

# **PAUTAS PROLONGADAS EN ANTICONCEPCIÓN HORMONAL COMBINADA: MITOS Y DIFICULTADES PARA SU PRESCRIPCIÓN**

**Clara M<sup>a</sup> Martín Díaz**

**Henrietta Karlsson Gil**

**David Vargas Gálvez**

**Máster en Anticoncepción, Salud Sexual y Reproductiva 2017**

**Sociedad Española de Contracepción**

## INTRODUCCIÓN

Desde que en 1960 se comercializara la primera píldora anticonceptiva, millones de mujeres en el mundo la utilizan como un método seguro y eficaz para prevenir un embarazo no deseado.

En sus inicios, la industria farmacéutica norteamericana, instigada por la Iglesia, determinó una pauta de 21+7 (21 comprimidos con hormonas seguidas de 7 días de descanso o comprimidos placebo) que asegurara una regla al mes, de forma similar, a un ciclo menstrual natural. Esta fue la condición *sine quanon* que el poder eclesiástico impuso para su uso y comercialización, justificando que así se garantizaba y respetaba la naturaleza y fisiología propias de la mujer.

Las compañías farmacéuticas hicieron lo propio e informaron a los médicos, y a la población en general, que de esta forma se perseguía un beneficio psicológico en la mujer, evitando una situación de ansiedad o estrés que podría provocar la ausencia de menstruación y la idea de un posible embarazo a pesar de la toma del anticonceptivo. Pero que en ningún momento esta “falsa” regla (sangrado por deprivación), supusiera un beneficio añadido sobre la salud o la biología de la mujer. En la actualidad tampoco se ha demostrado que este sangrado resulte necesario para una salud correcta (6,10).

En consecuencia, las mujeres han acabado creyendo en la “saludable obligatoriedad” de una regla cada 28 días cuando realmente menos del 25% presenta así sus períodos.

Una vez afianzado el objetivo principal, el logro de una anticoncepción eficaz, los esfuerzos se centraron en conseguir cada vez un mayor perfil de seguridad y también una mayor comodidad para la usuaria. Desde entonces, la anticoncepción ha ido experimentando cambios y modificaciones tanto en su composición como en su pauta y vías de administración. Más aún, se han desarrollado vías totalmente independientes de la intervención de la usuaria, como son el implante subdérmico (Implanon®) o los dispositivos intrauterinos (DIUs), asegurando un mejor cumplimiento.

En cuanto a los anticonceptivos hormonales orales (ACOs), hemos pasado de la pauta clásica de administración (21+7), a disponer de otras tales como la 24+4 o la 26+2, que reducen los días de sangrado al mes (16). Esto ha permitido un mejor control de ciclo y por tanto un mayor perfil de seguridad en la prevención de un embarazo. Además, está ampliamente demostrado el efecto terapéutico que los anticonceptivos tienen sobre el control de patologías como la endometriosis, la dismenorrea, el sangrado menstrual excesivo, la anemia, el hirsutismo, el acné e incluso la migraña catamenial (4). Y mayor es

el control de la sintomatología asociada cuanto menor es el intervalo libre de hormonas (21).

Recientemente se han comercializado ACOs con pautas prolongadas, continuadas o flexibles, que añaden no sólo la posibilidad de menstruar una vez cada 3 o 4 meses sino también elegir el momento exacto en que la mujer desea tener este sangrado (1,20). Esto supone no sólo una disminución de los síntomas asociados a la regla, sino también una reducción del número de días de regla y por tanto una mayor comodidad, especialmente en ciertos colectivos como militares, deportistas de competición o mujeres con horarios laborales complejos e irregulares. Además, también se ven favorecidas la higiene personal y el gasto económico, al precisar un menor gasto en tampones, compresas, etc.

La tarea pendiente que les queda ahora a los profesionales de la salud es el divulgar esta información de forma correcta a las mujeres, para desmontar antiguos mitos y no crear otros nuevos que entorpezcan el acceso a una anticoncepción que no sólo es eficaz y segura, sino que también puede llegar a ser terapéutica en algunas patologías, y en una amplia mayoría de mujeres, suponer una liberación y una notable mejora en su calidad de vida.

Este estudio tiene dos objetivos principales: el primero de ellos es averiguar el grado de conocimiento existente en anticoncepción hormonal combinada en pautas continuas o prolongadas por parte de las pacientes así como de los profesionales sanitarios implicados en la misma en los dos niveles de atención (atención primaria y atención especializada). El segundo objetivo es conocer en todos ellos las ideas preconcebidas en torno a la falta de menstruación y a esta manera de administración de anticonceptivos hormonales, conocer su nivel de aceptación en los diferentes estratos de la relación médico paciente e identificar así posibles dificultades en su prescripción y hacer una predicción de su futuro uso.

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

Nuestro trabajo de investigación consiste en un estudio observacional descriptivo tipo encuesta.

El estudio se ha realizado en 3 áreas sanitarias dentro del ámbito nacional: área del Complejo Hospitalario de Toledo, área del Complejo Hospitalario de Navarra y área del Hospital Universitario Virgen de la Macarena de Sevilla, así como en los centros de salud asociados a dichas áreas.

Los autores del estudio diseñaron de forma consensuada tres encuestas diferentes dirigidas a: a) pacientes, b) ginecólogos y c) otros profesionales sanitarios implicados en labores de anticoncepción (médicos de Medicina Familiar y Comunitaria y matronas).

Los cuestionarios fueron elaborados considerando aspectos demográficos y asistenciales, así como aspectos formativos y técnicos relacionados con la prescripción y el uso de anticonceptivos hormonales en pautas prolongadas y/o continuas. Las encuestas estaban conformadas por: 14 preguntas en el caso de las pacientes, 11 preguntas para ginecólogos y 13 para otros profesionales sanitarios. Todas las preguntas eran de tipo cerrada y con respuesta única. (Ver Anexos I, II y III).

Las encuestas dirigidas a pacientes se desarrollaron en papel, fueron repartidas en consulta y contestadas en el momento. Se incluyeron aquellas pacientes que acudieron al ginecólogo por cualquier motivo (revisión ginecológica asintomática, valoración de síntomas, consejo contraceptivo...), fueran o no en ese momento usuarias de anticoncepción hormonal. Se excluyeron las mujeres con edad menor a 18 años, aquellas que presentaban estado menopáusico, así como las que no aceptaron participar tras ser informadas. Todas las encuestas fueron contestadas con carácter anónimo y bajo consentimiento verbal previo.

Las encuestas dirigidas a profesionales sanitarios se desarrollaron tanto en papel (repartiéndose en mano a los compañeros de los Servicios de Ginecología y centros de salud), así como en formato digital para su envío por correo electrónico. Estas encuestas también presentaban carácter anónimo y la mayoría de ellas fueron contestadas con carácter diferido. Se incluyeron a todos los especialistas en Ginecología Y Obstetricia de las áreas sanitarias mencionadas anteriormente, independientemente del tipo de actividad asistencial realizada por los mismos de manera habitual, sin tener en cuenta la edad, los años de experiencia profesional o el tipo de formación subespecializada de los mismos. Se incluyeron igualmente médicos de Medicina Familiar y Comunitaria que trabajan en consulta de Medicina General, matronas de Atención primaria y otros profesionales implicados en salud de la mujer y consejo contraceptivo situados en Centros de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva asociados a centros de salud u hospitales.

De mayo a julio de 2017 fueron repartidas en consulta 110 encuestas dirigidas a pacientes, y otras 180 encuestas fueron repartidas o enviadas a ginecólogos y médicos de familia y matronas. El número final de encuestas recogidas fue de 267: 109 de pacientes, 90 de ginecólogos y 68 de médicos de atención primaria y matronas.

