "otros" motivos para la suspensión de los ACO con un total de 20,7%, abarcaban (en orden de frecuencia): abstinencia, embarazo, contraindicación médica, y cambio a otro método anticonceptivo.

En nuestro estudio, un 60,8% relacionó la interrupción de los ACO con el descanso hormonal, un 26,1% con cambio a otro método anticonceptivo y un 13,1% a dificultades con el cumplimiento de la toma. Con respecto a la recomendación médica de interrumpir los ACO, sólo se pudo observar un total del 31,8%, y el restante lo hace por decisión propia en un total del 68,2%. En comparación al trabajo español "La práctica de los "descansos" en el uso de los anticonceptivos orales en España. Resultados de cuatro encuestas de ámbito nacional" (10), señaló que en el año 1997, el 42% de las mujeres que utilizaban ACO realizaban "descansos", observándose esta misma práctica en un 37% en el año 2003. A su vez se recalcó que la recomendación médica de realizar "descansos", fue superior al 70%, mientras que en los años 2001-2003 existió una ligera reducción al 62%.



En nuestro trabajo se observó un gran interés sobre los ACO, ya que un 83,5% aseguró haber leído por lo menos alguna vez el prospecto, y sólo un 16,5% negó haberlo hecho. Se concluyó que existen diferencias estadísticamente significativas según el nivel de escolaridad, en varios aspectos encuestados a saber, entre ellos: los efectos adversos conocidos, resaltando cefaleas, sangrado intermenstrual, la retención de líquidos, la aparición de varices y dolor de mamas. Otro aspecto demostrado, fue la creencia o no, sobre la modificación de la posibilidad de quedar embarazada con el uso previo de ACO, según la escolaridad de las pacientes. De igual manera se observó en el conocimiento del tiempo a transcurrir para quedar embarazada desde la suspensión de los ACO, tuvo una diferencia estadísticamente significativa según la escolaridad, dando el mismo resultado en otras áreas, como la probabilidad de tener hijos con malformaciones congénitas, y si aumenta la posibilidad de embarazos múltiples. Estos datos fueron similares al trabajo “Conocimiento de los medicamentos anticonceptivos en una población universitaria” (12), en el cual se demostró que independientemente del área de conocimiento al que pertenezcan las mujeres, casi el 100% de estas usuarias se leyeron el prospecto, señalando que la población universitaria de Sevilla tuvo un grado de conocimiento muy similar, sin que el área a la que pertenezcan sea decisiva.

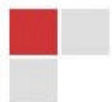
A diferencia del estudio “Conocimientos generales y uso de métodos anticonceptivos en mujeres en edad reproductiva de 14 países de América Latina” (11), el cual explicó que el 85% de las entrevistadas ignoraron el contenido y efectos de los anticonceptivos orales.



En el estudio realizado, se observó que la decisión de abandonar los ACO fue de la pareja en un 63%, y a su vez el 80% de las mujeres le informaron a su pareja dicha decisión. En contraposición al mismo, el trabajo “Conocimientos generales y uso de métodos anticonceptivos en mujeres en edad reproductiva de 14 países de América Latina” (11), señaló que la toma de decisiones para el uso de los métodos anticonceptivos se definió por la pareja en un 44,5% y por la mujer sola en un 36,6%.

En nuestro trabajo, las entrevistadas remarcaron sobre el tiempo que debe transcurrir para quedar embarazada desde la suspensión de los ACO es “nada” en un 30%; 3 meses en un 28,1% y en un 19,2% no sabían la respuesta. Relacionados dichos datos con el trabajo “Return to fertility after cessation of a continuous oral contraceptive” (13), marcó que la tasa de gestación fue del 57% a los 3 meses y el 81% a los 12 meses luego de la suspensión de ACO.

