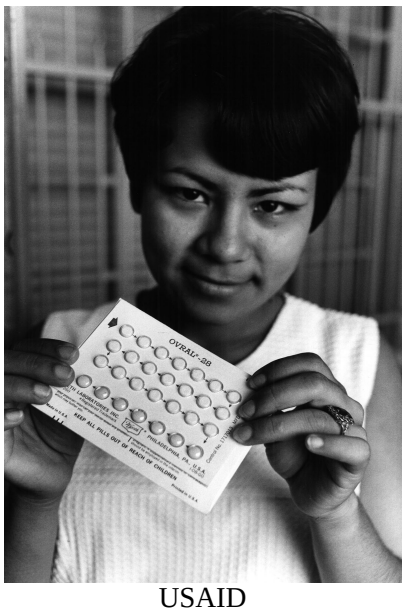
Envíe este reporte a un colega



USAID

Cómo ayudar a las mujeres a usar la píldora

Mundialmente, más de 100 millones de mujeres recurren a los anticonceptivos orales (AO), beneficiándose así de la eficacia, seguridad y conveniencia de la píldora. No obstante, muchas mujeres no la usan de la manera más satisfactoria posible. Los programas pueden ayudarlas a usar eficazmente los AO.

Cuando se toma de manera apropiada, la píldora es un anticonceptivo sumamente eficaz. Los anticonceptivos orales son, empero, excepcionales entre los métodos de planificación familiar. Para que sean plenamente eficaces, se requiere la

CONTENIDO

- Resumen de los editores
- Créditos

Capítulos

1. El uso de anticonceptivos orales
2. Continuación y cambio

3. Cómo pueden ayudar los medios de difusión pública
4. Orientacíon sobre la píldora
5. Mantener al día las directrices científicas
6. Mejoramiento del acceso

- Figura
- Cuadro
- Recuadro
- Bibliografía

Temas principales

- Problemas comunes del uso de AO
- ¿Cuándo resulta más peligroso olvidar píldoras?
- ¿Qué hacer cuando se olvidan píldoras?
- Interrupción del uso sin adoptar otro método
- Los hombres pueden ayudar
- Mensajes clave para las usuarias de AO
- Manejo de efectos secundarios
- Eliminación de barreras innecesarias
- ¿Cuándo puede una mujer comenzar a usar la píldora?
- Cuestiones no resueltas

intervención diaria de la usuaria. En parte porque algunas mujeres tienen dificultad en tomar la píldora correctamente, las tasas de embarazo son mucho más altas que si la píldora se tomara a la perfección.

Se estima que con el uso perfecto de AO la tasa de embarazo es de sólo 0,1 por 100 mujeres en los primeros 12 meses de uso. En la práctica, las tasas de embarazo oscilan entre 1,7 y 10,5 embarazos por 100 mujeres en los primeros 12 meses en 21 países encuestados.

Si mejorara el uso de la píldora, los resultados serían muy distintos. Si se consideran los niveles mundiales del uso de la píldora en 2000, por ejemplo, más de 2 millones de mujeres quedan involuntariamente embarazadas todos los años porque no toman eficazmente la píldora. Además, las mujeres serían más sanas y los costos médicos menores puesto que las complicaciones del embarazo, el parto y el aborto peligroso se hallan entre las causas principales de la mala salud y la mortalidad de las mujeres en los países en desarrollo.

Para promover el uso más eficaz de los AO es necesario comprender los problemas que plantea el uso de la píldora. Las usuarias de AO cometen una variedad de errores, como olvidarse de tomar píldoras, tomarse un descanso del uso, empezar demasiado tarde el paquete de píldoras siguiente, y no tomar las píldoras en el orden establecido. Los estudios sugieren que la mayoría de los embarazos producidos durante el uso de

- POPLINE
- El Centro de Materiales de Comunicación
- Otros temas
- Para solicitar
- CCP Home Page

Publicación del Population Information Program, Center for Communication Programs, The Johns Hopkins School of Public Health, 111 Market Place, Suite 310, Baltimore, Maryland 21202-4012, USA

Volumen XXVIII, Número 2
Verano del 2000
Serie A, Número 10
Anticonceptivos orales

la píldora se deben a que se dejan pasar más de los días indicados sin tomar las píldoras hormonales entre un paquete y otro. Los errores se cometen a veces porque no se les dice a las mujeres cómo usar la píldora, o porque éstas reciben asesoramiento incorrecto. Algunas usuarias no comprenden o no recuerdan las instrucciones.

Algunas de las usuarias que quedan embarazadas informan haber tenido vómitos o diarrea y haber tomado antibióticos alrededor del momento de la concepción. No está claro qué papel desempeñan estos eventos en la ineficacia de las píldoras.

¿Qué puede hacerse?

Cuanto mejor conocimiento tengan las mujeres de la píldora, mayor será la probabilidad de que la usen eficazmente y de que continúen tomándola. Es necesario que sepan cómo actúa la píldora, cómo tomarla correctamente, qué hacer si se olvidan de tomarla, cómo encarar los efectos secundarios comunes y qué síntomas indican la necesidad de ver a un médico o una enfermera.

Uso de los medios de difusión pública. La radio, la televisión y otros medios de difusión pueden brindar información sobre la píldora y otros métodos a las posibles usuarias, a las usuarias y a sus compañeros. Es común que la gente empiece a pensar en la planificación familiar y los anticonceptivos por haberse enterado a través de los medios de difusión. éstos también pueden recordar a las usuarias cómo usar

eficazmente la píldora y ayudar a combatir los falsos rumores acerca de este método anticonceptivo.

Orientación. Mediante la orientación, el diálogo cara a cara entre cliente y dispensador de servicios, se mejora el uso de AO. Es más probable que las mujeres que reciben buen asesoramiento continúen usando la píldora y que la usen eficazmente. En particular, las mujeres deben enterarse de los efectos secundarios comunes antes de comenzar a tomar la píldora. La orientación es especialmente útil cuando la cliente está decidiendo si tomar la píldora y si experimenta efectos secundarios en los primeros meses de uso. Los dispensadores de servicios ofrecen mejor asesoramiento cuando han recibido adiestramiento y se los faculta para aplicar el conocimiento que tienen de la planificación familiar y las técnicas de comunicación.

Nuevas directrices, nuevas actitudes. Los programas de planificación familiar ayudarán a las clientes a usar los AO más satisfactoriamente si ponen al día las directrices y los procedimientos de acuerdo con los últimos conocimientos científicos acerca de los AO. A veces innecesarios obstáculos legales, médicos o institucionales impiden usar la píldora. Entre esos obstáculos pueden citarse las restricciones sin fundamento de la elegibilidad, los exámenes innecesarios y la parcialidad jurídica, programática y de los dispensadores de servicios contra ciertos métodos de planificación familiar o grupos de clientes. Al adoptar directrices, procedimientos y actitudes que respondan ante todo a las necesidades y deseos de

las clientes, los programas de planificación familiar pueden ayudar a las usuarias de la píldora a encontrar más satisfacción y valor en el método anticonceptivo escogido.

Mejoramiento del acceso. Si se facilita a las mujeres la obtención de AO, éstas podrán usarlos correctamente y sin interrupciones. Es igualmente importante asegurar un suministro constante de las píldoras y ofrecerlas a un precio accesible y en forma conveniente. Sin acceso fácil, las mujeres pueden abandonar el uso, tomar las píldoras irregularmente o cambiarlas por métodos menos eficaces. Los dispensarios convenientes, la distribución basada en la comunidad, la comercialización social, los vínculos con otros servicios de salud y buenas cadenas de suministro pueden facilitar el uso de la píldora por las mujeres.

Siquiente
Parte principal | **Contenido**

JOHNS HOPKINS BLOOMBERG SCHOOL of PUBLIC HEALTH
Center for Communication Programs

Information & Knowledge for Optimal Health (INFO) Project
111 Market Place Suite 310, Baltimore, MD 21202
Phone: 410-659-6300 Fax: 410-659-6266 Security & Privacy Policy

CONTENIDO

- Resumen de los editores
- Creditos

Capítulos

1. El uso de anticonceptivos orales
2. Continuación y cambio
3. Cómo pueden ayudar los medios de difusión pública
4. Orientacíon sobre la píldora
5. Mantener al día las directrices científicas
6. Mejoramiento del acceso

- Figura
- Cuadro
- Recuadro
- Bibliografía

Temas principales

- Problemas comunes del uso de AO
- ¿Cuándo resulta más peligroso olvidar píldoras?
- ¿Qué hacer cuando se olvidan píldoras?
- Interrupción del uso sin adoptar otro método
- Los hombres pueden

Creditos

Preparó este informe Vera M. Zlidar. Bryant Robey, Editor. Stephen M. Goldstein, Editor Administrativo. Diseño de Linda Sadler. Producción a cargo de John Fiege, Merridy Gottlieb, Peter Hammerer, Mónica Jiménez y Deborah Maenner.

Agradecemos a los siguientes revisores la asistencia prestada: Marcia Angle, Luis Bahamondes, Debora Bossemeyer, John Guillebaud, Ricky Lu, Emma Ottolenghi, Herbert Peterson, Tsigue Pleah, Linda Potter, Malcolm Potts, Joedo Prihartono, Roberto Rivera, Michael Rosenberg, Lois A. Schaefer, Elizabeth Schoenecker, James Shelton, J. Joseph Speidel y James Trussell.

Cita sugerida: Zlidar, V.M. Cómo ayudar a las mujeres a usar la píldora. Population Reports, Serie A, No. 10. Baltimore, Johns Hopkins University School of Public Health, Population Information Program, verano de 2000.

Population Information Program
Center for Communication Porgrams
The Johns Hopkins University
School of Public Health

Phyllis Tilson Piotrow, Ph.d., Directora, **Center for Communication Programs** e Investigadora Principal, **Population Information Program** (PIP)

Ward Rinehart, Director de Proyectos, **PIP**

Linda D. Sadler, Directora de Redacción

ayudar
- Mensajes clave para las usuarias de AO
- Manejo de efectos secundarios
- Eliminación de barreras innecesarias
- ¿Cuándo puede una mujer comenzar a usar la píldora?
- Cuestiones no resueltas

- POPLINE
- El Centro de Materiales de Comunicación
- Otros temas
- Para solicitar
- CCP Home Page

Publicación del Population Information Program, Center for Communication Programs, The Johns Hopkins School of Public Health, 111 Market Place, Suite 310, Baltimore, Maryland 21202-4012, USA

Volumen XXVIII, Número 2
Verano del 2000
Serie A, Número 10
Anticonceptivos orales

de ediciones en idiomas extranjeros de *Population Reports*.

Anne W. Compton, Directora Adjunta, **PIP**, y Jefa de los servicios bibliográficos computarizados POPLINE

Hugh M. Rigby, Director Asociado del, **PIP**, y Jefe del Centro de Materiales de Comunicación

Jose G. Rimon II, Director Adjunto, **Center for Communication Programs** Director de Proyectos, **Population Communication Services**

Population Reports (USPS 063-150) is published four times a year (spring, summer, fall, winter) at 111 Market Place, Suite 310, Baltimore, Maryland 21202, USA, by the Population Information Program of the Johns Hopkins University School of Public Health. Periodicals postage paid at Baltimore, Maryland. Postmaster to send address changes to Population Reports, Population Information Program, Johns Hopkins University School of Public Health, 111 Market Place, Suite 310, Baltimore, Maryland 21202, USA.

Population Reports fue ideado para proporcionar información general, precisa y experta con respecto a los desarrollos en el campo de la población.

Este informe se produce gracias al apoyo de la Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, de Global y de G/PHN/POP/ CMT, bajo los términos de la Subvención No. HRN-A-00-97-00009-00. Las opiniones aquí expresadas son las de los

autores y no reflejan necesariamente las opiniones de la Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional ni de la Universidad Johns Hopkins.

Anterior | **Siguiente**
Parte principal | **Contentido**

Information & Knowledge for Optimal Health (INFO) Project
111 Market Place Suite 310, Baltimore, MD 21202
Phone: 410-659-6300 Fax: 410-659-6266 Security & Privacy Policy

CONTENIDO

- Resumen de los editores
- Creditos

Capítulos

1. El uso de anticonceptivos orales
   - Tasas de embarzao con los AO
   - Problemas comunes del uso de la píldora
   - ¿Quiénes usan incorrectamente las píldoras?
   - Consecuencias de la falla de la píldora
2. Continuación y cambio
3. Cómo pueden ayudar los medios de difusión pública
4. Orientacíon sobre la píldora
5. Mantener al día las directrices científicas
6. Mejoramiento del acceso

- Figura
- Cuadro
- Recuadro
- Bibliografía

Temas principales

- Problemas comunes del uso de AO
- ¿Cuándo resulta más peligroso olvidar píldoras?
- ¿Qué hacer cuando se

El uso de anticonceptivos orales

Los anticonceptivos orales (AO) son un método eficaz de planificación familiar empleado en todo el mundo por más de 100 millones de mujeres. Muchas más los han usado en algún momento de la vida. (Ver **Population Reports**, ***Los anticonceptivos orales hoy día***, Serie A, No. 9, primavera de 2000.)