Las respuestas a cada pregunta fueron codificadas asignándoles un número. Se asignó también un número diferente para las preguntas contestadas en blanco y otro para aquellas con respuesta múltiple. Las preguntas contestadas en blanco o con más de una opción fueron descartadas de forma aislada señalándose en las estadísticas finales, sin embargo, no se rechazó el total de la encuesta. La codificación fue realizada en base a 3 ítems: a) grupo

encuestado: 1 pacientes, 2 ginecólogos, 3 profesionales de Atención Primaria; b) población: 1 Toledo, 2 Navarra, 3 Sevilla; y c) respuesta: de 1 a 5 para las diferentes opciones, 6 no sabe/no contestada y 7 multirrespuesta.

Posteriormente los resultados se introdujeron en una hoja de cálculo (“Excel 2016”) en un archivo “\*.xlsx”. Se realizó un análisis estadístico descriptivo con el programa SPSS 15.0, donde las variables cualitativas se expresaron con frecuencia y porcentaje. Se realizó la prueba paramétrica Chi-cuadrado para detectar relación entre las diferentes variables, considerándose estadísticamente significativas las diferencias con  $p < 0,05$ .

## RESULTADOS:

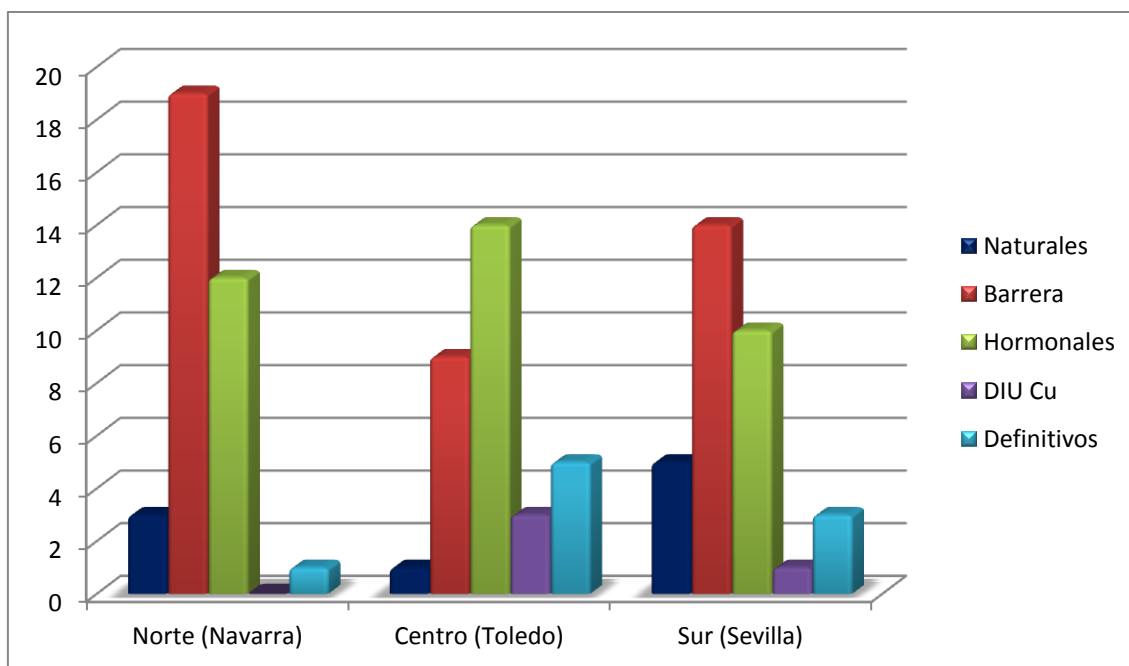
### Grupo de pacientes

El 36 % de las mujeres encuestadas utilizaban anticonceptivos hormonales en el momento del estudio (Tabla 1). Los métodos hormonales son los más utilizados en el área centro, mientras que en las zonas norte y sur el método más utilizado es el de barrera. Los métodos naturales se utilizan más en la zona sur: 15,2% en las mujeres de esta zona frente al 8,6% y 3,1% de las zonas norte y centro. Sin embargo el DIU era más utilizado en las mujeres encuestadas de la zona centro (9,4%), que en la norte (0%) y sur (3%). (Gráfica 1).

**Tabla 1: utilización de métodos anticonceptivos en las pacientes encuestadas**

MÉTODO ANTICONCEPTIVO UTILIZADO	Nº pacientes
Naturales	9
Barrera	42
Hormonales (ACHO, anillo, parche, DIU, implante)	36
DIU cobre	4
Definitivo	9
Válidos	100
Perdidos	9
Total	109

**Gráfica 1: distribución del uso de anticonceptivos en las diferentes áreas encuestadas**



La prescripción del método anticonceptivo utilizado se realizó en el 56% de los casos por parte del ginecólogo y en el 32% de los casos por parte de médicos de Atención Primaria (MAP). Al comparar geográficamente la procedencia de las prescripciones cabe destacar que en la zona centro sólo el 14% del total de las mismas procede de los MAP, a diferencia de las zonas norte y sur donde estos profesionales realizan el 37,5% y el 47,5% de las prescripciones contraceptivas respectivamente.

El 80% de las pacientes encuestadas referían no haber sido informadas previamente sobre la posibilidad de anticoncepción hormonal en pauta prolongada. Una vez informadas al respecto, el 47,7% del total estarían dispuestas a probar dicho método. Parece existir una mayor aceptación en aquellas mujeres que ya habían sido informadas sobre el método previamente con respecto a las informadas en el momento de la encuesta (66.7% frente al 45%), aunque esta diferencia no es estadísticamente significativa.

Cuando preguntamos a las pacientes sobre la posibilidad de no menstruar durante el uso de un anticonceptivo hormonal, el 32% de ellas opinaban que no le parece una buena idea en ninguna circunstancia, el 44,5% opinaba que podría ser una buena idea o beneficioso en algunos casos concretos y sólo el 22% lo consideraba claramente beneficioso y estaría dispuestas a probarlo tras ser informadas. El grupo etario en el que encontramos un mayor rechazo a no menstruar es el de mujeres mayores de 40 años (un 35% de ellas piensan que es una mala idea), aunque la diferencia entre grupos de edad tampoco es estadísticamente significativa. (Tabla 2).

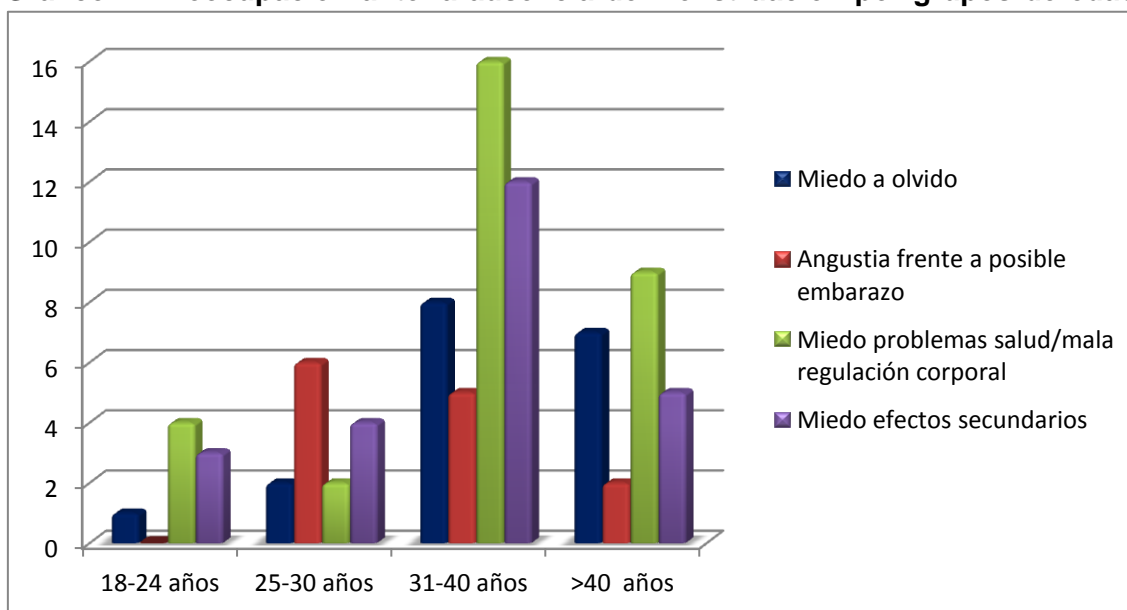
**Tabla 2: Opinión sobre ausencia de menstruación en los diferentes grupos de edad**