En nuestro estudio se observó que solo un 31% afirma que la fertilidad mejora con el uso previo de los ACO; un 58% no cambia la fertilidad y un 11% empeora. En comparación a lo ante dicho, el estudio “Prolonged use of oral contraception before a planned pregnancy is associated with a decreased risk of delayed conception” (14), señaló que, aquellas mujeres cuyo embarazo fue planeado y anteriormente habían usado ACO, afirmaron que el tiempo necesario para concebir era el 74,2% en = 6 meses, 14% en 6-12 meses y 12-5 después de un año. Reafirmó también que el uso prolongado de anticonceptivos orales está estadísticamente asociado con un menor riesgo de retraso de la concepción, y así también se asocio con una mejor fecundidad.



CONCLUSIÓN:

En este trabajo la prevalencia de interrupción en la toma de anticonceptivos orales en mujeres de 18-40 años, es del 67,7%. Dicha decisión en la mayoría de las entrevistadas, no fue por consejo del médico.

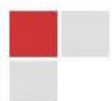
La mayoría de las mujeres, realizan un descanso hormonal durante la toma de los anticonceptivos orales.

Un alto porcentaje dice haber tenido por lo menos algún efecto adverso durante la toma de ACO, siendo los más prevalentes el aumento de peso y las cefaleas.

Con respecto a los conocimientos que tienen las encuestadas sobre los anticonceptivos orales, se observa que les interesa obtener información, habiendo leído el prospecto del fármaco en la mayoría de los casos. Sin embargo, esto no concuerda con la información que tienen con respecto a los efectos adversos y a la fertilidad en relación con la toma de ACO.

La mayor información sobre si la fertilidad mejora con el uso previo de ACO, la tienen las mujeres de nivel de escolaridad primario, y las que son ama de casa.

Es fundamental el rol que debe cumplir el médico en la transmisión de información y en la educación sobre el uso adecuado de ACO.

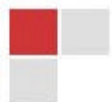


BIBLIOGRAFÍA:

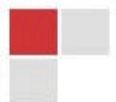
1. Gaffield Mary E., Curtis Kathryn M., Mohllajee Anshu P., Peterson Herbert B. Medical eligibility criteria for new contraceptive methods: combined hormonal patch, combined hormonal vaginal ring and the etonogestrel implant. *Contracepcion*. 2006; 73: 134-144.
2. Organización Mundial de la Salud, Departamento de Salud Reproductiva e Investigación, Facultad de Salud Pública Bloomberg de John Hopkins. *Planificación familiar: Un manual mundial para proveedores*. 2007.
3. Organización Mundial de la Salud. *Estadísticas sanitarias mundiales*. 2010.
4. Dazza Daniel, López Julio S. *Diagnóstico y Terapéutica en Endocrinología Ginecológica y Reproducción* 1era edición. Ed. Ascune hnos. Unidad VI. 2004; capítulo 1: 775-820.
5. Westhoff Carolyn L., Heartwell Stephen, Edwards Sharon, Zieman Mimi, Stuart Gretchen, Cwiak Carrie, Davis Anne, Robilotto Tina, Cushman Linda, Kalmuss Debra. Oral Contraceptive Discontinuation: Do Side Effects matter? *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2007; 196: 412.e1-412.e7.
6. O'Connell Katharine, Davis Anne R., Kerns Jennifer. Oral contraceptives: side effects and depression in adolescent girls. *Contracepcion*. 2007; 75: 299-304.
7. Oizerovich Silvia. *Mitos en anticoncepción*. Asociación médica Argentina de anticoncepción. 2007.