En vista de que tantas parejas confían en la píldora, es importante velar por el uso efectivo de ésta para que aquéllas vean cumplidos sus objetivos en materia de reproducción. Los anticonceptivos orales se distinguen del resto de los anticonceptivos por requerir la intervención diaria de la usuaria para tener plena eficacia. Ningún otro método requiere que el usuario intervenga diariamente, aun en ausencia de contacto sexual.

Si se toman constante y correctamente, los AO son uno de los métodos más eficaces. Pero en la práctica, no son tan eficaces como sería de esperar para prevenir el embarazo. Si los programas de planificación familiar y el personal de atención de salud se ocuparan más de ayudar a las mujeres a usar la píldora, la eficacia real de los AO podría mejorar considerablemente.

olvidan píldoras?
- Interrupción del uso sin adoptar otro método
- Los hombres pueden ayudar
- Mensajes clave para las usuarias de AO
- Manejo de efectos secundarios
- Eliminación de barreras innecesarias
- ¿Cuándo puede una mujer comenzar a usar la píldora?
- Cuestiones no resueltas

- POPLINE
- El Centro de Materiales de Comunicación
- Otros temas
- Para solicitar
- CCP Home Page

Publicación del Population Information Program, Center for Communication Programs, The Johns Hopkins School of Public Health, 111 Market Place, Suite 310, Baltimore, Maryland 21202-4012, USA

Volumen XXVIII, Número 2
Verano del 2000
Serie A, Número 10
Anticonceptivos orales

Para mejorar el uso de la píldora se emplean distintas estrategias, como dar a las mujeres información completa y fácil de comprender, ofrecer asesoramiento individual y transmitir frecuentes mensajes complementarios para recordarles cómo usar eficazmente la píldora. Las campañas por los medios de difusión que informan al público sobre la planificación de la familia pueden estimular la aprobación de la sociedad y educar al público acerca de los métodos disponibles. También puede ayudarse a las mujeres a usar la píldora más eficazmente si se la hace más accesible y se eliminan las restricciones innecesarias para el uso sin riesgo.

En Bangladesh y diversas partes del mundo millones de mujeres recurren a los AO. De todos los métodos, sólo los AO requieren la intervención diaria de las usuarias para ser completamente eficaces.

Dirección de Planificación Familiar de Bangladesh

Tasas de embarazo con los AO

La distancia que media entre las tasas de embarazo con el uso perfecto y las tasas de embarazo con el uso habitual entre las usuarias de AO sugiere que muchas mujeres no usan eficazmente los AO. Las tasas de embarazo con el uso perfecto ponen de manifiesto sólo la falla inherente de un método si se usa perfectamente, regular y correctamente, y si las usuarias no dejan de usarlo por ninguna razón. En cambio, las tasas de embarazo con el uso habitual ponen de manifiesto cuán a menudo se produce el embarazo al usarse comúnmente el método en una población (223).

En los AO combinados, que contienen progestágeno y estrógeno, se estima que la tasa de embarazo con el uso perfecto es de progestágeno sólo un embarazo por 1.000 mujeres, o sea 0,1 por 100, en los primeros 12 meses de uso. En cuanto a la píldora con progestina solamente, se estima que la tasa de embarazo con el uso perfecto es de cinco embarazos por 1.000 mujeres, o sea 0,5 por 100 en los primeros 12 meses de uso (223).

Las tasas de embarazo con el uso habitual de AO* son generalmente mucho más altas. En las encuestas nacionales de 21 países se encontró que las tasas de embarazo con el uso habitual entre las usuarias de AO variaba de 1,7 embarazos por 100 mujeres en Bangladesh a 10,5 por 100

mujeres en Bolivia en los primeros 12 meses de uso (ver la **Figura 1**). En los Estados Unidos la tasa de embarazo entre las usuarias de AO en 1995 era de 6,9 por 100 mujeres en los primeros 12 meses (225).

Las mujeres que han usado la píldora por largo tiempo tienden a ser usuarias más eficaces, posiblemente porque tienen más experiencia y porque las usuarias menos eficaces han quedado embarazadas, han interrumpido el uso, o han adoptado otro método. En cinco de siete países con datos referentes a 24 meses de uso de las píldoras, las tasas de embarazo en el segundo año eran más bajas que en el primero (4, 225). En el curso de dos años, las tasas variaban de 4,5 embarazos por 100 usuarias de AO en Tailandia a 16,5 embarazos por 100 usuarias de AO en Egipto (4).

Por modestas que parezcan algunas tasas habituales de embarazo por año, aun los niveles bajos de ineficacia anticonceptiva anual pueden indicar que a la larga muchas mujeres tendrán embarazos involuntarios. Si la tasa de embarazo correspondiente a la píldora es de 6% por año entre un grupo de usuarias de la píldora, por ejemplo, casi la mitad de ellas experimentarán embarazos involuntarios en el curso de 10 años (184). Más de 18% de las usuarias quedarían embarazadas después de 10 años con una tasa de embarazo del 2% por año, mientras una tasa anual de embarazo del 10% resultaría en

embarazos involuntarios de 65% de las usuarias en el curso de 10 años.

De acuerdo con estimaciones del uso mundial de la píldora en el año 2000, en un año al menos 2 millones de mujeres quedan involuntariamente embarazadas porque no toman la píldora correctamente (ver el recuadro **En la mayoría de las usuarias de la píldora los embarazos ocurren cuando éstas interrumpen el uso pero no adoptan otro método**). Si solo 1 mujer más de cada 10 tomara correctamente los AO, habría 200.000 embarazos involuntarios menos.

Tal como se usa habitualmente, la píldora es menos eficaz para prevenir el embarazo que otros métodos reversibles, como los dispositivos intrauterinos (DIU) y los inyectables. Pero si se usara perfectamente, la píldora estaría entre los métodos más eficaces, algo más eficaz que los DIU TCu, los anticonceptivos inyectables sólo de progestágeno y la esterilización femenina. En realidad, sólo los implantes *Norplant* tienen una tasa prevista de ineficacia con el uso perfecto inferior a la de los AO combinados (223).

**Salvo indicación en contrario, el término "AO" empleado en este informe indica anticonceptivos orales combinados. Pero en la mayoría de los estudios del uso habitual no se especifica si las tasas corresponden a las píldoras sólo de progestágeno, los AO combinados, o ambos. Puesto que la mayoría de las usuarias de las píldoras toman AO combinados, puede suponerse que estos datos se refieren sobre todo a las píldoras combinadas.*

Anterior | **Siguiente**
Parte principal | **Contenido**

JOHNS HOPKINS BLOOMBERG SCHOOL of PUBLIC HEALTH
Center for Communication Programs

Information & Knowledge for Optimal Health (INFO) Project
111 Market Place Suite 310, Baltimore, MD 21202
Phone: 410-659-6300 Fax: 410-659-6266 Security & Privacy Policy

CONTENIDO

- Resumen de los editores
- Creditos

Capítulos

1. El uso de anticonceptivos orales
2. Continuación y cambio
   - Continuación
   - Efectos secundarios
   - Interrupción de la protección anticonceptiva
   - Cambio de métodos
3. Cómo pueden ayudar los medios de difusión pública
4. Orientacíon sobre la píldora
5. Mantener al día las directrices científicas
6. Mejoramiento del acceso

- Figura
- Cuadro
- Recuadro
- Bibliografía

Temas principales

- Problemas comunes del uso de AO
- ¿Cuándo resulta más peligroso olvidar píldoras?
- ¿Qué hacer cuando se olvidan píldoras?

Continuación y cambio

Las mujeres dejan de tomar la píldora por diversas razones. Algunas quieren quedar embarazadas. Otras no necesitan ya practicar la anticoncepción. Y otras pueden decidir usar otro método que mejor satisfaga sus necesidades cambiantes de planificación familiar. Muchas mujeres, empero, dejan de usar la píldora pero no adoptan enseguida otro método aunque continúen siendo sexualmente activas y no quieran quedar embarazadas. Algunas de estas mujeres no tienen protección por meses y muchas de ellas quedan embarazadas (ver el recuadro **En la mayoría de las usuarias de la píldora los embarazos ocurren cuando éstas interrumpen el uso pero no adoptan otro método**).

Si el porcentaje de mujeres que dejaron de tomar la píldora sin remplazarla por otro método mientras aún necesitaban practicar la anticoncepción se redujera en un punto porcentual, podrían evitarse 620.000 embarazos involuntarios por año.

Continuación

Las tasas de continuación miden el número de usuarias de anticonceptivos por 100 usuarias iniciales que aún están usando el mismo método por

- Interrupción del uso sin adoptar otro método
- Los hombres pueden ayudar
- Mensajes clave para las usuarias de AO
- Manejo de efectos secundarios
- Eliminación de barreras innecesarias
- ¿Cuándo puede una mujer comenzar a usar la píldora?
- Cuestiones no resueltas

- POPLINE
- El Centro de Materiales de Comunicación
- Otros temas
- Para solicitar
- CCP Home Page

Publicación del Population Information Program, Center for Communication Programs, The Johns Hopkins School of Public Health, 111 Market Place, Suite 310, Baltimore, Maryland 21202-4012, USA

Volumen XXVIII, Número 2
Verano del 2000
Serie A, Número 10
Anticonceptivos orales

cierto tiempo después de haber comenzado, generalmente en incrementos de 12 meses. En general, las tasas de continuación de las píldoras, y de los inyectables y condones, son más bajas que las de los DIU y los implantes. La usuaria puede fácilmente dejar de usar píldoras, inyectables o condones por su cuenta, pero por lo común debe buscar un dispensador de atención de salud que le extraiga el DIU o los implantes.

Las tasas de continuación de los anticonceptivos orales difieren grandemente de un país a otro y de un programa a otro. En 8 de 10 países con datos de encuestas disponibles, unos dos tercios o menos de las usuarias de píldoras continuaron usando AO por 12 meses o más, y la mitad o menos continuaron usando la píldora por al menos dos años (ver la **Figura 3**). En comparación, en 7 de 9 países con datos comparables, dos tercios o más de usuarias de DIU continuaron usándolos después de dos años (4, 58, 139, 153, 225).

Los programas de planificación familiar generalmente pueden ayudar a un número mayor de mujeres a llevar a la práctica sus intenciones en materia de reproducción si se dedican a atender a las mujeres que ya usan un método y no sólo a atraer nuevas usuarias (102). A medida que se generaliza más el uso de anticonceptivos, el número de usuarias que ya usan un método sobrepasa el de las posibles nuevas usuarias. En los Estados Unidos, por

ejemplo, se estima que sólo un quinto de casi 19 millones de usuarias de la píldora en un año habían comenzado a usarla ese mismo año (181).

El uso a corto plazo comparado con el uso a largo plazo. Algunas mujeres usan los AO por sólo breve tiempo, un promedio de cuatro a seis meses (62, 177). Es muy probable que estas usuarias interrumpan el uso debido a efectos secundarios como náusea, goteo, aumento de peso y sensibilidad dolorosa en los pechos (124, 139, 180, 182, 192, 193, 227).

Aunque después de algunos meses un grupo considerable de usuarias de AO los abandonan, muchas otras mujeres continúan usándolos por largo tiempo. Los datos que incluyen usuarias a corto plazo y a largo plazo demuestran que muchas mujeres recurren a la píldora por largo tiempo. A mediados de los años 90, por ejemplo, la duración media del uso de la píldora era de 18 meses en las Filipinas (153) y de 27 meses en Indonesia (58). En Zimbabwe, donde las que practican la planificación familiar recurren en su mayoría a la píldora, la duración media del uso de AO era de 28 meses (186). En una encuesta de 1995 de Canadá se encontró que la duración media del uso de la píldora era de siete años, y que, entre las usuarias de la píldora mayores de 35 años casi 70% la habían tomado por más de 10 años (17).

Anterior | **Siguiente**

Parte principal | **Contenido**

Information & Knowledge for Optimal Health (INFO) Project
111 Market Place Suite 310, Baltimore, MD 21202
Phone: 410-659-6300 Fax: 410-659-6266 Security & Privacy Policy

CONTENIDO

- Resumen de los editores
- Creditos

Capítulos

1. El uso de anticonceptivos orales
2. Continuación y cambio
3. Cómo pueden ayudar los medios de difusión pública
   - Cómo comunicarse bien
4. Orientacíon sobre la píldora
5. Mantener al día las directrices científicas
6. Mejoramiento del acceso

- Figura
- Cuadro
- Recuadro
- Bibliografía

Temas principales

- Problemas comunes del uso de AO
- ¿Cuándo resulta más peligroso olvidar píldoras?
- ¿Qué hacer cuando se olvidan píldoras?
- Interrupción del

Cómo pueden ayudar los medios de difusión pública

Cuanto más conozcan las mujeres acerca de la píldora, más capacitadas estarán para usarla. En un estudio de jóvenes universitarias británicas, por ejemplo, se encontró que las mujeres con un buen conocimiento general de los AO tendían menos a olvidarse por un período de hasta 12 horas de tomar la píldora que las mujeres con menor conocimiento de los AO (231). En los Países Bajos las mujeres que recibieron información detallada sobre la píldora usaron los AO más eficazmente al principio y tenían una opinión más positiva que otras mujeres de los beneficios médicos (40).