Opinión sobre no menstruar	Grupo de edad de pacientes				
	18-24	25-30	31-40	>40	Total
No me parece natural ni buena idea	3	4	17	9	33 (32%)
No me parece buena idea pero creo que podría ser beneficioso en algunos casos	2	4	6	7	19 (18,5%)
Me parece buena idea pero no sé si estaría dispuesta a probarlo	5	2	14	6	27 (26,5%)
Creo que no menstruar todos los meses sería beneficioso para mí	1	5	13	4	23 (22,5%)
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>15</b>	<b>50</b>	<b>26</b>	<b>102 (100%)</b>

**Nota:** 7 casos (No aplicable. NS/NC)

Los motivos de mayor preocupación que presentaban las pacientes con este tipo de pautas son: miedo a tener problemas de salud o falta de regulación del cuerpo (36%), miedo a mayor cantidad de efectos secundarios como labilidad emocional o aumento de peso (28%), miedo a olvidos durante la toma (21%), y en menor medida angustia frente al desconocimiento de un posible embarazo (15%). Para todas las edades salvo para el grupo de pacientes entre 24 y 30 años en las que el mayor motivo de preocupación fue la angustia generada por posible embarazo, el motivo principal fue el riesgo de generar problemas de salud futura, si bien no existen diferencias estadísticamente significativas entre grupos etarios para los diferentes motivos de preocupación. (Gráfico 2).

**Gráfico 2: Preocupación ante la ausencia de menstruación por grupos de edad**



El 61% de las mujeres encuestadas creían que el riesgo de embarazo durante la toma de anticoncepción hormonal en pauta prolongada es similar al de la toma con régimen clásico y un 24% consideraban que este riesgo es incluso mayor.

En cuanto a la preservación de la fertilidad, el 21% de las pacientes creían que existe mayor riesgo de pérdida de fertilidad durante el uso de estas pautas.

Finalmente, la última cuestión valorada en la encuesta para pacientes fue su opinión respecto al riesgo de efectos secundarios. Un 70% de las pacientes consideraba que el riesgo de efectos secundarios y problemas de salud asociados a la toma de anticoncepción hormonal es similar entre las pautas prolongadas y las pautas clásicas, y sólo un 24% consideraba que este riesgo sí es mayor en caso de las pautas prolongadas.

### **Grupo de Médicos de Atención Primaria (MAP) y matronas**

La mayoría de estos profesionales (75,4%) trabajaban en consultas de medicina general en centros de salud. Sólo un 18% de los mismos desarrollaba su labor profesional desde Consultas de Planificación o Salud Sexual y Reproductiva.

El 53,8% de los encuestados tenía una edad mayor a 50 años, mientras que sólo el 12% era menor a 30 años.

Al preguntarles sobre el número de consultas realizadas en su práctica habitual por motivos ginecológicos (incluyendo anticoncepción y excluyendo motivos obstétricos), el 42,5% refería atender estas consultas con una frecuencia de tres o cuatro veces por semana, un 30% lo hacía diariamente y un 28% con menor frecuencia (sólo una o dos veces por semana). Los dos motivos principales por los que las pacientes consultaban en estas visitas son las irregularidades menstruales (44.3%) y el deseo contraceptivo (39.3%).

A pesar de ser un motivo de consulta frecuente, el 54,4% de estos profesionales afirmaban no prescribir anticonceptivos hormonales de manera habitual, y reconocían no estar nada (50%) o muy poco familiarizados (42,4%) con la anticoncepción hormonal combinada en pauta prolongada o continua (AHPC). Sólo un 12% de los profesionales encuestados informaba de esta posibilidad cuando prescribe anticoncepción hormonal combinada y hasta el 72% reconocía no hacerlo nunca o casi nunca.

Además el 55,2% reconocía no haber recibido formación específica reciente sobre temas ginecológicos o anticoncepción. No encontramos diferencias estadísticamente significativas entre las tasas de prescripción de anticonceptivos hormonales entre los grupos de profesionales recientemente formados o no formados (Tabla 3). Pero si existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la frecuencia de información dada en estas pautas y



en número de visitas atendidas por motivos de anticoncepción en su práctica habitual (Chi-cuadrado 18.9,  $p= 0,004$ ). De esta forma, dentro del grupo de profesionales que realizaba labores de contracepción diariamente, sólo el 5% no informaba nunca sobre AHPC, frente al 42% que no lo hacía nunca en el grupo que atendía una o dos consultas semanales y el 50% que no lo hacía atendiendo 3 consultas semanales (Tabla 4).

**Tabla 3. Prescripción de anticonceptivos en profesionales según formación**

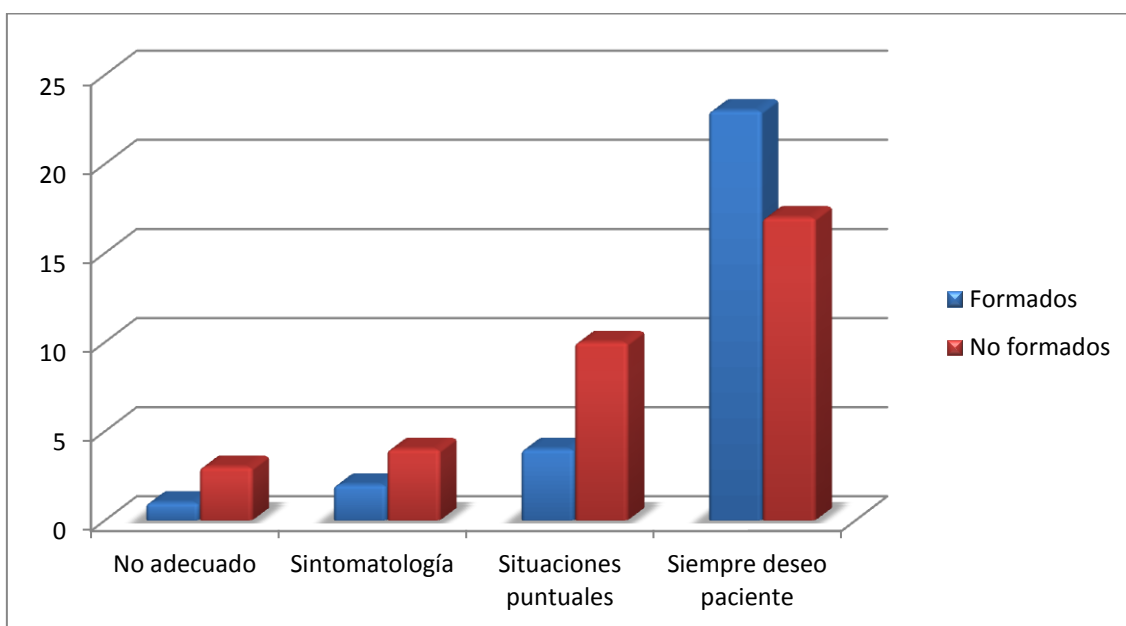
¿PRESCRIBE ACOS?	¿FORMACIÓN	RECIENTE?	Total
	SI	NO	
SI	11	15	26 (45,6%)
NO	11	20	31 (54,4%)
<b>Total (57 válidos, 11 perdidos)</b>	<b>22</b>	<b>35</b>	<b>57 (100%)</b>

**Tabla 4. Frecuencia de información en AHPC según número consultas ginecológicas semanales atendidas**

Frecuencia información	Nº consultas por motivos ginecológicos			Total
	Diariamente	3-4/semana	1-2/semana	
Siempre	6	1	1	8
Bastante	6	2	3	11
Poco	7	11	7	25
Nunca	1	14	8	23
<b>Total (67 válidos, 1 perdidos)</b>	<b>20</b>	<b>28</b>	<b>19</b>	<b>67</b>

Cuando les preguntamos sobre la opinión que tienen en considerar adecuado no menstruar durante la toma de anticonceptivos hormonales, un 62,5% del total lo consideraban adecuado siempre que la paciente lo desee, un 22% lo consideraría adecuado en situaciones especiales, un 9% sólo ante la persistencia de síntomas durante el sangrado por privación y un 6,5% no lo consideraba adecuado nunca. Si comparamos esta opinión entre los grupos de profesionales formados y no formados recientemente, encontramos que el número de profesionales que lo consideraba inadecuado es mayor en el grupo de los no formados (8,8% frente al 3,3%). En el grupo de profesionales formados, hasta el 76,7% consideraría siempre adecuado no menstruar durante la toma de AHPC frente al 52% que lo opina en el grupo de no formados. Estas diferencias no son estadísticamente significativas. (Gráfico 3).