8. Gómez-Sánchez Pio Iván, Pardo Yaira. Percepciones del uso de anticonceptivos en Bogotá (Colombia) 2009, estudio cualitativo. *Colombiana de Obstetricia y Ginecología*. 2010; 61 (1): 34-41.
9. Brunner Huber Larissa R., Hogue C.J., Stein A.D., Drews C., Zieman M., King J., Schayes S. Contraceptive use and discontinuation: Finding from the contraceptive history initiation and choice study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2006; 194 (5): 1290-5.
10. Dueñas J. L., Lete I., Serrano I., Doval J. L., Martínez Salmeán, Bermejo C. Coll, R., Parrilla J., Rodriguez M. La práctica de los “descansos” en el uso de los aco en España. Resultados de cuatro encuestas de ámbito nacional. *Progreso de Obstetricia y Ginecología*. 2006; 49 (1): 25-3.
11. Haro Santoyo S., Saldivar Alvarado G., Corral Ruíz J. Luis, Pons Chirigliano J. Enrique, Córdova Santiago, Domínguez del Olmo Javier, Ponce Rosas E. Raúl, Gómez Clavelina F. Javier, Coria Arnulfo Irigoyen. Conocimientos generales y uso de métodos anticonceptivos en mujeres en edad reproductiva de 14 países de América Latina. *Atención Familiar*. 2007; 14 (1):12-16.
12. Sanchez del Moral R., Herrera Carranza J. Conocimiento de los medicamentos anticonceptivos en una población universitaria. *Seguimiento Farmacoterapéutico*. 2005; 3 (3): 130-134.
13. Barnhart Kurt, Mirkin Sebastian, Grubb Gary, Constantine Ginger. Return to fertility after cessation of a continuous oral contraceptive. *Fertility and Sterility*. 2009; 91 (5): 1654-1656.



14. Farrow Alexandra, Hull M. G. R., Northstone K., Taylor H.,
Golding Hum Jean. Prolonged use of oral contraception before a planned
pregnancy is associated with a decreased risk of delayed conception. 2002;
17 (10) :2754-2761.



ANEXO N°1: ENCUESTA

1. Edad de la encuestada:

- a. 18 a 20 años
- b. 21 a 30 años
- c. 31 a 40 años

2. ¿En qué lugar Ud. realiza la consulta ginecológica?

- a. Hospital público
- b. Hospital privado
- c. Consultorio privado
- d. Centro de salud

3. Nivel de escolaridad:

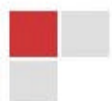
- a. Primario
- b. Secundario
- c. Terciario
- d. Universitario

4. Actividad laboral:

- a. Estudio
- b. Trabajo
- c. Ama de casa
- d. Ninguna

5. ¿Ud. Utilizó en algún momento o utiliza actualmente el método de anticoncepción oral (pastillas)?

- a. Si
- b. No



6. ¿Cuánto tiempo pasó desde su primera menstruación y el comienzo de la toma del anticonceptivo?
- a. Menos de 1 año
 - b. 1 a 3 años
 - c. 3 a 5 años
 - d. Más de 5 años
7. ¿Interrumpió la toma del anticonceptivo en alguna circunstancia?
- a. Si (si respondió SI pase a la pregunta N°8)
 - b. No (si respondió NO pase a la pregunta N°14)
8. ¿La interrupción del anticonceptivo fue por consejo de su médico?
- a. Si
 - b. No
9. Marque con una cruz la causa de dicha interrupción:
- a. Efectos colaterales
 - b. Búsqueda de embarazo
 - c. Abstinencia total (Ya no tiene relaciones sexuales)
10. ¿Con qué relaciona esa suspensión del anticonceptivo?
- a. Cambió a otro método anticonceptivo (ligadura de trompas, uso de DIU, uso de preservativo, uso de diafragma, abstinencia periódica)
 - b. Dificultades con el cumplimiento de la toma del anticonceptivo
 - c. Descanso hormonal



11. ¿Le informó a su pareja la decisión de abandonar la toma de anticonceptivo?

- a. Si
- b. No

12. ¿La decisión de suspender los anticonceptivos fue conjunta con su pareja?

- a. Si
- b. No

13. ¿Volvió a utilizar el método de anticoncepción oral luego de su interrupción?

- a. Si
- b. No

14. Marque con una cruz los efectos indeseables que le explicaron o que conoce

de los anticonceptivos:

- a. Nauseas y vómitos
- b. Cefaleas (dolor de cabeza)
- c. Depresión
- d. Irritabilidad
- e. Aumento de peso
- f. Sangrado intermenstrual (entre las menstruaciones)
- g. Favorecen a la aparición de infecciones por hongos
- h. Retención de líquidos
- i. Favorecen la aparición de varices
- j. Dolor en mamas
- k. Ninguno



15. ¿Leyó alguna vez el folleto explicativo que viene con el anticonceptivo?