A la inversa, la información y el asesoramiento menos completo resulta en un uso más deficiente de la píldora. En un estudio europeo de más de 6.500 usuarias actuales y anteriores de AO, las que dijeron no haber recibido bastante información acerca de la píldora ni suficiente ayuda de los dispensadores de atención tenían una probabilidad una vez y media mayor de dejar de tomar una o más píldoras por ciclo que las mujeres que creían haber

uso sin adoptar otro método
- Los hombres pueden ayudar
- Mensajes clave para las usuarias de AO
- Manejo de efectos secundarios
- Eliminación de barreras innecesarias
- ¿Cuándo puede una mujer comenzar a usar la píldora?
- Cuestiones no resueltas

- POPLINE
- El Centro de Materiales de Comunicación
- Otros temas
- Para solicitar
- CCP Home Page

Publicación del Population Information Program, Center for Communication Programs, The Johns Hopkins School of Public Health, 111 Market Place, Suite 310, Baltimore, Maryland 21202-4012, USA

Volumen XXVIII, Número 2
Verano del 2000
Serie A, Número 10
Anticonceptivos orales

recibido información y asesoramiento adecuado (182).

Un conocimiento correcto es la clave para tomar buenas decisiones sobre nuestra salud reproductiva. Los estudios revelan que muchas mujeres son capaces de tomar decisiones tan bien como los dispensadores de atención siempre que reciban y comprendan la información necesaria (29, 250).

Si bien el asesoramiento es valioso, una sola sesión de orientación con un dispensador de servicios de planificación familiar no puede proveer toda la información que necesita una persona para decidir de manera razonada entre los distintos métodos de planificación familiar. Tampoco deberá recaer en los dispensadores de atención toda la responsabilidad de comprobar que las clientes están completamente informadas.

Una manera de informar acerca de la planificación familiar a las usuarias de la píldora, las posibles usuarias y sus compañeros es a través de los medios de difusión, como la radio, televisión, videos y periódicos (157). Los medios de difusión llevan la planificación familiar a conocimiento del público aun antes de que éste busque esos servicios (158). Como los medios de difusión también llegan a los usuarios continuos de la planificación familiar, pueden ofrecer importantes recordatorios sobre el uso de la píldora.

En muchos países en desarrollo los

medios de difusión han desempeñado un papel esencial en la diseminación de información sobre la planificación familiar y en el mejoramiento del comportamiento relacionado con la salud reproductiva (156). Los medios de difusión llegan a muchos grupos diferentes, influyendo en la práctica de la planificación familliar entre los casados y los no casados, los alfabetizados y los no alfabetizados y entre los hombres y las mujeres (238).

Las personas obtienen gran parte de la información sobre la píldora a través de los medios de difusión, aun cuando esa información no esté necesariamente destinada a ayudar en la elección y el uso de métodos anticonceptivos. En Nigeria, por ejemplo, de 500 estudiantes universitarias encuestadas, 40% recibieron información sobre la píldora a través de periódicos o revistas, 28% a través de la televisión y 26% a través de la radio. Alrededor de 44% declararon haber obtenido información sobre la píldora a través de otras jóvenes, 42% a través de los dispensadores de atención y 30% a través de las enfermeras (1). Pero por lo común la información provista por los medios de difusión no es lo bastante detallada como para ayudar a las personas a escoger y usar eficazmente un determinado método de planificación familiar.

Puesto que los medios de difusión llegan a gran número y diversidad de personas, los programas de planificación familiar pueden valerse de ellos para mejorar el uso de AO y otros métodos anticonceptivos. En

Nepal, por ejemplo, el Ministerio de Salud ha recurrido a los medios de difusión pública para educar a los radioyentes sobre los diferentes anticonceptivos y su uso. La radionovela *"Corta tu chaqueta de acuerdo a tu tela"*, se transmite cuatro veces por semana desde 1995. Este programa presenta información detallada sobre la forma en que actúan los AO y otros métodos, sus ventajas y desventajas y la manera adecuada de usarlos (104, 105).

Los medios de difusión pública pueden llegar tanto a los dispensadores de planificación familiar como al público. Los primeros pueden mantenerse al corriente de los avances de la planificación familiar a través de los cursos de educación a distancia de los medios de difusión. En Nepal un curso semanal de educación a distancia para el personal de salud titulado *El servicio brinda su recompensa*, complementa las radionovelas para los usuarios de la planificación familiar y ha ayudado a mejorar la calidad de la interacción entre el dispensador de servicios y el cliente (104, 106, 214).

Anterior | **Siguiente**
Parte principal | **Contenido**

JOHNS HOPKINS BLOOMBERG SCHOOL of PUBLIC HEALTH
Center for Communication Programs

Information & Knowledge for Optimal Health (INFO) Project
111 Market Place Suite 310, Baltimore, MD 21202
Phone: 410-659-6300 Fax: 410-659-6266 Security & Privacy Policy

CONTENIDO

- Resumen de los editores
- Creditos

Capítulos

1. El uso de anticonceptivos orales
2. Continuación y cambio
3. Cómo pueden ayudar los medios de difusión pública
4. Orientacíon sobre la píldora
   - ¿Qué se entiende por buena orientación?
   - Cómo abordar los efectos secundarios comunes
   - Capacitación
   - Mejoramiento de la actuación
   - Información para llevar a la casa
   - Seguimiento
5. Mantener al día las directrices científicas
6. Mejoramiento del acceso

- Figura
- Cuadro
- Recuadro
- Bibliografía

Orientación sobre la píldora

La orientación es importante para ayudar a las mujeres a usar la píldora eficazmente. Una buena orientación, como parte de una buena atención, ayuda a mejorar el uso de AO y estimula la continuación (31, 178). En cambio, la atención deficiente disuade a las clientes de continuar el uso o de regresar para recibir cualquier tipo de atención sanitaria (116). Los distribuidores centrados en la comunidad, el personal de puestos de salud, los farmacéuticos, cualquiera que dispense píldoras a las mujeres y las asesore sobre su uso, y también las redes sociales comunitarias pueden intercambiar información y ofrecer apoyo a las usuarias de la píldora (ver la Capitulo 6.2).

La interacción personal entre cliente y dispensador de asistencia es la clave de una buena orientación. Para asesorar adecuadamente a las mujeres, es necesario que los dispensadores de asistencia mismos tengan extenso conocimiento de la píldora, posean buenas dotes de comunicación interpersonal y trabajen en un ambiente que promueva la interacción de buena calidad y apoye el seguimiento de las clientes. Si los dispensadores de servicios de planificación familiar tienen las dotes, recursos y apoyo para ser buenos consejeros, las clientes

Temas principales

- Problemas comunes del uso de AO
- ¿Cuándo resulta más peligroso olvidar píldoras?
- ¿Qué hacer cuando se olvidan píldoras?
- Interrupción del uso sin adoptar otro método
- Los hombres pueden ayudar
- Mensajes clave para las usuarias de AO
- Manejo de efectos secundarios
- Eliminación de barreras innecesarias
- ¿Cuándo puede una mujer comenzar a usar la píldora?
- Cuestiones no resueltas

- POPLINE
- El Centro de Materiales de Comunicación
- Otros temas
- Para solicitar
- CCP Home Page

Publicación del Population Information Program, Center for Communication Programs, The Johns Hopkins School of Public Health, 111 Market Place, Suite 310, Baltimore, Maryland 21202-4012, USA

Volumen XXVIII, Número 2
Verano del 2000

toman decisiones más razonadas, usan métodos más eficazmente y por más largo tiempo y efectúan cambios más adecuados entre los métodos.

Lauren Goodsmith

En Marruecos una trabajadora de salud asesora a una mujer, describiéndole diversos métodos de planificación familiar con la ayuda de un juego de demostración. Si se adapta la información a las necesidades de las clientes y se les presenta información de varias maneras diferentes, como material impreso para llevar a la casa, se incentiva el uso eficaz de los AO.

¿Qué se entiende por buena orientación?

La orientación es una asociación para la adopción de buenas decisiones. La cliente sabe más que nadie cuáles son sus necesidades en materia de planificación familiar, y el dispensador conoce más acerca de planificación familiar, métodos anticonceptivos y otras cuestiones referentes a la salud reproductiva (175). El intercambio de información es

esencial. La cliente explica su situación y necesidades, y el dispensador de asistencia le responde conforme a ellas (6, 38, 110, 143, 146, 175, 235).

ACCEDA, un procedimiento en seis pasos, puede ayudar a los dispensadores de asistencia a orientar a las clientes de servicios de planificación familiar. Las letras de la palabra ACCEDA representan las palabras Atender-Conversar-Comunicar- Elegir-Describir-Acordar otra visita. Cada paso del proceso ACCEDA se refiere a uno de los diferentes elementos de la orientación y ayuda a guiar la interacción entre el dispensador de asistencia y la cliente. Al seguir esos pasos se ayuda a las clientes a tomar decisiones razonadas sobre sus opciones en materia de planificación familiar (175). ACCEDA se ha traducido a 10 idiomas por lo menos y se ha adoptado en programas de capacitación de distintas partes del mundo (103). (Ver **Population Reports,** ***Guía de orientación ACCEDA***, Serie J, No. 48, diciembre de 1998.)

La orientación generalmente puede ayudar a la cliente a escoger y usar un método. En su mayoría las clientes ya han pensado en un método cuando se reúnen con el dispensador de asistencia. En ese caso, este último es responsable de asegurarse de que la elección de la cliente está basada en su conocimiento correcto del método y de la existencia de otras opciones. El dispensador de asistencia puede ayudar a la cliente a considerar si el método que ella prefiere se ajusta a sus propias necesidades y situación.

Como en algunos lugares los AO son más conocidos que otros métodos —tanto que son casi sinónimos de planificación familiar— los consejeros deben especialmente verificar si las clientes que piden AO están enteradas de los demás métodos. Además, el dispensador de asistencia deberá verificar si la cliente tiene algún trastorno médico que podría excluir el uso del método preferido (ver la **lista de verificación**).

Una vez que la cliente confirma su elección, es responsabilidad del dispensador de asistencia ayudarla a usar el método eficaz y satisfactoriamente. Si una mujer elige AO, el dispensador de asistencia discute cómo tomar la píldora, qué hacer si deja de tomar una o más píldoras, qué hacer si se producen efectos secundarios, cuándo y cómo usar métodos de respaldo, y qué síntomas indican la necesidad buscar atención inmediata de un médico o enfermera.

En la primera reunión el dispensador de asistencia debe estar seguro de que la cliente entiende correctamente todo lo concerniente a la píldora (111, 235). Por lo común es difícil corregir las percepciones erróneas acerca de un método anticonceptivo antes de que la cliente comience a usarlo (20). De modo que en la primera reunión deberán transmitirse mensajes clave acerca del uso eficaz de la píldora (ver el recuadro **Mensajes clave sobre la orientación acerca de la píldora**).

	Las mujeres que reciben buena orientación tienden menos a interrumpir el uso de la píldora. En Colombia, por ejemplo, se encontró en un estudio que las mujeres que clasificaban al promotor de salud como “muy efectivo” en la comunicación tendían más que otras mujeres a continuar usando la píldora (62). Otras investigaciones revelan que la percepción de la cliente de la calidad de la interacción con un dispensador de asistencia se halla constantemente entre los factores más importantes en el uso eficaz de la píldora (176).

Anterior | **Siguiente**
Parte principal | **Contenido**

JOHNS HOPKINS BLOOMBERG SCHOOL of PUBLIC HEALTH
Center for Communication Programs

Information & Knowledge for Optimal Health (INFO) Project
111 Market Place Suite 310, Baltimore, MD 21202
Phone: 410-659-6300 Fax: 410-659-6266 Security & Privacy Policy

CONTENIDO

- Resumen de los editores
- Creditos

Capítulos

1. El uso de anticonceptivos orales
2. Continuación y cambio
3. Cómo pueden ayudar los medios de difusión pública
4. Orientacíon sobre la píldora
5. Mantener al día las directrices científicas
   - Criterios médicos de elegibilidad
   - Eliminación de barreras innecesarias
   - Parcialidad de los dispensadores de atención
6. Mejoramiento del acceso

- Figura
- Cuadro
- Recuadro
- Bibliografía

Temas principales

- Problemas comunes del uso de AO
- ¿Cuándo resulta más peligroso olvidar píldoras?
- ¿Qué hacer cuando se olvidan píldoras?
- Interrupción del uso

Mantener al día las directrices científicas

Los programas de planificación familiar podrán ayudar a las usuarias de AO si siguen las directrices científicas actuales sobre el uso apropiado de AO. Las directrices se refieren a cuestiones tales como quiénes pueden comenzar y continuar usando sin riesgo AO, cómo usar éstos eficazmente y quiénes pueden suministrar AO en qué circunstancias.

El contenido hormonal de los AO actuales es considerablemente menor que el de las primeras píldoras, y las investigaciones han encontrado las respuestas a numerosas preguntas sobre los AO y la salud de las mujeres. Muchas de las dudas primeras acerca de los riesgos de la píldora, que llevaron a varias restricciones del uso de ésta, han quedado ahora resueltas (16). Sin embargo, algunos programas de planificación familiar no han actualizado sus políticas, procedimientos y capacitación de acuerdo con la nueva información.

La aplicación de criterios actualizados de elegibilidad médica para el uso de AO, la eliminación de impedimentos innecesarios que restringen el acceso y la eliminación de los prejuicios de los dispensadores de asistencia son particularmente importantes para ayudar a las mujeres a usar la píldora.