**Gráfico 3. Opinión sobre no menstruar en MAPs y matronas según formación**



Los motivos que justificaban la falta de información a las pacientes sobre AHCPP y la baja prescripción de estas pautas son los siguientes: ausencia de conocimiento adecuado en las mismas (4,5%), mala aceptación por parte de la paciente (45,5%), riesgo de mayor frecuencia de efectos secundarios (3,5%) y por considerarlo simplemente inadecuado o no beneficioso (3,5%).

En cuanto a la opinión sobre los efectos secundarios más frecuentes que podrían estar asociados a este tipo de anticoncepción, los profesionales respondían el sangrado o spotting intermenstrual como efecto más frecuente (48,3%), seguido de la cefalea (21,7%), el dolor abdominal e hinchazón (16,7%) y la disminución de la libido (13,3%).

Por último, el 71,4% de los MAPs y matronas encuestados consideraban que el riesgo de presentar efectos secundarios y problemas de salud relacionados con la toma de AHCP es similar al riesgo con los regímenes clásicos, un 20,6% consideraba que este riesgo es menor y sólo un 8% consideraba que el riesgo es mayor para la AHCP. No existían diferencias significativas para esta cuestión entre los grupos de profesionales formados y no formados recientemente.

### **Grupo de ginecólogos**

En los ginecólogos encuestados encontramos que la mayoría de estos profesionales realizaban labores asistenciales relacionadas con la anticoncepción desde consultas de Ginecología General y sólo un 4% lo hacía desde consultas de Planificación Familiar.

El 52,8% tenía una edad comprendida entre los 30 y los 50 años, un 34,8% era mayor a 50 años y el 12,4% era menor a 30 años.

La experiencia profesional de los encuestados era en un 18,2% menor a 5 años, en un 18,2% entre 5 y 10 años, en un 22,7% entre 10 y 20 años, y en un 40,9 % de ellos mayor a 20 años de experiencia.

En cuanto al número de horas semanales dedicadas en consulta a la anticoncepción, el 59,8 % lo hacía menos de 7 horas semanales, un 28,7% dedicaba entre 7 y 21 horas semanales y el 11,5% restante más de 21 horas semanales.

Al preguntarles por sus conocimientos acerca de la anticoncepción hormonal combinada en pautas prolongadas y/o continuas, el 36% contestó estar muy familiarizado con ellas, el 58% estaba algo o moderadamente familiarizado, y el 5,7% muy poco o nada familiarizado. El 29,5% de los encuestados refirió haber realizado algún curso de actualización en anticoncepción en el último año, el 31,8% lo había hecho durante los 2 y 5 últimos años, el 29,5% cursó formación de estas características hace más de 5 años y el 9,1% aseguró no haberlo hecho nunca.

Sobre la frecuencia con la que informaban acerca de este tipo de pautas cuando prescribían anticoncepción hormonal, los encuestados contestaron en un 23,9% hacerlo siempre, en un 45,5% en bastantes ocasiones, en un 27,3% en pocas ocasiones y en un 3,4% no hacerlo nunca. Encontramos que en el grupo de los ginecólogos más familiarizados con pautas anticonceptivas prolongadas, éstas eran informadas o prescritas en bastantes ocasiones (50%) o siempre (40,6%), a diferencia del grupo de ginecólogos nada familiarizados, en los que estas pautas se prescribían en pocas ocasiones (80%) o nunca (20%). Estas diferencias entre ambos grupos fueron estadísticamente significativas (Chi-cuadrado 23.5,  $p= 0,001$ ). (Tabla 5).

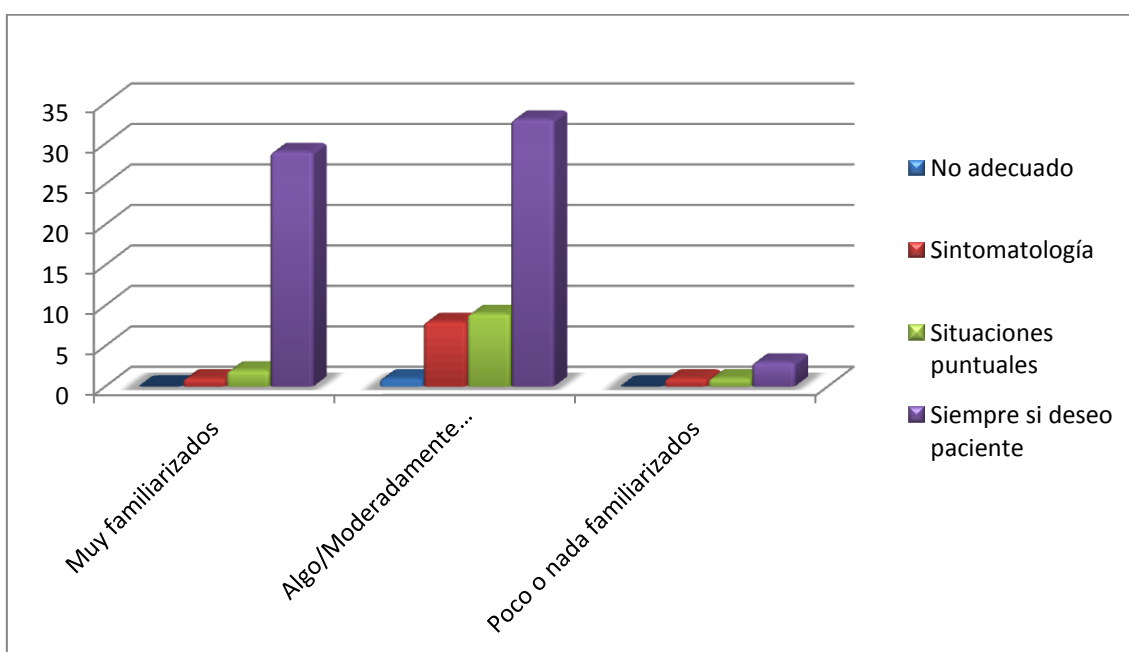
**Tabla 5: Frecuencia de información en AHPC según grado de familiarización**

	Grado de familiarización			
	Mucho	Algo/ Moderado	Muy poco/ Nada	Total
<b>Frecuencia información</b>				
<b>Siempre</b>	13	8	0	21
<b>Bastante</b>	16	24	0	40
<b>Poco</b>	3	17	4	24
<b>Nunca</b>	0	2	1	3
<b>Total (88 válidos, 2 perdidos)</b>	<b>32</b>	<b>51</b>	<b>5</b>	<b>88</b>

La opinión que tenían en considerar adecuado no menstruar durante la toma de anticonceptivos hormonales fue la siguiente: un 73,9% del total lo consideraba adecuado siempre que la paciente lo desease, un 13,6% lo consideraba adecuado en situaciones personales especiales o concretas, un

11,4% sólo ante la persistencia de síntomas durante el sangrado por privación y un 1,1% no lo consideraba adecuado nunca. Cabe destacar que en el grupo de profesionales muy familiarizados, hasta el 90.6% de ellos consideraba adecuado no menstruar nunca, frente al 64,7% del grupo de profesionales moderadamente familiarizados y el 60% del grupo de los que lo están poco o nada, sin que existan diferencias estadísticamente significativas. (Gráfica 4). Tampoco encontramos estas diferencias al comparar las opiniones en los diferentes grupos de edad.