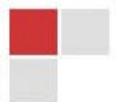
- a. Si
- b. No

16. Marque los efectos indeseables de los anticonceptivos que tuvo o tiene:

- a. Nauseas y vómitos
- b. Cefaleas
- c. Depresión
- d. Irritabilidad
- e. Aumento de peso
- f. Sangrado intermenstrual
- g. Ausencia de menstruación
- h. Aparición de infecciones por hongos
- i. Retención de líquidos
- j. Aparición de varices
- k. Dolor en mamas
- l. Ninguno
- m. Otro, especifique:

17. ¿Cree que la posibilidad de quedar embarazada se modifica con el uso previo de anticonceptivos?

- a. Mejora
- b. Empeora
- c. No cambia



18. ¿Cuánto tiempo cree usted que tiene que transcurrir para quedar embarazada desde la suspensión de los anticonceptivos?

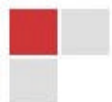
- a. 3 meses
- b. 6 meses
- c. 9 meses
- d. 1 año
- e. 2 años
- f. Nada
- g. No sabe

19. ¿Cree usted que el uso de anticonceptivos aumenta la probabilidad de tener hijos con malformaciones congénitas?

- a. Si
- b. No
- c. No sabe

20. Cree usted que el uso de anticonceptivos aumenta la posibilidad/frecuencia de embarazos múltiples (mellizos, trillizos, etc.)

- a. Si
- b. No
- c. No sabe



ANEXO N° 2

Declaración de Consentimiento Informado

El presente proyecto de investigación titulado “Anticonceptivos orales: causas de abandono, mitos y efectos adversos” es conducido por Foenquinos Romina, estudiante de la carrera de Medicina de la Universidad Abierta Interamericana, de la ciudad de Rosario, provincia de Santa Fe. El objetivo de este estudio es investigar sobre las causas de interrupción de los anticonceptivos orales.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una encuesta. Esto tomará aproximadamente 15 minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus datos personales serán protegidos e incluidos en un fichero que deberá estar sometido a y con las garantías de la Ley Nacional de Protección de Datos Personales (N°25.326).

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él.

Desde ya le agradezco su participación.

Acepto participar voluntariamente en este proyecto de investigación, conducido por Foenquinos Romina. He sido informada de la meta de este estudio.

Me han indicado también que tendré que responder preguntas en una encuesta, lo cual tomará aproximadamente 15 minutos.



Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informada de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo interrumpir mi participación, si así lo considero.

Tomando ello en consideración, OTORGO mi CONSENTIMIENTO a que esta encuesta sea utilizada para cubrir los objetivos especificados en el proyecto.

Nombre del Participante	Edad	Firma del Participante	Fecha
(en letras de imprenta)	DNI		

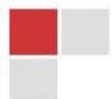


ANEXO N°3: MARCO TEORICO

La planificación familiar basada en el uso de métodos anticonceptivos eficaces, respeta uno de los derechos humanos fundamentales, el de disfrutar una vida sexual y a su vez elegir libremente el número de hijos que se desea tener, además de permitir mejorar las tasas de supervivencia infantil, tanto en los países en desarrollo como en los desarrollados. Al mismo tiempo, mejora la salud materna por cuanto permite tener los hijos en el momento más adecuado, tanto desde el punto de vista físico como psíquico. (1)

Ahora bien, a pesar de todos los aspectos beneficiosos enumerados, y de otros muchos que no mencionamos, todavía existen limitaciones y dificultades con el uso de los métodos anticonceptivos. Una de las razones se debe al temor a efectos colaterales e inquietudes relacionadas con la salud y la fertilidad, acompañado a su vez de los innumerables mitos y falta de información por parte de la mujer sobre dicha problemática.