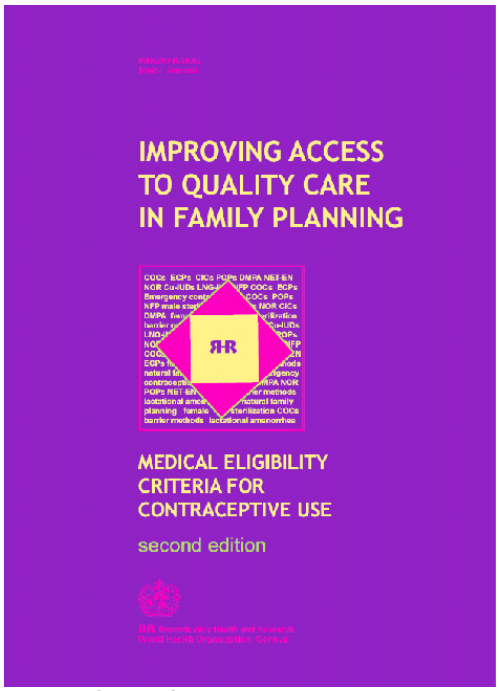
- sin adoptar otro método
- Los hombres pueden ayudar
- Mensajes clave para las usuarias de AO
- Manejo de efectos secundarios
- Eliminación de barreras innecesarias
- ¿Cuándo puede una mujer comenzar a usar la píldora?
- Cuestiones no resueltas

- POPLINE
- El Centro de Materiales de Comunicación
- Otros temas
- Para solicitar
- CCP Home Page

Publicación del Population Information Program, Center for Communication Programs, The Johns Hopkins School of Public Health, 111 Market Place, Suite 310, Baltimore, Maryland 21202-4012, USA

Volumen XXVIII, Número 2
Verano del 2000
Serie A, Número 10
Anticonceptivos orales

Reciente OMS Criterios médicos de elegibilidad



Updated guidance on medical eligibility for contraceptive use becomes available October 2000 from the World Health Organization. Based on a March 2000 expert meeting, the new guidance covers 10 family planning methods and over 50 medical conditions.

For copies contact:
Dr. Monir Islam
Reproductive Health and Research
World Health Organization
1211 Geneva 27
Switzerland

E-mail: islamm@who.ch

Criterios médicos de elegibilidad

Desde el punto de vista médico, ¿quiénes reúnen las condiciones para usar AO? ¿Quiénes no deberán usar AO por razones de salud? El consenso científico internacional reciente sobre criterios médicos de elegibilidad y procedimientos de los programas de planificación familiar ofrece orientación. (Ver *Population Reports, Métodos de planificación familiar. Nueva orientación*, Serie J, No. 44, octubre de 1996.)

Bajo los auspicios de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 1994, 1995 y marzo de 2000 se reunieron expertos científicos con el propósito de formular

recomendaciones para la actualización de los criterios médicos de elegibilidad para los principales métodos de planificación, basándose para ello en una revisión de los resultados de las investigaciones. Estos criterios ayudan a ampliar el acceso a los métodos de planificación familiar de las personas que son capaces de usarlos sin riesgo, y al mismo tiempo ayudan a los dispensadores de atención de salud a reconocer mejor a las que no deberán usar un método por razones médicas. Los criterios se refieren tanto a la iniciación como a la continuación de los métodos, y pueden aplicarse en ámbitos donde se dispone de opinión clínica y donde ésta es limitada (244, 245).

La orientación provista por la OMS se ha adoptado y aplicado ampliamente. Por ejemplo, la lista de verificación para el inicio del uso de anticonceptivos orales combinados en programas centrados en la comunidad (ver **lista de verificación**) refleja las últimas recomendaciones del grupo de expertos de la OMS. Los trabajadores comunitarios pueden usar la lista para evaluar si una cliente puede usar AO sin ver a otro dispensador de asistencia, o si es necesario remitirla a otro dispensador de asistencia cuya opinión clínica es superior. Las preguntas de la lista de verificación se refieren a las principales razones médicas por las cuales no deberán generalmente usarse los AO combinados.

Anterior | **Siguiente**
Parte principal | **Contenido**

JOHNS HOPKINS BLOOMBERG SCHOOL of PUBLIC HEALTH
Center for Communication Programs

Information & Knowledge for Optimal Health (INFO) Project
111 Market Place Suite 310, Baltimore, MD 21202
Phone: 410-659-6300 Fax: 410-659-6266 Security & Privacy Policy

CONTENIDO

- Resumen de los editores
- Creditos

Capítulos

1. El uso de anticonceptivos orales
2. Continuación y cambio
3. Cómo pueden ayudar los medios de difusión pública
4. Orientacíon sobre la píldora
5. Mantener al día las directrices científicas
6. Mejoramiento del acceso
   - Mejor acceso a los dispensarios
   - distribución basada en la comunidad
   - Comercialización social
   - Sector comercial
   - Vínculos entre la provisión de píldoras y otros servicios de salud
   - Buena gestión logística
   - Hacia un uso más eficaz

- Figura
- Cuadro
- Recuadro
- Bibliografía

Temas principales

- Problemas comunes del uso de AO

Mejoramiento del acceso

Si se facilita la obtención de AO se ayuda a las mujeres a usarlos eficazmente. En la provisión de un buen acceso están incluidos los suministros regulares y píldoras económicamente accesibles, ofrecidas de manera conveniente. Si el acceso es difícil, algunas mujeres interrumpen el uso de la píldora, mientras otras no la toman todos los días para que el paquete dure más tiempo. Y otras pueden cambiarla por otros métodos menos eficaces pero que son más fáciles de obtener o no requieren frecuente reabastecimiento.

Lo siguiente puede ayudar a los programas a lograr que la píldora sea económicamente accesible, conveniente y fácil de conseguir:

- Mejor acceso a los dispensarios de planificación familiar,
- Distribución centrada en la comunidad,
- Comercialización social,
- Estímulo al sector comercial,
- Conexión entre la provisión de píldoras y otros servicios de salud.

En cualquier programa una buena gestión logística es de importancia crucial para que los AO se hallen

- ¿Cuándo resulta más peligroso olvidar píldoras?
- ¿Qué hacer cuando se olvidan píldoras?
- Interrupción del uso sin adoptar otro método
- Los hombres pueden ayudar
- Mensajes clave para las usuarias de AO
- Manejo de efectos secundarios
- Eliminación de barreras innecesarias
- ¿Cuándo puede una mujer comenzar a usar la píldora?
- Cuestiones no resueltas

- POPLINE
- El Centro de Materiales de Comunicación
- Otros temas
- Para solicitar
- CCP Home Page

Publicación del Population Information Program, Center for Communication Programs, The Johns Hopkins School of Public Health, 111 Market Place, Suite 310, Baltimore, Maryland 21202-4012, USA

Volumen XXVIII, Número 2
Verano del 2000
Serie A, Número 10
Anticonceptivos orales

siempre disponibles y en abundancia.

Mejor acceso a los dispensarios

Como ocurre con otros métodos anticonceptivos, es más probable que las mujeres con fácil acceso a la píldora la usen. Varios estudios han demostrado que la distancia al dispensario de planificación familiar y el tiempo requerido para llegar allí influyen sobremanera en la decisión de la mujer de usar un método de planificación familiar (169, 226).

En Tailandia, por ejemplo, un estudio reveló que cuanto más cerca vivían las clientes de un centro de servicios de planificación familiar, más probable era que practicaran la anticoncepción. Unos pocos minutos más de viaje hasta el centro incidían considerablemente en el uso de anticonceptivos. Así, por ejemplo, entre las mujeres que vivían a menos de tres minutos de un dispensario, 47% estaban usando la píldora en comparación con 24% de las que vivían a seis o más minutos de viaje (49). En Egipto también el uso de la píldora bajaba apreciablemente a medida que aumentaba el tiempo de viaje (108).

Otro factor que ayuda a asegurar el uso continuo de la píldora es la existencia de un lugar conveniente para obtener más píldoras. En Ghana se estudiaron las mujeres que las

obtenían en un dispensario y se encontró que casi la mitad de las usuarias de la píldora que no regresaban para reabastecerse seguían, empero, tomando la píldora. Estas mujeres preferían comprarla en un lugar más conveniente, generalmente en farmacias cercanas a sus hogares. Las mujeres con una fuente conveniente de suministros tenían una probabilidad más de tres veces mayor de continuar usando AO por un período de un año y dos veces mayor de continuar usándolos por un período de dos años que las mujeres que no contaban con una fuente conveniente de suministros (227).

El citado estudio sugiere que los dispensarios de planificación familiar no deberán suponer que las clientes que no regresan para reabastecerse han dejado de usar la píldora. Especialmente donde las píldoras se consiguen en numerosos tipos de lugares, muchas mujeres las obtienen en el más conveniente. De modo que, aun en el caso de las mujeres que obtienen inicialmente la píldora en los dispensarios, es posible ayudarlas a seguir tomándola si se la ofrece en toda clase de lugares públicos y comerciales, inclusive en lugares no relacionados con otros servicios de atención de salud. Los dispensadores de atención pueden informar a las clientes no sólo acerca de los servicios centrados en el dispensario, sino también acerca de otros proveedores de píldoras (151).

Suministro de más paquetes de píldoras. Si se le da a una mujer más de un paquete de píldoras a la vez se reduce la probabilidad de que se quede sin píldoras. Además, si se ayuda a disminuir la cantidad de veces que la cliente debe retornar al dispensario, se reduce la congestión y el tiempo de espera en éste. La entrega de13 paquetes a cada mujer —suministros para todo un año— es ideal si la mujer no sufre ningún trastorno de salud, como diabetes no vascular, que debe vigilarse (84, 85). Después del primer año de uso de la píldora, las clientes pueden volver a abastecerse por otro año e incluso por 18 meses más, si la fecha de vencimiento de los paquetes de píldoras lo permite (84, 95).

Si no se dispone de existencias suficientes para entregar a las usuarias de la píldora suministros para todo un año, habrá que darles al menos tres o cuatro paquetes. En los planes para el seguimiento habrá que dejar pasar tiempo suficiente para obtener más píldoras antes de que éstas se les acaben (84, 111, 180, 235). En los primeros años de la píldora, cuando la dosis era más alta, a veces se recomendaban visitas de seguimiento mensuales para vigilar más estrictamente la aparición de efectos secundarios serios. Pero hoy día las píldoras de dosis baja son más inocuas que nunca y no se necesitan visitas complementarias, excepto para reabastecerse (220).

	Aun así, los dispensadores de atención suelen limitar el número de paquetes que entregan a las clientes porque piensan, incorrectamente, que necesitan vigilar la salud de las usuarias de las píldoras (228).

Anterior | **Siguiente**
Parte principal | **Contenido**

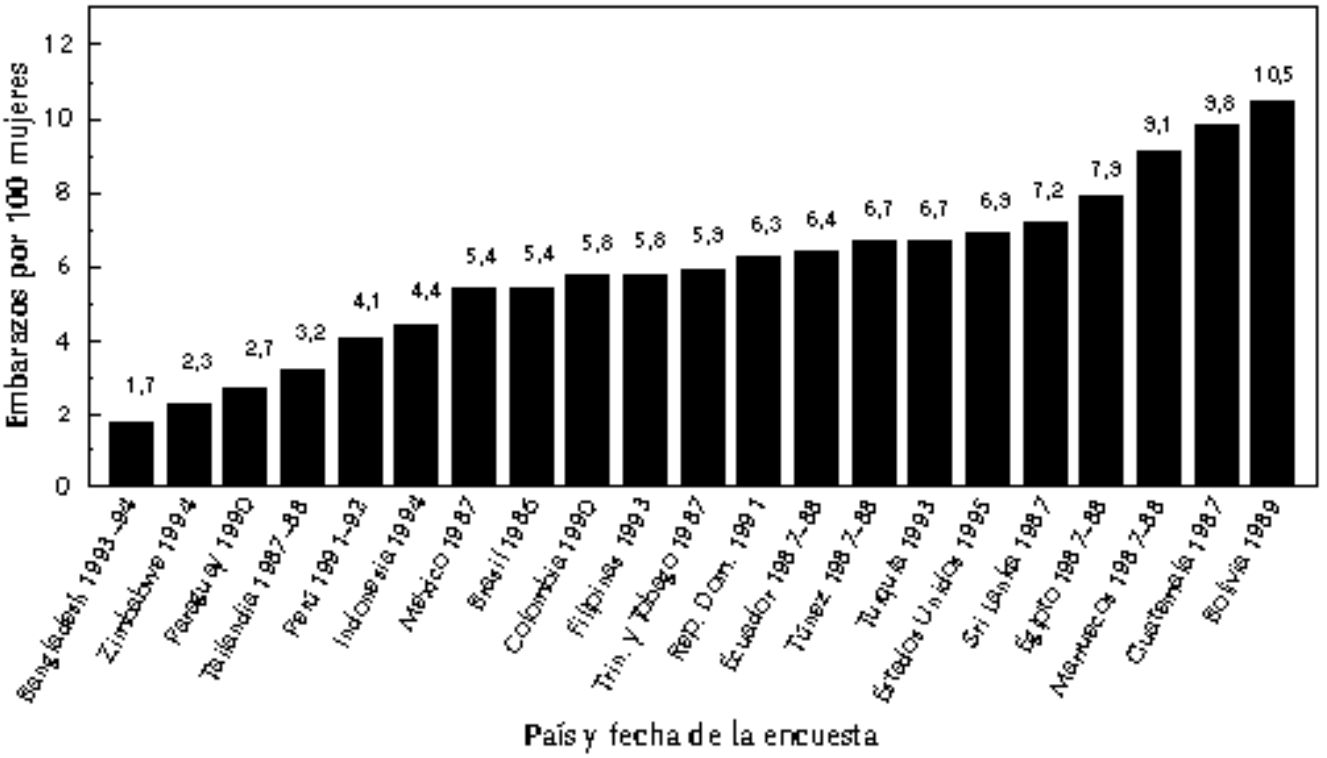
JOHNS HOPKINS BLOOMBERG SCHOOL of PUBLIC HEALTH
Center for Communication Programs