**Gráfica 4. Opinión ginecólogos de no menstruar según grado familiarización con AHCP.**



Los motivos que explican la falta de información a las pacientes sobre AHCPP son en primer lugar la mala aceptación por parte de la paciente a no presentar menstruaciones (75,5%), seguido de la ausencia de conocimiento adecuado en las mismas (10%) o considerarlo simplemente inadecuado o no beneficioso (10%) y por último el mayor riesgo de efectos secundarios (4,5%). Aunque no hay diferencias estadísticamente significativas entre grupos, si que parece existir una tendencia para los diferentes motivos en función del grado de conocimiento habido. De esta forma, el 60% de los ginecólogos poco familiarizados con las pautas prolongadas no informan porque carecen de la formación necesaria para hacerlo mientras que el 84% de los muy familiarizados no lo hacen pensando en la mala aceptación de la paciente. (Tabla 6).

**Tabla 6: Motivos de falta de información o prescripción según el grado de familiarización con AHCP**

Motivo falta información/prescripción	Grado de familiarización			Total
	Mucho	Algo/Moderado	Muy poco/Nada	
Mala aceptación por parte de la paciente	27	38	2	67
Ausencia de conocimiento adecuado en estas pautas	2	4	3	9
Mayor riesgo de efectos secundarios	1	1	0	2
Considerarlo inadecuado o poco beneficioso	2	7	0	9
<b>Total (87 válidos, 3 perdidos)</b>	<b>32</b>	<b>50</b>	<b>5</b>	<b>87</b>

## DISCUSIÓN

Analizando los resultados obtenidos en el estudio, observamos que un 66.5% de las pacientes, en global, manifiestan opiniones a favor de suprimir la menstruación (18.5% débil a favor, 16% moderadamente a favor, 23 % fuerte a favor siendo este último grupo el que escogió la opción “no menstruar sería beneficioso”), el 33.5% restante en contra, entra en consonancia con el 34.5% de la misma opinión obtenido en los resultados del año 2008 por Sánchez-Borrego R y García-Calvo C (17).

El hecho de que exista un porcentaje elevado de mujeres con opinión a favor de mantenerse en amenorrea o alargar los intervalos entre menstruación y menstruación contrasta con el hecho de que tan solo el 20% de las pacientes hayan sido informadas, más aun teniendo en cuenta que tanto del grupo de las no informadas tanto como de las informadas habría un número no desdeñable de mujeres dispuestas a probar dicha pauta (66.7% y 45% respectivamente), es más, gran parte de las posibles usuarias (70%) mantienen la opinión que de no hay diferencias, en lo que a los efectos adversos respecta, entre una forma de administración u otra.

En resumen, los resultados obtenidos en el sondeo de las pacientes inclina a pensar que el principal problema en el uso de AHCP es la falta de información y oferta por parte de los profesionales sanitarios.

Dicha falta de información es más acusada en profesionales no formados (que también resultan los más reacios a la AHCP en el caso de los MAP) y en los

que la anticoncepción representa un porcentaje menor en su práctica clínica diaria.

En el caso de los MAP, muy posiblemente es debida a la ausencia de conocimiento respecto a la AHPC (92.4% poco o nada familiarizados con la AHPC, el 55.2% en anticoncepción en general), mientras que en el grupo de especialistas, más que la desinformación (el 94% se muestra algo o muy familiarizado) el análisis de los resultados inclina a pensar que es por creencia de que posiblemente las pacientes no vayan a mostrarse a favor de dicha pauta (75% en el grupo de los ginecólogos respondieron que el mayor problema sería la aceptación de la paciente).

Por otro lado, la homogeneidad entre los tres grupos en la afirmación de que no existen diferencias entre efectos secundarios (70% pacientes, 71.4% MAP), lleva a la conclusión de que muy posiblemente la AHPC podría tener mucha mayor aceptación de la que presenta actualmente en el caso de que, por un lado los médicos (tanto especialistas como de atención primaria) recibieran más información con respecto a ella y por otra parte, si a las pacientes se les presentara como una opción loable con más frecuencia en la consulta.

No existen en la actualidad protocolos ni guías específicos de contracepción que nos digan qué pacientes son subsidiarias o no de un tratamiento contraceptivo concreto. Conocemos muy bien las contraindicaciones, pero no existen "indicaciones" como tal. De modo que la individualización es un pilar básico que cada profesional sanitario, debería adquirir en su práctica clínica diaria para que ninguna mujer quede excluida de poder tomar una decisión libre e informada. Nuestra labor asistencial debe tener en cuenta diferencias culturales que en algunos casos puedan estar entorpeciendo este libre conocimiento y acceso (25).

Esta información basada en la evidencia debería recalcar que la supresión de la menstruación no sólo es segura sino que mejora la calidad de vida de forma generalizada y que además, presenta beneficios en cuanto a la mejora de ciertas patologías como la endometriosis, la dismenorrea, el SPM, la migraña catamenial, etc. (3,9,22). En el caso de la endometriosis, además, resulta más eficaz como tratamiento preventivo de recidivas que las pautas clásicas (14,23,24).

Como consecuencia, este estado de amenorrea lleva a unas repercusiones económicas como son un menor desembolso en la compra de productos sanitarios, higiene íntima y analgésicos. También se reducen los gastos derivados del absentismo laboral derivados de menstruaciones que pueden llegar a ser incapacitantes (2,26,27). Especialmente vulnerable resulta el colectivo adolescente, donde no podemos permitir que una sintomatología

exacerbada derive en un absentismo escolar. La buena noticia es que en nuestro entorno este grupo de pacientes jóvenes no parecen tan preocupadas por la amenorrea, y serían más receptivas a este tipo de pautas prolongadas (7,12,18).

Esta individualización también debería tener en cuenta los distintos condicionantes socioculturales tanto de las usuarias como de los profesionales sanitarios. Por ejemplo, en una encuesta multinacional, los profesionales de Asia y África eran poco partidarios a la hora de recomendar pautas prolongadas porque consideraban muy importante que las mujeres mantuvieran su sangrado por privación de forma mensual. En cambio, los profesionales de países europeos eran más proclives a hacerlo. (8,15) Parece que nuestros datos son consistentes con estos hallazgos, ya que el porcentaje de médicos de atención primaria y ginecólogos que informan y prescriben es elevado. Si bien existe una clara evidencia de que esa tendencia es mayor cuanto más informado está el profesional.

Cabría cuestionarse qué tipo de formación y por quién podría darse al colectivo de atención primaria, ya que probablemente es el profesional médico más cercano y disponible que tienen las usuarias.

Es contradictorio el hecho de que los médicos de atención primaria, a pesar de estar poco formados y/o familiarizados con las pautas prolongadas, conozcan bien que su principal efecto secundario es el spotting irregular, sobretodo al inicio del tratamiento. Tal vez se deba a que piensan que saben menos de lo que realmente saben. Además sería interesante si conocen estrategias de tratamiento para evitar/ paliar este tipo de problema, por lo tanto, la información a aportar a los profesionales sanitarios debería no ser tan solo sobre los tipos de pautas, sino también sobre sus efectos secundarios y cómo lidiar eficazmente con ellos para que la aceptación y tolerabilidad de las usuarias aumente. De hecho, hay estudios que avalan su buena tolerancia (5,11,19), insistiendo en que no hay un aumento de efectos secundarios graves, tal y como cabría esperar de las pautas convencionales.