Se sabe que la consulta por anticoncepción es uno de los mayores desafíos que el profesional de la salud debe abordar, tanto por lo que significa para la paciente vivir una sexualidad plena, como para evitar que la misma se exponga a situaciones de riesgo como embarazo no planificado, infecciones de transmisión sexual, entre otras. Los especialistas reconocen que el vínculo entre el médico/a y la paciente es un factor indispensable para llegar a la elección de un buen método anticonceptivo abordando tanto los aspectos biológicos como psicológicos y sociales del paciente. (2)



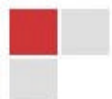
Anticoncepción hormonal

El primer texto médico del que se tiene noticia de la anticoncepción fue El Papiro de Petri, de 1850 antes de Cristo, donde figuraban ya las recetas anticonceptivas. Soranos, el ginecólogo más importante de la antigüedad, hizo la descripción más brillante y original sobre las técnicas anticonceptivas antes del siglo XIX. ..."Un anticonceptivo se diferencia de un abortivo en que el primero no permite que tenga lugar la concepción, mientras que el último destruye lo que ha sido concebido..." Desde finales del siglo XIX se sospechaba que los ovarios segregaban una sustancia que inhibía la ovulación, pero hubo que esperar hasta 1950 a que el doctor Gregory Pincus y el doctor John Rock comenzaron a realizar diferentes trabajos con compuestos hormonales, y en 1956 el doctor Pincus anuncia en Puerto Rico el descubrimiento de la píldora.

El uso de la anticoncepción desde la antigüedad, nos demuestra que la sociedad, ha comprendido la necesidad de utilizar estas técnicas y que debido a su evolución, que en primera instancia estuvieron más influidas por las costumbres y las creencias -algunas todavía con vigencia- hoy contamos con anticonceptivos eficaces, inocuos y económicos.(3)

Las condiciones que debe reunir un anticonceptivo para ser ideal, son las siguientes:

- Eficacia: impedir en el 100% de los casos la aparición del embarazo no deseado.



- Reversibilidad: suspendido su uso, el embarazo debe producirse sin ningún problema importante atribuible al método utilizado.
- Tolerabilidad: no debe tener efectos secundarios indeseables.
- Aceptabilidad: su utilización no debe crear conflictos matrimoniales en lo que respecta a creencias religiosas, costumbres, sexualidad, etc.

- Practicabilidad: debe ser fácil de usar.(4)

Dentro de los diferentes métodos anticonceptivos podemos nombrar

- Los métodos anticonceptivos temporales: métodos de barrera físicos (preservativo, diafragma), método de barrera químicos (óvulos y cremas espermicidas), métodos combinados (tampones con espermicidas y diafragmas con espermicidas), métodos hormonales (comprimidos orales, inyectables, transdérmico), métodos de abstinencia periódica (de la temperatura basal, del ritmo, de Billings), método natural (de la amenorrea de la lactancia), dispositivos intrauterinos (inertes, bioactivos), anticoncepción de emergencia o poscoital.
- Los métodos anticonceptivos definitivos: esterilización femenina, esterilización masculina.(5)

Los anticonceptivos hormonales, son un método reversible de planificación familiar, en forma oral, intrauterina o inyectables, que se componen de:

- Estrógenos: el más utilizado es el Etinilestradiol es muy potente y activo por vía oral. Debido a su farmacocinética, el estrógeno determina una serie de modificaciones del metabolismo hepático por sus altas concentraciones en el sistema porta-hepático, algunas de ellas son: inducción



en la síntesis y liberación del angiotensinogeno, produciendo una activación del sistema renina angiotensina; bloqueo del citocromo P450 isoenzima CYP3A4; inducción de la glucuronoconjugación; modificación de la fibrinólisis e incrementan levemente los factores de la coagulación VII y XII, y disminuyen los factores anticoagulantes y la antitrombina III. En la actualidad las dosis que se utiliza de etinilestradiol es de 15-30 microgramos por comprimido.