Information & Knowledge for Optimal Health (INFO) Project
111 Market Place Suite 310, Baltimore, MD 21202
Phone: 410-659-6300 Fax: 410-659-6266 Security & Privacy Policy

Figuras

Figura 1. Tasas de embarazo con el uso habitual entre usuarias de la píldora durante el primer año, 21 países encuestados, 1986–1995
Figura 2. Número estimado de embarazos entre las usuarias de la píldora en el mundo en 12 meses
Figura 3. Tasas de continuación del uso de anticonceptivos orales después de un años, países seleccionados, 1987—1995

Figura 1. Tasas de embarazo con el uso habitual entre usuarias de la píldora durante el primer año, 21 países encuestados, 1986-1995

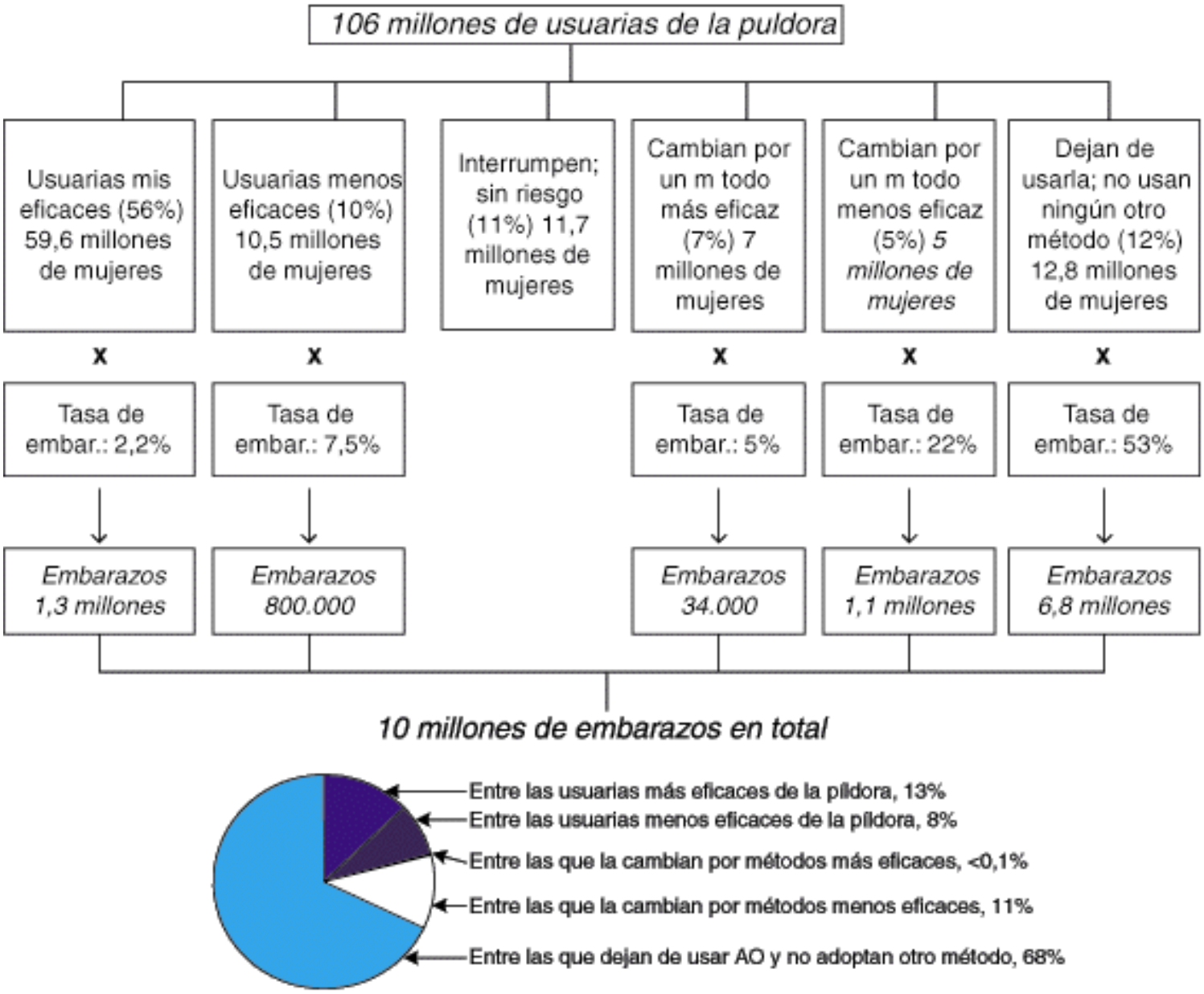


Fuentes: Ali, 1995 (4); Eriinli, 1996 (50); Fathonah, 1996 (58); Melián, 1994 (133); Mitra, 1996 (139); Moreno, 1991 (141); Ordóñez Gómez, 1994 (143); Padilla, 1994 (152); Pérez, 1996 (153); Polanco, 1994 (159); Sambisa, 1996 (186); Trussell, 1999 (225)

Population Reports

Regresar al capitulo 1.1

Figura 2. Número estimado de embarazos entre las usuarias de la paldora en el mundo en 12 meses

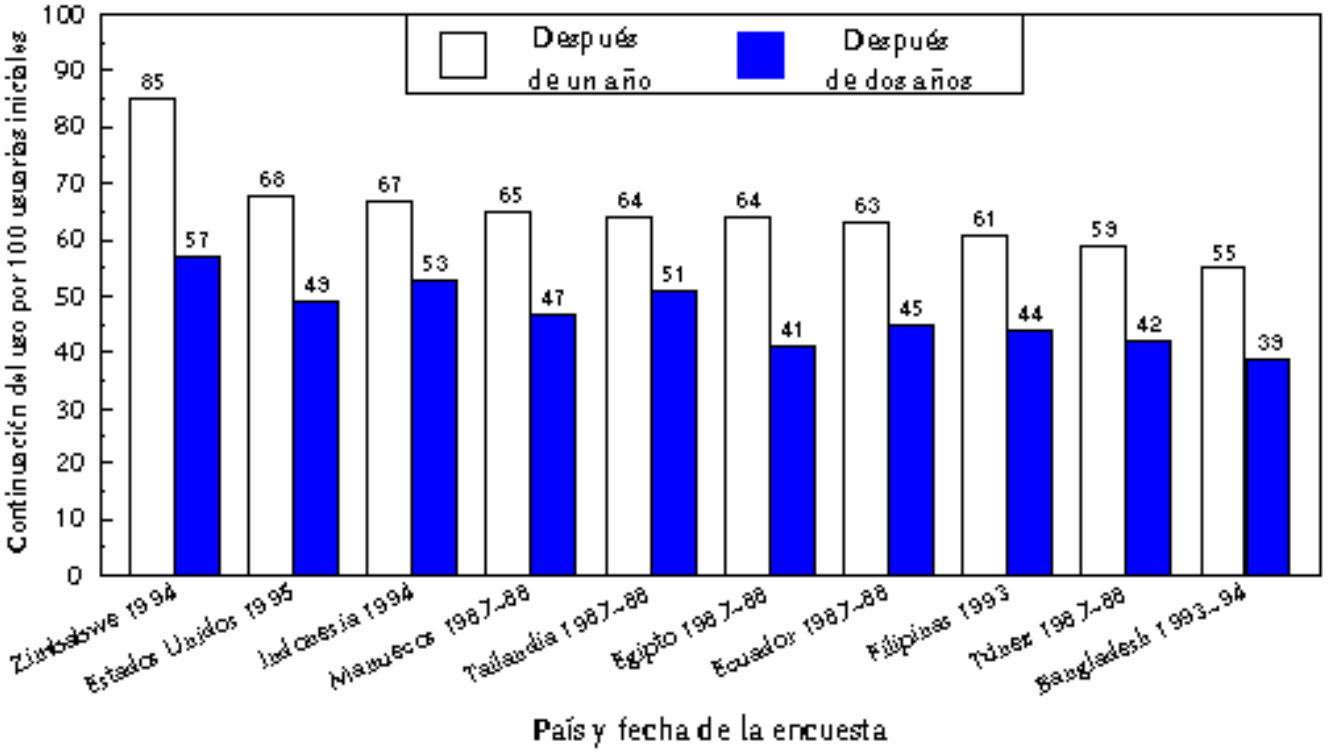


Metodología basada en estimaciones para EE.UU. de Rosenberg, 1995 (181)
Fuente: Encuestas Demogreficas y de Salud

Population Reports

Regresar al recuadro

Figura 3. Tasas de continuación del uso de anticonceptivos orales después de un año y de dos años, países seleccionados, 1987-1995



Fuentes: Ali, 1995 (4); Fathalah, 1996 (58); Mitra, 1996 (139); Perez, 1996 (153); Sambisa, 1996 (186); Trussell, 1999 (225)

Population Reports

Regresar al capitulo 2.1

Anterior | **Siguiente**
Parte principal | **Contenido**

111 Market Place, Suite 310, Baltimore, MD 21202, USA
Phone: (410) 659.6300/Fax: (410) 659.6266/E-mail: **Poprepts@jhuccp.org**

Cuadros

Cuadro 1. Tasas de interrupción de anticonceptivos orales, 1987–1994

% de todas las usuarias de la píldora que interrumpen el uso y % de las que interrumpen el uso a causa de los efectos secundarios, según los cálculos basados en los datos de encuestas nacionales

País y año	*No. Ref.*	*Después de un año*		*Después de dos años*	
		Por todas las razones	*Efectos secundarios*	*Por todas las razones*	*Efectos secundarios*
Bangladesh 1993–94	139	45	23	61	—
Ecuador 1987–88	4	37	19*	55	30*
Egipto 1987–88	4	37	19*	59	31*
Filipinas 1993	153	39	13	56	—
Indonesia 1994	58	33	6	47	—
Marruecos 1987–88	4	35	14*	54	23*
Thailandia 1987–88	4	36	6*	50	9
Túnez 1987–88	4	41	23*	59	36*
Zimbabwe 1994	186	15	2	43	—

**Interrupción debida a preocupaciones por la salud, incluidos los efectos secundarios.*

Regresar al capitula 2.2

Anterior | **Siguiente**
Parte principal | **Contenido**

111 Market Place, Suite 310, Baltimore, MD 21202, USA
Phone: (410) 659.6300/Fax: (410) 659.6266/E-mail: **Poprepts@jhuccp.org**

Recuadros

Píldoras omitidas y embarazo: ¿cuándo es mayor el riesgo para las mujeres?
Guía de los "siete días" para compensar por las píldoras olvidadas
En la mayoría de las usuarias de la píldora los embarazos ocurren cuando éstas interrumpen el uso pero no adoptan otro método
Los hombres pueden ayudar
Mensajes clave sobre la orientación acerca de la píldora
Cómo tratar los efectos secundarios comunes de los AO combinados
¿Cuándo puede una mujer comenzar a usar la píldora?
Lista de verificación para las clientes que quieren iniciar el tratamiento de anticonceptivos orales combinados (AOC) en servicios basados en la comunidad
Eficacia de la píldora: cuestiones no resueltas

Píldoras omitidas y embarazo: ¿cuándo es mayor el riesgo para las mujeres?

Los avances de los últimos estudios han permitido comprender mejor cuándo corren mayor riesgo de quedar embarazadas las mujeres que olvidan tomar píldoras: la extensión del intervalo libre de hormonas es lo que aumenta más el riesgo de ovulación de disrupción (122, 140, 233). Esto puede ocurrir si la mujer saltea píldoras en la tercera semana inmediatamente antes del período de siete días libre de hormonas, o si empieza tarde el paquete siguiente. Las funciones hormonales preovulatorias normales de la mujer se reanudan durante los siete días en que no se toman las píldoras hormonales. Comienzan a desarrollarse folículos en el ovario, precursores de la ovulación.

Los investigadores retiraron distinto número de píldoras de diferentes lugares del paquete de píldoras a fin de determinar cuántos días sin píldoras hormonales se necesitan para que las mujeres ovulen. De algunos paquetes se sacaron dos, tres o cuatro píldoras hormonales a partir de la tercera semana. De otros se las retiró al comienzo del paquete, en los días 1–4, 3–6, ó 6–9.