Si bien este estudio tiene carencias como el hecho de que la encuesta no esté validada por expertos o que el tamaño muestral no permite hacer inferencia en toda la población nacional, la coincidencia de resultados con la encuesta de anticoncepción de la SEC y la homogeneidad de los resultados hacen pensar que aporta una información fehaciente sobre el estado actual de las AHPC así como un preámbulo para estudios mayores.

Para finalizar, la conclusión final del estudio es que las AHPC son herramientas útiles en la práctica clínica poco utilizadas en gran parte por la falta de información entre los grupos encuestados.

## **CONCLUSIONES**

Habiendo evidencia científica de que la eficacia anticonceptiva de las pautas prolongadas es similar a las pautas convencionales, junto con unos beneficios no contraceptivos añadidos evidentes, el problema de su bajo uso parece radicar en que las usuarias aún no están acostumbradas a considerar la amenorrea prolongada como un salto ventajoso en su calidad de vida. Si bien entre los profesionales médicos existen discrepancias, éstas son pequeñas, dado que la tendencia general actual es a considerar que la menstruación cada 28 días no es necesaria. Es necesaria una buena formación profesional con conocimientos basados en la evidencia para, no sólo no transmitir, sino desterrar, ideas erróneas a las potenciales usuarias de este tipo de anticoncepción.

## **Agradecimientos**

Los autores agradecen la colaboración de los profesionales que se prestaron a contestar y difundir entre sus colegas las encuestas descritas en Anexo I y Anexo III.

Mención especial al Dr. Jesús Zabaleta Jurío, ginecólogo del Complejo Hospitalario de Navarra (CHN-B) por su ayuda con el manejo estadístico SPSS®

## **Conflicto de intereses**

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés en la elaboración de este trabajo.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Benson LS, Micks EA: Why Stop Now? Extended and Continuous Regimens of Combined Hormonal Contraceptive Methods. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2015;42(4):669-81
2. Braunstein JB, Hausfeld J, London A, et al. Economics of reducing menstruation with trimonthly-cycle oral contraceptive therapy: comparison with standard-cycle regimens. *Obstet Gynecol* 2003;102:699.
3. Coffee AL1, Sulak PJ, Kuehl TJ: Long-term assessment of symptomatology and satisfaction of an extended oral contraceptive regimen. *Contraception.* 2007;75(6):444-9
4. Edelman A, Micks E, Gallo MF, Jensen JT, Grimes DA: Continuous or extended cycle vs. cyclic use of combined hormonal contraceptives for



contraception (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews 2014;29(7):CD004695

5. Elliesen J, Trummer D: Adherence to a flexible extended regimen for oral hormonal contraception provided in blister packaging compared with an adherence-supporting digital tablet dispenser: historical comparison of data from two clinical studies.

6. International Journal of Women's Health 2016;8 351–356

7. Gerschultz KL, Sucato GS, Hennon TR, Murray PJ, Gold MA: Extended cycling of combined hormonal contraceptives in adolescents: physician views and prescribing practices. *J Adolesc Health*. 2007;40(2):151-7

8. Glasier AF, Smith KB, van der Spuy PC, Cheng HL, Dada K, Wellings K, Baird DT. Amenorrhea associated with contraception- an international study on acceptability. *Contraception* 2003;67:1-8.

9. Harel Z: Dysmenorrhea in adolescents and young adults: etiology and management. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2006;19(6):363-71

10. Hitchcock CL1, Prior JC: Evidence about extending the duration of oral contraceptive use to suppress menstruation. *Womens Health Issues*. 2004;14(6):201-11

11. Klipping C, Duijkers I, Forier MP, Marr J, Trummer D, Elliesen J. Contraceptive efficacy and tolerability of ethinylestradiol 20 µg/drospirenone 3 mg in a flexible extended regimen: an open-label, multicentre, randomised controlled study. *J Fam Plann Reprod Health Care*. 2012; 38(2):73-83

12. Kirkham YA1, Allen L: Trends in menstrual concerns and suppression in adolescents with developmental disabilities. *J Adolesc Health*. 2013;53(3):407-12.

13. Lobo P, Sánchez-Borrego R, Salamanca A, González E, Lertxundi R, Correa M, Mendoza N. Pautas prolongadas en anticoncepción. *Documentos de Consenso S.E.G.O* 2012;81-154.

14. Muzii L: Continuous versus cyclic oral contraceptives after laparoscopic excision of ovarian endometriomas: a systematic review and metaanalysis. *Am J Obstet Gynecol*. 2016;214(2):203-11

15. Nappi RE, Kaunitz AM, Bitzer J: Extended regimen combined oral contraception: A review of evolving concepts and acceptance by women and clinicians. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2016;21(2):106-15.

16. Read CM: New regimens with combined oral contraceptive pills--moving away from traditional 21/7 cycles. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2010;15 Suppl 2:S32-41.

17. Sánchez-Borrego R, García-Calvo C. Spanish women's attitudes towards menstruation and use of a continuous, daily use hormonal combined contraceptive regimen. *Contraception* 2008;77:114-117.

18. Savasi I, Spitzer RF, Allen LM, Ornstein MP: Menstrual suppression for adolescents with developmental disabilities. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2009;22(3):143-9.

19. Seidman DS: A prospective follow-up of two 21/7 cycles followed by two extended regimen 84/7 cycles with contraceptive pills containing ethinyl estradiol and drospirenone. *Isr Med Assoc J*. 2010;12(7):400-5.

20. Steinauer J, Autry AM: Extended cycle combined hormonal contraception. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2007;34(1):43-55.

21. Sulak P, Scow RD, Preece C, Riggs MW, Kuehl TJ: Hormone withdrawal symptoms in oral contraceptive users. *Obstet Gynecol*. 2000;95(2):261-6.

22. Sulak P, Willis S, Kuehl T, Coffee A, Clark J: Headaches and oral contraceptives: impact of eliminating the standard 7-day placebo interval. *Headache*. 2007; 47(1):27-37.

23. Vercellini P, Crosignani P, Somigliana E, Viganò P, Frattaruolo MP, Fedele L: 'Waiting for Godot': a commonsense approach to the medical treatment of endometriosis. *Hum Reprod*. 2011;26(1):3-13.

24. Vercellini P, Frontino G, De Giorgi O, Pietropaolo G, Pasin R, Crosignani PG: Continuous use of an oral contraceptive for endometriosis-associated recurrent dysmenorrhea that does not respond to a cyclic pill regimen. *Fertil Steril*. 2003;80(3):560-3.

25. WHO: A cross-cultural study of menstruation: implications for contraceptive development and use. World Health Organization Task Force on Psychosocial Research in Family Planning, Special Programme of Research, Development and Research, Training in Human Reproduction. *Stud Fam Plann* 1981;12:3-16

26. International Survey: Inconvenience due to women's bleeding. March 2015

27. ESTUDIOS DE COSTO EFICACIA:

- Thomas SL, Ellertson C. *Lancet* 2000; 355: 922-24.

- Cote I. *Obstet Gynecol* 2002;100:683-687.

- Braunstein JB *Obstet Gynecol* 2003;102:699-708.