- Gestágenos: Derivados de la 17 a hidroxiprogesterona: tienen la particularidad de carecer de efecto androgénico, en cambio pueden tener el efecto antiandrogénico y/o glucocorticoide, algunos de ellos son: acetato de medroxiprogesterona, acetato de clormadinona, acetato de ciproterona.

- Derivados de la 19-nortestosterona: son muy potentes, dentro de ellos se encuentran: los estranos de primera generación (noretisterona y linestrenol); los de segunda y tercera generación (norgestrel y levonorgestrel, desogestrel y gestodeno)

- Derivados de la 17 a espirolactona: drospirenona.

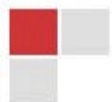
- Dienogest: con actividad antiandrogénica.

Clasificación y descripción de los métodos:

- Orales: pueden subdividirse en:

- Combinados: contienen estrógenos y progestágenos en todos los comprimidos. Es el método más utilizado en todo el mundo. A su vez se puede dividir en monofásicos (macrodosificados, microdosificados, trifásicos)

- Secuenciales: son los que contienen estrógenos en todos los comprimidos, y en la segunda fase se agrega un progestágeno. Actualmente se utiliza en preparados para terapia hormonal de reemplazo pero no en anticonceptivo.



- **Mensuales:** se administran una vez por mes y están compuestos por un estrógeno de acción prolongada (quinesterol) y por un gestágeno de acción corta (diacetato de etinodiol).(6)

En la actualidad, el dominio en la anticoncepción hormonal la tienen los ACO combinados de baja dosis, constituidos por hormonas estrogénicas (etinil-estradiol a dosis de 15-20-30 microgramos) y gestagénicas (levo-norgestrel 150-250 microgramos, gestodeno 60-75 microgramos, o desogestrel 150 microgramos). (7)

Mecanismo de acción:

Sistema nervioso: los ensayos clínicos indican que la progesterona ejerce acciones cualitativas y cuantitativas en la liberación de gonadotrofinas, a su vez demostraron su acción inhibitoria sobre el pico de LH.

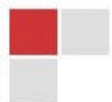
Efectos gonadales: se han señalado modificaciones anatómicas e histológicas en el ovario y se encontraron cuerpos lúteos con poca secreción de progesterona.

Efectos vaginales y cervicales: los efectos de la progesterona durante la fase lútea son bien conocidos, y el mucus es escaso, viscoso, poco filante. La alteración proteica, enzimática y electrolítica inhibe la penetración espermática.

Efectos uterinos: los esteroides alteran la histología del endometrio dificultando la anidación. Se ha observado cambios en la secreción endometrial con alteración de los elementos vasculares y glandulares del estroma.(4)

Beneficios y riesgos de los anticonceptivos:

Los beneficios los podemos subdividir en efectos terapéuticos y efectos protectores. Los efectos terapéuticos son aquellos que pueden curar una enfermedad o aliviar la sintomatología consecuencia de algún estado



patológico. Los efectos protectores son aquellos que reducen la posibilidad de contraer ciertas enfermedades.

Efectos terapéuticos:

- Trastornos del ciclo menstrual: se prescribe para las pacientes que presentan irregularidades del ciclo, además hay una disminución en el volumen de sangrado y una reducción en sus días de duración, particularmente para aquellas que padecen anemia ferropénica.
- Dismenorrea: las menstruaciones dolorosas se producen por el aumento de la intensidad de las contracciones uterinas, dadas por la inducción de las prostaglandinas comandada por los estrógenos, así los ACO mantienen niveles hormonales constantes, evitando el desequilibrio excesivo a favor de los estrógenos.
- Acné: el exceso de andrógenos libres circulantes puede contribuir a su desarrollo, así los anticonceptivos reducen los niveles de los andrógenos en sangre mediante la inhibición de gonadotrofinas, y la estimulación hepática para la síntesis de la globulina fijadora de hormonas sexuales.