En estos estudios se emplearon diversas formulaciones de dosis reducida, tanto multifásicas como monofásicas, incluidas las

que contienen 20 µg de etinilestradiol, una de las dosis más bajas existentes. Aunque se obtuvieron diferentes resultados —desde nada de ovulación hasta ovulación en 10% de las mujeres en un estudio— en todos los estudios las mujeres desarrollaron folículos ováricos (48, 112, 121, 122, 127, 140, 203, 219).

Basándose en una revisión de los resultados de estos estudios y en las observaciones acerca de la toma de la píldora y la ineficacia de ésta, se han sugerido varias conclusiones:

- Algunas mujeres son biológicamente más propensas a quedar embarazadas que otras. Estas mujeres recuperan rápidamente los niveles hormonales normales durante el intervalo libre de hormonas, de modo que si dejan de tomar algunas píldoras en una u otra fase de ese intervalo se exponen a un riesgo extremo (118). En efecto, las variaciones del desarrollo folicular son tan grandes entre una mujer y otra que algunos investigadores creen que la química corporal puede ser un factor de riesgo de embarazo más grande que la omisión de un número determinado de píldoras (112, 118, 219).
- Si bien las mujeres recobran la función hormonal preovulatoria durante el intervalo de siete días libre de hormonas, esto no compromete la eficacia de la píldora. No se ha encontrado que los niveles hormonales se eleven a los requeridos para la ovulación, el moco cervical sigue siendo espeso y la mucosa del útero permanece delgada durante los siete días libres de hormonas (112, 118, 140, 203).
- Para la mayoría de las mujeres, basta con tomar siete píldoras hormonales seguidas para obtener la máxima eficacia anticonceptiva, aun inmediatamente después del intervalo libre de hormonas de siete días (118). En los estudios en los que se observa el desarrollo folicular de las mujeres que olvidan tomar píldoras se encontró que los folículos experimentan regresión en la mayoría de las mujeres después de tomar las píldoras con hormonas (112, 118, 140, 203). No obstante, algunas mujeres podrían necesitar más de siete píldoras para que los folículos en el ovario experimenten regresión y se establezca así la plena eficacia anticonceptiva (118).

Los resultados obtenidos en estos estudios sobre las píldoras que se dejan de tomar han servido para revisar las directrices

destinadas a remediar el efecto de ese olvido. Como el riesgo de embarazo de las mujeres llega al máximo cuando éstas pasan más de siete días consecutivos sin tomar las píldoras hormonales, las directrices de los “siete días” se centran en evitar la prolongación del intervalo libre de hormonas (ver el recuadro **Guía de los “siete días” para compensar por las píldoras olvidadas**).

Acortamiento del intervalo libre de hormonas

El acortamiento del intervalo libre de hormonas, es decir, reducir a menos de siete días el intervalo durante el cual la mujer no toma píldoras hormonales , puede ayudar a disminuir el riesgo de ovulación de disrupción si la mujer deja de tomar píldoras inmediatamente antes o después del intervalo libre de hormonas (216, 252). Este régimen *Minesse*®, se aprobó en Europa en marzo de 2000 y contiene 24 píldoras hormonales y 4 píldoras no hormonales (252). Se trata de una píldora de dosis ultrarreducida que contiene sólo 15 µg de etinilestradiol y 60 µg de gestodeno.

Al compararse con la formulación de píldoras hormonales con 20 µg de etinilestradiol y 150 µg de desogestrel por 21 días, el paquete de píldoras hormonales por 24 días resultó igualmente eficaz para prevenir el embarazo (252). Las mujeres que usaban el paquete hormonal de 24 días experimentaron hemorragias por privación menos abundantes y de menos duración así como más hemorragia de disrupción que las mujeres que usaban los paquetes hormonales de 21 días. Además disminuyó el número de mujeres que interrumpían el uso por sensibilidad dolorosa en los pechos o náusea (252).

Regresar al Capitulo 1.2

Guía de los “siete días” para compensar por las píldoras olvidadas

La simple instrucción básica para el uso eficaz de la píldora es, por supuesto: tome una píldora por día. Además, sería útil que la mujer piense en términos de siete días para evitar equivocarse cuando toma la píldora y para corregir los errores que cometa. **Para una completa protección, no pase más de siete días sin tomar las píldoras hormonales. Si deja de tomar dos o más píldoras, siga tomando las píldoras hormonales por al menos siete días seguidos para mantenerse protegida.** Mediante esta guía, la mujer puede evitar el error más peligroso cuando se toma la píldora, extender el período sin píldoras entre los ciclos, y compensar por las píldoras que no tomó.

La guía de los “siete días” deriva de los estudios sobre la manera en que los ciclos hormonales de la mujer responden a la píldora. Se basa en la observación de que comúnmente hay que tomar píldoras por siete días seguidos para suprimir el ciclo hormonal de la mujer al comienzo del paquete de píldoras (112, 118, 140, 203). También se reconoce en ella que las mujeres no corren riesgo de embarazo durante los siete días en que no están tomando píldoras hormonales al final del paquete a pesar de que el cuerpo está produciendo las hormonas que dan comienzo al proceso de ovulación (112, 118, 140, 219). Estas investigaciones indican que lo más peligroso es olvidar la píldoras que alargan el número de días en que la mujer no está tomando píldoras hormonales, los días al principio y al final del paquete de píldoras (ver el recuadro **Píldoras omitidas y embarazo: ¿cuándo es mayor el riesgo para las mujeres?**).

A lo largo de los años se han propuesto una variedad de reglas para ayudar a las mujeres a compensar por las píldoras olvidadas, pero no se ha establecido un consenso. Crearon la guía de los “siete días” John Guillebaud y la Asociación de Planificación de la Familia del Reino Unido.

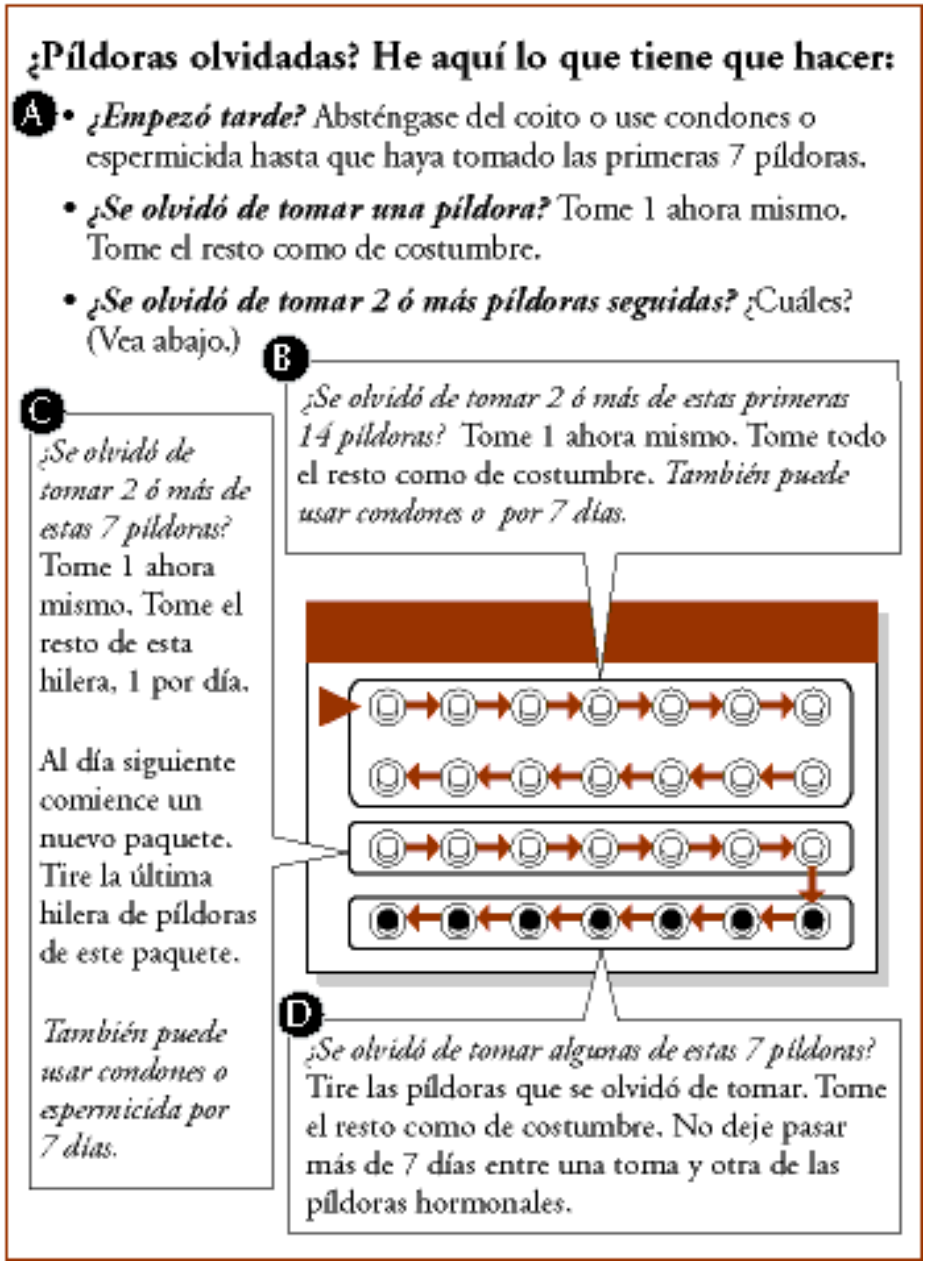
Se comienza tarde un nuevo paquete de píldoras

La guía de los siete días destaca la importancia de comenzar puntualmente el nuevo paquete de píldoras, no más de siete días

después de la última píldora hormonal del paquete anterior. Si la mujer comienza tarde el paquete, un método de respaldo o la abstinencia la protegerán hasta que haya tomado píldoras por siete días (ver el diagrama A).

Se ha olvidado una píldora

Si la mujer olvida una píldora, deberá tomar una tan pronto se dé cuenta. Tal vez tome así dos píldoras el mismo día. Continuará tomando las píldoras restantes como de costumbre, una por día.



Se han omitido dos o más píldoras

Primera o segunda semana. Si la mujer deja de tomar dos o más píldoras consecutivas durante la primera o la segunda semana del paquete, tendrá que seguir la guía de los siete días: tomar una píldora tan pronto lo recuerde y seguir tomando el resto de las píldoras como de costumbre, una por día. Cuando llegue a la última píldora hormonal de ese paquete, habrá tomado píldoras por al menos siete días seguidos (ver el diagrama, B).

Tercera semana. La tercera semana del paquete de píldoras es el período más importante para seguir la guía de los siete días pues si se agregan siete días de píldoras olvidadas al intervalo habitual de siete días libres de hormonas entre un paquete y otro, algunas mujeres pueden experimentar ovulación

de disrupción.

Si una mujer deja de tomar dos o más píldoras seguidas durante la tercera semana del paquete de píldoras, deberá estar segura de tomar al menos siete píldoras seguidas. Las usuarias de paquetes por 21 días pueden tomar, en ese caso, una píldora tan pronto se den cuenta y terminar luego las píldoras hormonales del paquete que están usando. Al día siguiente deberán comenzar un nuevo paquete *sin el intervalo de espera habitual de siete días* (ver el diagrama, C).

Las mujeres que usen paquetes de píldoras de 28 días deberán saltear las píldoras en la cuarta semana pues estas píldoras no contienen hormonas y no sirven para los siete días seguidos de píldoras hormonales. Al día siguiente deberán comenzar un nuevo paquete, después de tomar la última píldora hormonal (ver el diagrama C).

Cuarta semana (usuarias del ciclo de 28 días). Si la mujer se olvida de tomar algunas píldoras en la cuarta semana, puede tirarlas. Deberá continuar tomando las píldoras restantes puntualmente, asegurándose de no dejar pasar más de siete días entre una toma y otra de píldoras hormonales (ver el diagrama, D).

Los dispensadores de atención desempeñan un papel clave

Los dispensadores de atención desempeñan un papel clave en el empleo satisfactorio de la guía de los siete días por parte de las mujeres. Las instrucciones sobre la manera de proceder cuando se deja de tomar alguna píldora son por lo común las más difíciles de recordar para los dispensadores y usuarias de las píldoras. Las instrucciones serán lo suficientemente detalladas para prevenir los embarazos involuntarios, pero bastante fáciles de recordar y seguir.

Algunos dispensadores de atención pueden pensar que la guía de los siete días es demasiado difícil de recordar y seguir puesto que las mujeres actúan de distinta manera según en qué momento se olvidan dos o más píldoras. Pero cuando las mujeres comprenden el *principio* de la guía de los siete días, son capaces de aplicarlo correctamente si se olvidan de tomarlas. Esta guía es ahora la norma en el Reino Unido, donde los

dispensadores de atención informan que las mujeres pueden recordarla fácilmente y, además, aplicarla (71, 74, 252).

A fin de que las usuarias de las píldoras comprendan el principio en que se apoya la guía de los siete días, los dispensadores de atención deben explicarles cómo actúan las píldoras y que durante siete días de cada mes no están tomando píldoras hormonales. Esto es algo que sobre todo las usuarias del ciclo de tratamiento de 28 días deben recordar. Una buena orientación sirve de ayuda. Una explicación fácil de comprender sería, por ejemplo, decir que las píldoras hacen dormir a los ovarios y que si no se toman, éstos pueden despertarse.