- British National Formulary. Vol. 61 (March 2011). London, UK: Pharmaceutical Press, 2011

**ANEXO I. ENCUESTA ANTICONCEPCIÓN EN PAUTA EXTENDIDA  
PARA PACIENTES**

**¿QUÉ EDAD TIENE?**

- ENTRE 18 Y 24 AÑOS
- ENTRE 25 Y 30 AÑOS
- ENTRE 31 Y 40 AÑOS
- MÁS DE 40 AÑOS

**¿CUÁL ES EL MÉTODO ANTICONCEPTIVO QUE USA DE MANERA HABITUAL?**

- MÉTODOS NATURALES, COITO INTERRUMPIDO.
- MÉTODOS BARRERA (PRESERVATIVO, DIAFRAGMA)
- MÉTODOS HORMONALES (ANTICONCEPTIVOS ORALES, IMPLANTE SUBCUTANEO. ANILLO VAGINAL, DIU, PARCHE TRANSDÉRMICO)
- MÉTODOS DEFINITIVOS (LIGADURA DE TROMPAS, ESSURE, VASECTOMÍA)
- DIU DE COBRE

**¿TIENE USTED HIJOS?**

- NO
- SI, UNO
- SI, DOS
- SI, MÁS DE DOS

**EN EL CASO DE QUE USTED FUERA USUARÍA DE UN MÉTODO HORMONAL:**

**¿CUÁL UTILIZA?**

- ANTICONCEPTIVOS ORALES
- IMPLANTE SUBCUTÁNEO
- DIU HORMONAL
- ANILLO VAGINAL
- PARCHE TRANSDÉRMICO

**¿CUÁNTO TIEMPO LLEVA UTILIZANDO DICHO MÉTODO?**

- MENOS DE UN AÑO
- DE UNO A TRES AÑOS
- DE TRES A CINCO AÑOS
- MÁS DE 5 AÑOS

**¿CUÁL ES LA RAZÓN PRINCIPAL PARA SU USO DE ANTICONCEPTIVOS HORMONALES?**

- EFECTO ANTICONCEPTIVO
- CONTROL DE CICLO MENSTRUAL
- CONTROL DE SANGRADOS ABUNDANTES DURANTE MENSTRUACIÓN
- DOLOR MENSTRUAL INTENSO
- CONTROL DE SÍNTOMAS PREMENSTRUALES

**¿QUIÉN LE PRESCRIBE NORMALMENTE EL MÉTODO ANTICONCEPTIVO?**

- MI MÉDICO DE FAMILIA
- MI MATRONA
- MI GINECÓLOGO
- LA CONSULTA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

**EN RELACIÓN CON EL USO DE LA ANTICONCEPCIÓN HORMONAL EN PAUTAS EXTENDIDAS (FORMA DE TOMAR ANTICONCEPTIVOS HORMONALES DE TAL MANERA QUE USTED SOLO TENDRÍA UNA MENSTRUACIÓN CADA 3 MESES O MÁS MESES):**

**¿LE HAN OFRECIDO ALGUNA VEZ LA POSIBILIDAD DE TOMAR ANTICONCEPTIVOS EN PAUTA EXTENDIDA?**

- SI
- NO

**¿ESTARÍA USTED DISPUESTA A TOMAR DICHA PAUTA SI SE LA OFRECERAN?**

- SI
- NO

**¿QUÉ OPINIÓN TIENE USTED ACERCA DE LA IDEA DE NO MENSTRUAR TODOS LOS MESES?**

- NO ME PARECE NATURAL, NO CREO QUE SEA BUENA IDEA
- NO ME PARECE BUENA IDEA PERO CREO QUE PODRÍA SER BENEFICIOSO EN ALGUNOS CASOS
- CREO QUE PUEDE SER BUENA IDEA, PERO NO SE SI ESTARÍA DISPUESTA A UTILIZAR DICHA PAUTA
- CREO QUE NO MENSTRUAR TODOS LOS MESES SERÍA BENEFICIOSO PARA MÍ

**¿CUÁL CREE USTED QUE ES SU MAYOR PREOCUPACIÓN CON RESPECTO A TOMAR ANTICONCEPTIVOS EN PAUTA EXTENDIDA?**

- TENGO MIEDO A OLVIDOS EN LA TOMA DE LOS COMPRIMIDOS
- NO MENSTRUAR ME CAUSA ANGUSTIA DEBIDO A QUE LO ASOCIO A LA POSIBILIDAD DE EMBARAZO
- CREO QUE NO MENSTRUAR PUEDE DAR LUGAR A PROBLEMAS POR MALA REGULACIÓN DEL CUERPO
- TENGO MIEDO DE QUE AFECTE MI ESTADO EMOCIONAL O A LA GANANCIA DE PESO EN MAYOR MEDIDA QUE LA FORMA DE TOMAR ANTICONCEPTIVOS DE MANERA ESTÁNDAR.

**¿QUÉ RIESGO DE EMBARAZO CREE QUE POSEÉ LA PAUTA EXTENDIDA?**

- MAYOR QUE EL RIESGO ASOCIADO A LA TOMA DE ANTICONCEPTIVOS DE FORMA ESTANDAR
- SIMILAR QUE EL RIESGO ASOCIADO A LA TOMA DE ANTICONCEPTIVOS DE FORMA ESTANDAR
- MENOR QUE EL RIESGO ASOCIADO A LA TOMA DE ANTICONCEPTIVOS DE FORMA ESTANDAR

**¿QUÉ RIESGO DE PÉRDIDA DE FERTILIDAD CREE QUE POSEÉ LA PAUTA EXTENDIDA?**

- MAYOR QUE EL RIESGO ASOCIADO A LA TOMA DE ANTICONCEPTIVOS DE FORMA ESTANDAR
- SIMILAR QUE EL RIESGO ASOCIADO A LA TOMA DE ANTICONCEPTIVOS DE FORMA ESTANDAR
- MENOR QUE EL RIESGO ASOCIADO A LA TOMA DE ANTICONCEPTIVOS DE FORMA ESTANDAR

**EN GENERAL, CONSIDERA QUE EL RIESGO DE LA TOMA DE ANTICONCEPTIVOS EN PAUTA EXTENDIDA ES:**

- MAYOR QUE EL RIESGO ASOCIADO A LA TOMA DE ANTICONCEPTIVOS DE FORMA ESTANDAR
- SIMILAR QUE EL RIESGO ASOCIADO A LA TOMA DE ANTICONCEPTIVOS DE FORMA ESTANDAR
- MENOR QUE EL RIESGO ASOCIADO A LA TOMA DE ANTICONCEPTIVOS DE FORMA ESTANDAR

**ANEXO II. ENCUESTA ANTICONCEPCIÓN EN PAUTA EXTENDIDA  
PARA GINECOLÓGOS**

**CENTRO DE TRABAJO HABITUAL:**

- CONSULTA/ CENTRO PLANIFICACIÓN FAMILIAR
- CONSULTA EXTERNA DE GINECOLOGÍA GENERAL
- OTROS (CONSULTA PRIVADA...)

**EDAD:**

- < 30 AÑOS
- 30-50 AÑOS
- > 50 AÑOS

**AÑOS DE EXPERIENCIA PROFESIONAL:**

- < 5 AÑOS
- 5-10 AÑOS
- 10-20 AÑOS
- > 20 AÑOS

**HORAS SEMANALES QUE DEDICA A ANTICONCEPCIÓN EN SU  
PRÁCTICA CLÍNICA:**

- < 5 HORAS
- 7-21 HORAS (1-3 DÍAS)
- > 21 HORAS

**ÚLTIMA PARTICIPACIÓN EN CURSO/CONGRESO DE FORMACIÓN EN  
ANTICONCEPCIÓN:**

- ÚLTIMO AÑO
- ÚLTIMOS 5 AÑOS
- HACE > 5 AÑOS
- NO PREVIOS

**EN RELACIÓN CON EL USO DE LA ANTICONCEPCIÓN HORMONAL EN PAUTAS EXTENDIDAS:**

¿EN QUÉ MEDIDA CONSIDERA QUE CONOCE O ESTÁ FAMILIARIZADO CON EL MÉTODO?:

- MUY FAMILIARIZADO
- POCO/MODERADAMENTE FAMILIARIZADO
- NADA FAMILIARIZADO

¿CON QUE FRECUENCIA INFORMA SOBRE POSIBILIDAD DE UTILIZACIÓN DE PAUTAS EXTENDIDAS CUANDO PRESCRIBE ANTICONCEPCIÓN HORMONAL COMBINADA?:

- SIEMPRE/ CASI SIEMPRE
- EN BASTANTES/ALGUNAS OCASIONES
- EN POCAS/MUY POCAS OCASIONES
- NUNCA

¿CONSIDERA ADECUADO QUE LA USUARIA DE ANTICONCEPCIÓN HORMONAL COMBINADA NO PRESENTE SANGRADOS MENSTRUALES CADA MES?:

- NUNCA
- SÓLO EN CASO DE SINTOMATOLOGÍA IMPORTANTE ASOCIADA AL SANGRADO POR DEPRIVACIÓN
- SÓLO EN CASO DE QUE EN SITUACIONES PUNTUALES Y PERSONALES DE LA PACIENTE HAYA QUE SUPRIMIR O RETRASAR LA MENSTRUACIÓN
- SIEMPRE/EN CUALQUIER CASO QUE LA PACIENTE LO DESEE, SIN NECESIDAD DE INDICACIÓN MÉDICA

¿CUÁL CREE QUE ES EL MOTIVO POR EL QUE PRESCRIBE CON MENOR FRECUENCIA LA ANTICONCEPCIÓN HORMONAL EN PAUTA EXTENDIDA QUE LA PAUTA CÍCLICA?:

- NO LO CONSIDERO BENEFICIOSO/NECESARIO
- NO CONOZCO ADECUADAMENTE LAS PAUTAS O REGÍMENES A EMPLEAR
- MALA ACEPTACIÓN POR PARTE DE LA USUARIA FRENTE A LA AUSENCIA DE MENSTRUACIÓN
- MAYOR RIESGO DE EFECTOS SECUNDARIOS



¿CUAL CREE QUE ES EL PRINCIPAL EFECTO SECUNDARIO QUE PRESENTAN LAS USUARIAS DE ANTICONCEPCIÓN EN PAUTAS EXTENDIDAS?

- DOLOR, HINCHAZÓN, DISTENSIÓN ABDOMINAL
- CEFALEA, NAÚSEAS, MASTALGIA
- SPOOTING VAGINAL
- DISMINUCIÓN DE LA LÍBIDO

CONSIDERA QUE EL RIESGO DE DESARROLLAR GANANCIA DE PESO, HIPERTENSIÓN, ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA O EVENTOS CARDIOVACULARES DURANTE LA TOMA DE ANTICONCEPCIÓN EN PAUTA EXTENDIDA ES:

- MAYOR QUE EL RIESGO ASOCIADO A LA TOMA DE AHC EN PAUTAS CÍCLICAS
- SIMILAR QUE EL RIESGO ASOCIADO A LA TOMA DE AHC EN PAUTAS CÍCLICAS
- MENOR QUE EL RIESGO ASOCIADO A LA TOMA DE AHC EN PAUTAS CÍCLICAS

**ANEXO III. ENCUESTA ANTICONCEPCIÓN EN PAUTA EXTENDIDA PARA MAPs y MATRONAS**

**CENTRO DE TRABAJO HABITUAL:**

- CONSULTA/ CENTRO ATENCION PRIMARIA
- CONSULTA/ CENTRO DE PLANIFICACION FAMILIAR
- OTROS (CONSULTA PRIVADA)

**EDAD:**

- < 30 AÑOS
- 30-50 AÑOS
- >50 AÑOS

**AÑOS DE EXPERIENCIA PROFESIONAL:**

- < 5 AÑOS
- 5-10 AÑOS
- 10-20 AÑOS
- > 20 AÑOS

**NÚMERO DE CONSULTAS POR MOTIVOS GINECOLOGICOS QUE ATIENDE EN SU PRÁCTICA CLÍNICA SEMANALMENTE (EXCLUIDOS MOTIVOS DE CONSULTA OBSTETRICOS, DESEO GESTACIONAL, ETC):**

- NINGUNA
- MUY POCAS (1 O 2 POR SEMANA)
- FRECUENTEMENTE (3 O 4 POR SEMANA)
- A DIARIO (5 O MÁS POR SEMANA)

**¿HA REALIZADO ALGÚN CURSO DE FORMACIÓN ESPECIFICO EN GINECOLOGÍA/ ANTICONCEPCIÓN RECIENTEMENTE?**

- SÍ
- NO

**EN RELACIÓN A LOS MOTIVOS DE CONSULTA GINECOLÓGICOS, SEÑALE EL MÁS FRECUENTE EN SU PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL:**

- DOLOR MENSTRUAL
- IRREGULARIDAD DEL CICLO MENSTRUAL
- SANGRADO MENSTRUAL ABUNDANTE
- DESEO ANTICONCEPTIVO

**EN RELACION CON LOS MEDICAMENTOS ANTICONCEPTIVOS, ¿EN QUÉ MEDIDA CONSIDERA QUE ESTÁ FAMILIARIZADO CON LOS DE PAUTAS EXTENDIDAS?**

- NADA FAMILIARIZADO
- POCO/ MODERADAMENTE FAMILIARIZADO
- MUY FAMILIARIZADO

**¿PRESCRIBE MEDICAMENTOS ANTICONCEPTIVOS?:**

- SI
- NO

**¿CON QUE FRECUENCIA INFORMA SOBRE POSIBILIDAD DE UTILIZACIÓN DE PAUTAS EXTENDIDAS CUANDO PRESCRIBE ANTICONCEPCIÓN HORMONAL COMBINADA?:**

- SIEMPRE/ CASI SIEMPRE
- EN BASTANTES/ALGUNAS OCASIONES
- EN POCAS/MUY POCAS OCASIONES
- NUNCA

**¿CONSIDERA ADECUADO QUE LA USUARIA DE ANTICONCEPCIÓN HORMONAL COMBINADA NO PRESENTE SANGRADOS MENSTRUALES CADA MES?:**

- NO
- SÓLO EN CASO DE SINTOMATOLOGÍA IMPORTANTE ASOCIADA AL SANGRADO POR DEPRIVACIÓN
- SÓLO EN CASO DE QUE EN SITUACIONES PUNTUALES Y PERSONALES DE LA PACIENTE HAYA QUE SUPRIMIR O RETRASAR LA MENSTRUACIÓN
- SI, SIEMPRE QUE LA PACIENTE LO DESEE, SIN NECESIDAD DE INDICACIÓN MÉDICA.

**¿CUÁL CREE QUE ES EL MOTIVO POR EL QUE PRESCRIBE CON MENOR FRECUENCIA LA ANTICONCEPCIÓN HORMONAL EN PAUTA EXTENDIDA QUE LA PAUTA CÍCLICA?**

- NO LO CONSIDERO BENEFICIOSO/NECESARIO
- NO CONOZCO ADECUADAMENTE LAS PAUTAS O REGÍMENES A EMPLEAR
- MALA ACEPTACIÓN POR PARTE DE LA USUARIA FRENTE A LA AUSENCIA DE MENSTRUACIÓN
- MAYOR RIESGO DE EFECTOS SECUNDARIOS

**¿CUAL CREE QUE ES EL PRINCIPAL EFECTO SECUNDARIO QUE PRESENTAN LAS USUARIAS DE ANTICONCEPCIÓN EN PAUTAS EXTENDIDAS?**

- DOLOR, HINCHAZÓN, DISTENSIÓN ABDOMINAL
- CEFALEA, NAÚSEAS, MASTALGIA
- SPOOTING VAGINAL
- DISMINUCIÓN DE LA LÍBIDO

**CONSIDERA QUE EL RIESGO DE DESARROLLAR GANANCIA DE PESO, HIPERTENSIÓN, ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA O EVENTOS CARDIOVASCULARES DURANTE LA TOMA DE ANTICONCEPCIÓN EN PAUTA EXTENDIDA ES:**

- MAYOR QUE EL RIESGO ASOCIADO A LA TOMA DE AHC EN PAUTAS CÍCLICAS
- SIMILAR QUE EL RIESGO ASOCIADO A LA TOMA DE AHC EN PAUTAS CÍCLICAS
- MENOR QUE EL RIESGO ASOCIADO A LA TOMA DE AHC EN PAUTAS CÍCLICAS