Efectos protectores:

- Patología benigna de mama: la acción protectora de los ACO parece estar relacionada con la progesterona, pero distintos resultados en diversos estudios son inconsistentes al respecto (8, 9). Presumiblemente, los niveles hormonales constantes durante la toma de ACO serían el motivo de su efecto protector.
- Embarazo ectópico: debido a que su mecanismo para inhibir la ovulación es tan efectivo, la incidencia de embarazos ectópicos en usuarias de ACO es extremadamente baja.



- Quistes funcionales de ovario: el efecto protector está relacionado con las dosis y depende de la capacidad del ACO de suprimir la función ovárica, por eso es más eficaz para prevenir quistes del cuerpo lúteo.

- Enfermedad pelviana inflamatoria (EPI): el riesgo de padecer esta enfermedad en las usuarias de aco se reduce entre un 10% y un 70% en comparación con las no usuarias. (10). Además, en los casos en que las usuarias de ACO presentan EPI, esta es menos severa.

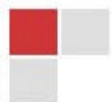
Efectos adversos:

Generales:

- Comunes: cefalea, tensión mamaria, sensibilidad mamaria, náuseas, irritabilidad, leucorrea, retención de líquidos.
- Poco frecuentes: migraña, mareos, vómitos, labilidad emocional, hipotensión, acné.
- Muy infrecuentes: fenómenos tromboembólicos arteriales y venosos, hipertensión, hipoacusia, intolerancia a las lentes de contacto, tumores hepáticos benignos y malignos.

Relacionados con el ciclo:

- Sangrado intermenstrual, los trastornos del sangrado son más frecuentes con el uso de preparados con progestágeno solo. Con las preparaciones combinadas, su incidencia es mucho menor y se observa en los primeros ciclos, luego desaparece con el uso prolongado.
- Polimenorrea/oligomenorrea: aparecen exclusivamente con el uso de progestágeno solo.



- Hipomenorrea: se observa frecuentemente con los preparados combinados, y es consecuencia de la escasa proliferación endometrial que se observa en ellos.

- Amenorrea: si se utiliza ACO de 21 comprimidos activos, la amenorrea es extremadamente infrecuente, su incidencia aproximada es del 1% de los ciclos y su origen radica principalmente en la falta de proliferación endometrial. Cuando tienen 24 comprimidos activos, su incidencia puede ser algo más elevada.

Riesgos de la anticoncepción hormonal:

- Trastornos circulatorios: estudios epidemiológicos han sugerido una asociación entre el uso de ACO y un riesgo incrementado de enfermedades tromboticas y tromboembolicas arteriales y venosas, como infarto del miocardio, accidente cerebrovascular, trombosis venosa profunda y embolismo pulmonar dependiendo de las distintas formulaciones anticonceptivas y los distintos factores de riesgo cardiovascular que presenta el paciente.(6).

- Tromboembolismo venoso (TEV): durante el empleo de ACO, puede aparecer tromboembolismo venoso, que se manifiesta como una trombosis venosa profunda y/o embolismo pulmonar. La incidencia de TEV en usuarias de ACO con estrógenos en dosis bajas es de hasta 4 por 10.000 mujeres/año, frente a 0,5-3 por 10.000 mujeres/año en las no usuarias de ACO.(6)

Actualmente la FDA aún no ha llegado a una conclusión, pero le sigue preocupando, sobre el posible aumento del riesgo de coágulos de sangre con el uso de drospirenona que contienen las píldoras anticonceptivas. Los



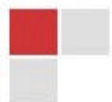
resultados preliminares del estudio financiado por la FDA sugieren un aumento de aproximadamente 1,5 veces en el riesgo de coágulos de sangre en las mujeres que usan píldoras que contienen drospirenona en comparación con los usuarios de otros anticonceptivos hormonales. (11)

Anticonceptivos hormonales y fertilidad:

La eficacia del método antes mencionado, depende de su correcta utilización y la exhaustiva explicación del profesional. Así se puede medir el impacto de su uso adecuado o no (denominado uso común) a través de la cantidad de embarazos no deseados cada 100 mujeres en los primeros 12 meses (dado que más de ese periodo presupone un correcto uso). Ante el uso correcto y consistente, se pueden observar 0,1 embarazos cada 100 mujeres en los primeros doce meses de uso, mientras que el uso común puede haber de 6 a 8 embarazos cada 100 mujeres en el mismo periodo. (12)

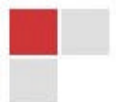
Con el uso de ACO se ha observado amenorrea y falta de ovulación al suspender los anovulatorios, al parecer en mujeres portadores de una labilidad especial en los mecanismos de regulación diencefalo-hipofiso-ovaricos. Pese a ello se ha demostrado, en mujeres de fecundidad comprobada, que el 75% reanudan el ciclo ovulatorio en el primer ciclo de suspensión del tratamiento, y que el 90% lo hacen en los tres primeros ciclos.

De acuerdo al estudio "Return to fertility after cessation of a continuous oral contraceptive", se puede sacar como conclusión el hecho de que no hay ningún retraso en el retorno a la fertilidad después del uso continuo de anticonceptivos que contienen Levonorgestrel y Etinilestradiol. Entre 21 mujeres que planeaban quedar embarazadas, luego de dejar los anticonceptivos, el 86% quedaron embarazadas dentro de los 13 meses



después de la suspensión de los ACO. A su vez estos resultados están respaldados por un reciente estudio que demostró la rápida reanudación de la ovulación y la menstruación luego de suspender el uso continuo de ACO. (13)

Antiguos estudios han demostrado que el retorno a la fertilidad en un año abarca una tasa del 84%-88%.



BIBLIOGRAFÍA:

1. Sociedad Española de Contracepción. Federación de planificación familiar de España. Libro Blanco de la Anticoncepción en España. Ed. Aula medica. Evolución y situación actual de la anticoncepción en España (1997-2003). 2005; 7-15.
2. Oizerovich Silvia. Mitos en anticoncepción. Asociación médica Argentina de anticoncepción. 2007.
3. Díaz Alonso Guillermo. Historia de la anticoncepción Cubana. Medicina General Integral. 1995; 11 (2): 192-194.
4. Gori Jorge R., Lorusso Antonio. Ginecología de Gori 2ª ed. Ed. El Ateneo. 2003; capítulo 31: 553-576.
5. Zanuttini Edgar. Obstetricia. Ed. De la Universidad Nacional de Rosario. 2000; capítulo 5: 131-193.
6. Dazza Daniel, López Julio S. Diagnóstico y Terapéutica en Endocrinología Ginecológica y Reproducción 1era edición. Ed. Ascune hnos. Unidad VI. 2004; capítulo 1: 775-820.
7. Escribano J. J., Rodea G., Martínez V. Ginecología y Atención primaria, problemas clínicos. Ed. Aula medica. 2001; capítulo 5: 35-46.
8. Knijff S. C. M., Goorissen E. M., Velthuis-Te Wierik E. J. M., Korver T., Grimes David A. Summary of contraindications to oral contraceptives. Ed. The Parthenon Publishing Group. 2000.
9. Rohan T. E., Miller A. B. A cohort study of oral contraceptive use and risk of benign breast disease. Int. J Cancer. 1999; 82 (2):191-196.



10. Borgelt- Hansen Laura. Oral contraceptives: An update on Health Benefits and Risks. *Journal of the American Pharmacists Association*. 2001; 41 (6): 875-886.
11. FDA U.S. Food and Drug Administration. Birth Control Pills Containing Drospirenone: Possible Increased Risk of Blood Clots. 2011.
12. Hatcher RA y cols. Baltimore Facultad de Salud Pública, Universidad John Hopkins. Lo esencial de la tecnología anticonceptiva. Programa de información en población. 1999.
13. Barnhart Kurt, Mirkin Sebastian, Grubb Gary, Constantine Ginger. Return to fertility after cessation of a continuous oral contraceptive. *Fertility and Sterility*. 2009; 91 (5): 1654-1656.