Regresar al Capitulo 1.2

En la mayoría de las usuarias de la píldora los embarazos ocurren cuando éstas interrumpen el uso pero no adoptan otro método

De acuerdo con estimaciones para los Estados Unidos de Michael Rosenberg y colegas (181), de 106 millones de usuarias de AO en el mundo, 10 millones quedarán embarazadas en el término de un año (ver la **Figura 2**). El embarazo mientras se usa la píldora, por otra parte —sea a causa del uso incorrecto o irregular o a la falla técnica— representa sólo un embarazo aproximadamente por esa causa de cada cinco.

El 80% restante de embarazos en los 12 meses siguientes al comienzo del uso de AO tendrá lugar entre un tercio de las mujeres que interrumpen el uso de la píldora. En particular, 68% de los embarazos involuntarios se producirán entre el 12% que interrumpe el uso de la píldora *y* no la cambia por otro método. (Otro 11% de usuarias de la píldora no necesitarán otro método una vez que dejen de usar la píldora: ya no son fértiles, quieren quedar embarazadas, no tienen relaciones sexuales o ya han quedado embarazadas. Aproximadamente 5% adoptarán un método de planificación familiar menos eficaz después de abandonar la píldora, y alrededor de 7% la cambiarán

por un método más eficaz.)

Entre las mujeres que abandonan el uso de AO y no adoptan otro método en el término de 12 meses pese a la continua necesidad de planificación familiar, más de la mitad —casi 7 millones de mujeres— quedarán embarazadas. Esta estimación se funda en un estudio de usuarias de la píldora en Ghana en el que se encontró que 53% de las que interrumpieron el uso quedaron embarazadas algunos meses después (227).

De modo que en la mayoría de las usuarias de la píldora que quedan embarazadas el embarazo se produce cuando dejan de tomar los AO sin recurrir a otro método. Los programas de planificación familiar deberán ocuparse de ayudar a las mujeres a continuar con los métodos que estén usando o a adoptar nuevos métodos sin interrumpir la continuidad de la protección anticonceptiva. En particular, los dispensadores de atención pueden asesorar a las usuarias de AO sobre los efectos secundarios comunes y su tratamiento e insistir en que están cordialmente invitadas a regresar en cualquier momento que necesiten ayuda u otro método.

Regresar al Capitulo 1.1 | **Regresar al Capitulo 1.3**

Ministerio de Salud, Familia y Acción Social de Burkina Faso

Los hombres pueden ayudar

Las mujeres pueden usar la píldora más eficazmente con la participación y el apoyo del compañero. Los estudios muestran que, si el compañero participa en la selección y uso de AO, las mujeres los usan por más largo tiempo, abordan mejor los efectos secundarios e incluso usan más eficazmente las píldoras. Por ejemplo, en un estudio de 10 dispensarios de Guatemala, Hong Kong, Jordania, Kenia, Nepal y Trinidad y Tobago, las mujeres tomaban la píldora por más largo tiempo si se trataba del método preferido y la pareja estaba de acuerdo en practicar la planificación familiar (96).

También en las zonas rurales de Bangladesh las mujeres cuyos maridos participaban en la elección de AO los usaban por más largo tiempo que las mujeres cuyos maridos no participaban en la selección de un método de planificación familiar. Estas mujeres también notificaron tasas más bajas de interrupción debida a efectos secundarios comunes. Los investigadores informan que los maridos ayudaron al incitar a sus esposas a obtener más información o asesoramiento de un dispensador de atención sobre la manera de tratar los efectos secundarios. La ansiedad puede aliviarse si las mujeres hablan con el compañero acerca de los efectos secundarios. Esas conversaciones también sirven para decidir la conveniencia de cambiar de método cuando resulte apropiado (170).

Cuando los hombres ayudan a escoger un método anticonceptivo, es más probable que se interesen por su uso correcto. En un estudio realizado en China, se observó el efecto de la participación del compañero en la eficacia del uso de anticonceptivos. La tasa de embarazo de las usuarias de métodos temporales era más baja entre la mujeres que recibieron orientación anticonceptiva con los maridos que entre las que obtuvieron un método por sí solas (232).

Naturalmente, los hombres también pueden contribuir a que sus esposas dejen de practicar la planificación familiar. En Bangladesh, 37% de las mujeres que habían dejado de usar la píldora en menos de tres meses declararon que habían sido influenciadas por sus maridos (3).

Los programas de planificación familiar pueden llegar a los hombres de muy diversas maneras, especialmente en los lugares donde se reúnen, por ejemplo en espectáculos deportivos y

reuniones de la comunidad, y también a través de mensajes por los medios de difusión (46). Los mensajes sobre el uso de la píldora transmitidos por los medios de difusión pueden dirigirse directamente a los hombres y hablarles sobre su participación en una mejor salud reproductiva, y decirles incluso cómo pueden ayudar a sus compañeras a usar eficazmente la píldora. (Ver *Population Reports, Nuevas perspectivas sobre la participación de los hombres*, Serie J, No. 46, octubre de 1998.)

Capitulo 4

Mensajes clave sobre la orientación acerca de la píldora

Es necesario que las usuarias de la píldora reciban extensa información sobre ésta. Parte de ésta información ayudará a las clientes a elegir entre los distintos métodos y no tendrán que recordarla para tomar la píldora eficazmente. Pero hay otros mensajes que deben recordarse. En la lista siguiente se destacan algunos de los mensajes clave que las clientes llevarán a su casa.

- **La píldora surte efecto si la toma correctamente.**
  De usted depende que la píldora resulte lo más eficaz posible. Deberá acordarse de tomar una píldora por día hasta terminar todas las del paquete.
- **Si se olvida de tomar la píldora, actúe según las instrucciones.**
  Es importante compensar por las píldoras olvidadas, abstenerse de tener relaciones sexuales o usar un método anticonceptivo de respaldo si no quiere quedar embarazada. (Ver el recuadro **Guía de los "siete días" para compensar por las píldoras olvidadas**.)
- **Los vómitos, diarrea y ciertos medicamentos pueden contribuir a restar eficacia a la píldora.** (Ver el recuadro **Eficacia de la píldora: cuestiones no resueltas**.)
- **Recuerde comenzar puntualmente el nuevo paquete de píldoras.**
  Si comienza tarde un nuevo paquete, use un método de respaldo o absténgase de tener relaciones sexuales hasta

que haya tomado píldoras por siete días seguidos.

- **La píldora no previene las infecciones de transmisión sexual (ITS).**
  Si está expuesta a las ITS, use condones o absténgase de tener relaciones sexuales. (Puede usar condones y píldoras al mismo tiempo para tener protección extra contra el embarazo.)
- **Los efectos secundarios más comunes no son signo de que algo anda mal.**
  Siga tomando una píldora por día. Si se omiten píldoras, los efectos secundarios pueden empeorar. Pueden pasar varios meses hasta adaptarse a las píldoras y hasta que los efectos secundarios disminuyan o desaparezcan por completo.
- Deberá ver **inmediatamente a un dispensador de atención de salud** si experimenta:
  - Intenso dolor constante en el pecho, piernas o abdomen;
  - Intenso dolor recurrente de cabeza, a menudo en un lado de la cabeza o pulsátil, que puede causar náusea y generalmente empeora con la luz y el ruido o al moverse;
  - Breve pérdida de la visión, o la vista de luces centelleantes o líneas zigzagueantes frente a los ojos (con o sin fuerte dolor de cabeza); o
  - Color amarillento de los ojos o la piel.

Fuente: Adaptado de Guillebaud, 2000 (75)

Regresar al Capitulo 4.1

Cómo tratar los efectos secundarios comunes de los AO combinados

En el asesoramiento ofrecido a las nuevas usuarias de la píldora es importante explicar los efectos secundarios puesto que éstos son la razón principal de la interrupción del uso de la píldora. Las mujeres que consideran usar la píldora o ya están tomándola deberán estar enteradas de la posibilidad de experimentar efectos secundarios comunes como náusea, hemorragia de disrupción, pequeñas pérdidas, amenorrea, alteraciones del flujo menstrual, leves dolores de cabeza,

pequeños aumentos de peso y sensibilidad o agrandamiento de los pechos (85, 235). Todas las usuarias de la píldora deberán estar informadas de que estos efectos secundarios comunes no son signos de peligro ni de serias enfermedades.

Por lo común los efectos secundarios comunes del uso de la píldora disminuyen en los primeros tres a seis meses de uso (37, 163, 179). La hemorragia de disrupción disminuye notablemente después de los primeros cuatro meses de uso de la píldora (84, 136).

¿Cómo pueden los dispensadores de atención ayudar a las mujeres que experimentan efectos secundarios? En primer lugar, pueden pedir a todas las usuarias de AO que les hagan saber si se presentan efectos secundarios y asegurarles que generalmente puede hacerse algo para tratarlos. El hecho de que las mujeres saben que pueden regresar en cualquier momento para consultar con el dispensador de atención les ayuda a usar el método por más largo tiempo pese a los efectos secundarios (93, 126). Cuando una usuaria de la píldora retorna para que le ayuden con los efectos secundarios, las estrategias siguientes pueden contribuir a reducirlos:

Hemorragia de disrupción y pequeñas pérdidas. Algunas mujeres experimentan hemorragia de disrupción o pequeñas pérdidas cuando se olvidan de tomar las píldoras o las toman en diferentes momentos del día. En ese caso, si esas mujeres toman la píldora todos los días y a la misma hora pueden conseguir reducir la hemorragia de disrupción y las pequeñas pérdidas.

Otras mujeres, empero, experimentan estos efectos secundarios aun cuando tomen las píldoras regularmente. En el caso de las mujeres cuya hemorragia de disrupción tiene lugar al principio del ciclo del tratamiento con los AO, una píldora con más estrógeno, de hallarse disponible, puede ayudar a reducir la hemorragia (84, 136). A veces puede ser útil cambiar la píldora por otra de dosis reducida.

Las mujeres con vómitos y diarrea a veces experimentan hemorragia de disrupción y pequeñas pérdidas (84, 85). La interacción con ciertos medicamentos también puede causar hemorragia de disrupción (72). Los vómitos, diarrea e interacción con medicamentos influye en la manera en que el

cuerpo absorbe las hormonas de la píldora. La hemorragia de disrupción tal vez indique que la píldora no se absorbe por completo y que su efecto anticonceptivo puede estar comprometido. Estas mujeres deberán continuar tomando una píldora todos los días, y para mayor protección pueden recurrir a un método de respaldo o evitar el coito durante el período de vómitos, diarrea o uso de medicamentos y por 7 a 14 días después (74).

Náusea. La sensación de náusea suele desaparecer después de los primeros meses de usar la píldora, generalmente se presenta alrededor del primer día en que se comienza el paquete de píldoras y es más común entre las mujeres demasiado delgadas (73). La náusea puede reducirse si la píldora se toma por la noche o con la comida y también si se la toma regularmente (84, 85).

Aumento de peso. En la mayoría de los casos, el cambio de peso entre las mujeres que usan AO es mínimo y no está relacionado con el uso de la píldora. Son tantas las mujeres que pierden peso mientras toman la píldora como las que aumentan de peso (84). Por otra parte, algunas mujeres pueden aumentar apreciablemente de peso.

Mientras algunas mujeres consideran que el aumento de peso es un beneficio, otras quizá no piensen lo mismo. La reducción del nivel de estrógeno puede ayudar a las mujeres a evitar el aumento de peso (84).

Amenorrea. Un pequeño número de usuarias de la píldora dejan de menstruar cuando usan la píldora. Más a menudo, la hemorragia es tan escasa o tan breve que tal vez pase desapercibida para la mujer. Esa amenorrea aparente o real puede preocupar a las mujeres que creen que es necesario tener una menstruación regular para estar sana o que tienen ciertas creencias populares acerca de la menstruación (90, 195). Otras pueden pensar que la falta de menstruación indica que están embarazadas.

Para decidir qué medidas tomar es conveniente hacer varias preguntas a las usuarias de la píldora. ¿Tiene o no hemorragia? Quizá no la haya reconocido en la pequeña mancha encontrada en la ropa interior. De ser éste el caso, la mujer puede continuar

tomando las píldoras todos los días, con la seguridad de que la falta de menstruación no es perjudicial para la salud.

Aunque la amenorrea no es comúnmente signo de que la usuaria de la píldora está embarazada, los dispensadores de atención pueden verificar si éste es o no el caso haciéndole algunas preguntas. Por ejemplo, ¿tomó este último mes una píldora todos los días? En caso afirmativo, no es probable que esté embarazada. Deberá continuar tomando las píldoras todos los días, como de costumbre. Además, algunas mujeres que usan el paquete de 21 días tal vez no tengan hemorragia si comienzan a usar otro paquete de píldoras inmediatamente en lugar de esperar siete días entre un paquete y otro. Tampoco es probable que queden embarazadas las que hayan procedido de esta manera.

En cuanto a las mujeres que hayan omitido dos o más píldoras hormonales seguidas, podrá determinarse si están o no embarazadas mediante una serie de preguntas (ver la **lista de verificación**). Si el dispensador de atención sospecha que la mujer está embarazada, deberá decírselo. Esta mujer deberá dejar de usar AO, y podrá recurrir a espermicidas y condones hasta que comience el período menstrual o si se pone en claro que está o no embarazada. Las mujeres que no estén embarazadas deberán sentirse libres de comenzar a usar otra vez los AO si así lo desean.

Algunas mujeres experimentan amenorrea después de que dejan de usar la píldora. A veces pasan varios meses hasta el retorno del período menstrual. No es necesario recibir tratamiento médico. Las mujeres que experimentan períodos menstruales irregulares antes de tomar la píldora quizá vuelvan a tener períodos irregulares después que dejan de tomarla (85). La ansiedad que sientan las mujeres acerca de la amenorrea puede reducirse si se les asegura que la píldora no les ha afectado la fertilidad.

Regresar al Capitulo 4.6

¿Cuándo puede una mujer comenzar a usar la píldora?

Una mujer puede comenzar a tomar la píldora en cualquier momento en que esté razonablemente segura de que no está embarazada. No tiene que estar menstruando cuando empiece a tomar la píldora.

La mujer que comience a tomar la píldora más de siete días después del inicio de la hemorragia menstrual deberá recurrir a un método de respaldo como condones o espermicidas o si no, evitar las relaciones sexuales durante los primeros siete días del uso de la píldora. Es posible que el ritmo menstrual se altere, pero deberá continuar tomando todas las píldoras del paquete, sin tener en cuenta la fecha de la próxima menstruación.

Para estar razonablemente seguro de que la cliente no está embarazada, el dispensador de servicios puede hacer una serie de preguntas (ver la lista de verificación a la derecha). No es necesario hacer la prueba del embarazo. Tampoco es necesario pedir a la mujer que retorne cuando esté menstruando, sea que use la píldora o cualquier otro método.

Lista de verificación para excluir el embarazo entre las clientess de servicios de planificación familiar que no están menstruando

NO	Haga las siguientes preguntas a la cliente y ponga una marca en el recuadro qaue corresponda:	SI
☐	1. ¿Ha dado a luz en las últimas cuatro semanas?	☐
☐	2. ¿Han pasado menos de seis meses desde el parto y da exclusivamente el pecho y no tuvo hemorragias menstruales desde que tuvo a su hijo?	☐
☐	3. ¿Comenzó su período menstrual dentro de los últimos siete días?	☐
☐	4. ¿Tuvo usted un aborto espontáneo o inducido en los últimos siete días?	☐
☐	5. ¿Se ha abstenido usted de tener relaciones sexuales desde su última menstruación?	☐
☐	6. ¿Ha estado usando un método anticonceptivo seguro de manera constante y correcta?	☐

Si la cliente contesta que **NO** a **todas** las preguntas no se puede excluir el embarazo. La cliente deberá usar un método de barrera o practicar la abstinencia hasta la aparición de la menstruación y luego comenzar a usar el método que prefiera.

Si la cliente contesta que **Si** a **cualquiera** de las preguntas **y** no presenta síntomas de embrazo, se le puede suministrar el método que desee.

Si no puede descartarse el embarazo, o sea, si la mujer no puede responder afirmativamente a cualquiera de estas preguntas, puede llevar las píldoras a su casa y comenzar a tomarlas tan pronto se inicie el período menstrual o en cualquier momento dentro de los primeros siete días después del inicio de la menstruación.

¿En qué día es mejor comenzar? El primer día de la hemorragia

menstrual puede ser el más fácil de recordar, y si se empieza entonces no hay necesidad de contar los días. Pero las últimas investigaciones sugieren que si se comienza más tarde, se reduce la hemorragia de disrupción y las pequeñas pérdidas durante el primer mes. Esto podría ser una ventaja puesto que la hemorragia de disrupción es un motivo común de que las mujeres abandonen el uso de AO el primer mes (247, 248).

En dos estudios se comparó el comienzo del uso en el primer día de la hemorragia menstrual con el comienzo en el quinto día. En el primer estudio 26% de las 50 mujeres que comenzaron a tomar la píldora el primer día de la menstruación tuvieron hemorragia de disrupción en comparación con 8% de las 50 mujeres que comenzaron en el quinto día (248). En un segundo estudio, 24% de 100 mujeres que comenzaron el día 1 y 10% de 100 mujeres que empezaron a tomar los AO el día 5 experimentaron hemorragia de disrupción durante el primer mes (247). Como menos de estas mujeres experimentaron hemorragia de disrupción, menos de las que comenzaron el día 5 abandonaron el uso durante el primer ciclo de píldoras (247, 248).

En algunas instrucciones para el uso de la píldora de varios países desarrollados se aconseja a las mujeres que comiencen a tomarla un día domingo. Esta sugerencia es menos común ahora pues muchas farmacias de esos países cierran en domingo, lo que dificulta la obtención de las píldoras.

Regresar al Capitulo 5.2

Lista de verificación para las clientes que quieren iniciar el tratamiento de anticonceptivos orales combinados (AOC) en servicios basados en la comunidad

NO	Haga todas estas preguntas a la cliente y ponga una marca en el recuadro que corresponda.	SI
☐	1. ¿Se ha atrasado el período **y** piensa que podría estar actualmente embarazada?	☐
☐	2. ¿Está actualmente dando el pecho a un bebé menor de 6 meses de edad?	☐
☐	3. ¿Fuma usted cigarrillos **y** tiene más de 35 años de edad?	☐
☐	4. ¿Sufre usted serios dolores de cabeza recurrentes, a menudo en un lado de la cabeza y pulsátiles, que le causan náusea y empeoran con la luz, los ruidos o cuando se mueve de un lado a otro?	☐
☐	5. ¿Tiene usted hipertensión arterial?	☐
☐	6. ¿Ha tenido alguna vez un ataque cerebral, un coágulo de sangre en las piernas o pulmones, o un ataque cardíaco?	☐
☐	7. ¿Tiene usted diabetes (azúcar en la sangre)?	☐
☐	8. ¿Tiene o ha tenido cáncer de mama?	☐
☐	9. ¿Padece usted una seria enfermedad hepática o ictericia (piel u ojos amarillentos)?	☐
☐	10. ¿Toma usted regularmente alguna píldora para la tuberculosis, infecciones micóticas, o convulsiones?	☐

Si la cliente responde que NO a **todas** las preguntas, puede usar AOC, pero para averiguar cuándo puede comenzar, continúe con la pregunta 11.

Si la cliente responde que SI a **cualquiera** de las preguntas antedichas, *remítala al dispensario/médico* y entréguele condones y espermicidas para que los use mientras tanto.

11. ¿Cuántos días atrás comenzó su último período menstrual? ___ número de días

En los últimos 7 días

Si el período menstrual de la cliente comenzó **dentro de los últimos 7 días,** puede comenzar ahora a tomar los AOC.

Más de 7 días

Si el último período menstrual de la cliente comenzó **más de 7 días atrás,** y:

Usa un método eficaz

Si la cliente **ha estado usando un método anticonceptivo eficaz** (incluida la abstinencia), entréguele AOC, indíquele que empiece a tomarlos ahora, y que debe usar condones y espermicidas o practicar la abstinencia durante los 7 días siguientes. Entréguele condones y espermicidas.

No usa un método eficaz

Si la cliente **no ha estado usando un método anticonceptivo eficaz** (incluida la abstinencia), suministrele los AOC pero indíquele que los comience a usar el primer día o durante los primeros 7 días del período menstrual siguiente. Entréguele condones y espermicidas para que los use mientras tanto.

Fuente: Adaptado de Family Health International, 2000 (51)

Regresar al Capitulo 4.1
Regresar al Capitulo 5.1

Regresar al Capitulo 6.2

Eficacia de la píldora: cuestiones no resueltas

No existen pruebas concluyentes del grado en que el uso de antibióticos, los vómitos y la diarrea —o los antibióticos y las enfermedades gastrointestinales juntos— afectan la capacidad de la píldora para prevenir el embarazo. Si bien el uso imperfecto es la razón principal de la ineficacia de la píldora, estos otros factores se mencionan a menudo en las declaraciones de las usuarias de la píldora que quedan embarazadas, generalmente en segundo lugar después de las píldoras olvidadas (47, 207, 253-255, 258, 259). Como algunas mujeres que toman AO dan más de una razón para explicar la posible ineficacia de este método, es difícil interpretar en qué medida el uso de antibióticos, los vómitos y la diarrea reducen la eficacia de la píldora.

Interacción de los medicamentos

Se cree que sólo unos pocos medicamentos obstaculizan apreciablemente la eficacia de los AO (243, 245). Se ha demostrado que los medicamentos que inducen enzimas hepáticas le restan eficacia a la píldora. Son éstos el antibiótico rifampicina, el antimicótico griseofulvina, los barbituratos y los anticonvulsivos carbamazepina, fenitoína y primidona (12, 32, 34, 44, 125, 172, 202).

Antibióticos de espectro amplio

En varios estudios farmacológicos de pequeña escala destinados a evaluar el efecto de los antibióticos de espectro amplio en la eficacia de los AO no se encontró ninguna ovulación en las usuarias de AO que tomaban estos medicamentos. Mientras en algunos estudios se encontró que disminuía la concentración de etinilestradiol entre las mujeres, el nivel de estrógeno seguía siendo suficiente para prevenir el embarazo (11, 35, 42, 64, 130, 142, 145). Los medicamentos estudiados incluyen la ampicilina, ciprofloxacina, doxiciclina, fluconazol,

ofloxacina, temafloxacina, tetraciclina y triazol.

No obstante, algunas usuarias de la píldora que quedaron embarazadas declararon haber tomado antibióticos alrededor de la fecha de la concepción. Por ejemplo, 21% de las mujeres que buscaban que se les practicara un aborto en Nueva Zelandia dijeron que en ese momento estaban tomando antibióticos (207). De acuerdo con las preguntas y evaluación de los dispensadores de atención, no se cree que las mujeres de ese estudio se hayan olvidado de tomar la píldora en el momento de la concepción (207). En otros estudios, 4% a 34% de las mujeres que buscaban un aborto después de fallar los AO declararon el uso simultáneo de antibióticos, aunque estos estudios no informan sobre otros factores que pueden haber contribuido a la falla de la píldora (47, 255).

Una razón por la que el uso simultáneo de antibióticos parece ser tan común entre las mujeres que experimentan la deficiencia de la píldora podría ser el uso amplio de antibióticos. Algunas mujeres quedarán embarazadas porque se olvidaron de tomar las píldoras y, por casualidad, estaban usando antibióticos al mismo tiempo (74).

Por otra parte, el uso de antibióticos afecta fisiológicamente a otras mujeres. El cuerpo de algunas usuarias de la píldora absorbe menos etinilestradiol que el de otras. En esas mujeres la flora intestinal consume el etinilestradiol y lo vuelve a circular a través del intestino delgado. Pero los antibióticos de espectro amplio eliminan esta flora y el cuerpo queda sin mecanismo para redistribuir el etinilestradiol (10, 201). Algunos investigadores concluyen que sólo estas mujeres experimentan la deficiencia de la píldora como resultado del uso de antibióticos (10, 201, 234). Lamentablemente, no hay manera de identificar por adelantado a estas mujeres (201).

Las usuarias de la píldora no deberán dejar de tomar antibióticos antes de finalizar el tratamiento completo de antibióticos prescrito aunque teman que éstos le resten eficacia a la píldora. Un número creciente de organismos patógenos se están haciendo resistentes a los antibióticos de uso generalizado porque la gente no finaliza el tratamiento completo con ellos (257).

Vómitos y diarrea

En siete estudios de usuarias de la píldora que quedaron embarazadas, 19% a 39% declararon tener vómitos, diarrea o ambos trastornos en el ciclo en que habían concebido (47, 207, 253–255, 258, 259). Entre las que buscaban que se les practicara un aborto en Nueva Zelandia y pensaban que no se habían olvidado de tomar ninguna píldora, 39% declararon haber tenido diarrea y vómitos alrededor de la fecha de la concepción (207). De manera similar, entre las mujeres danesas que experimentaron la deficiencia de la píldora y habían tomado todas las píldoras, 23% declararon haber sufrido gastroenteritis alrededor de la fecha de la concepción (253).

Los vómitos y la diarrea pueden obstaculizar la absorción del estrógeno y del progestágeno. Aunque las hormonas de los AO se absorben en el tracto intestinal superior, el movimiento mayor de los intestinos durante los accesos de malestar parece reducir la absorción homonal (63). Pero numerosas usuarias de la píldora no se dan cuenta de que los vómitos y la diarrea pueden contribuir a que la píldora sea menos eficaz (19, 47).

¿Qué aconsejar?

No existe consenso sobre cómo aconsejar a las usuarias de la píldora. En algunas recomendaciones se sugiere tomar protección extra durante esas circunstancias, mientras que en otras no se considera que eso sea necesario.

Se han ofrecido, entre otras, las siguientes indicaciones:

- Las usuarias de la píldora que toman antibióticos de espectro amplio no necesitan recurrir a un método de respaldo, puesto que los estudios farmacológicos no muestran un riesgo mayor de ineficacia de la píldora (84).

- Las usuarias de la píldora pueden usar un método anticonceptivo adicional si quieren protección extra contra el embarazo (7, 234, 241).

- Las usuarias de la píldora pueden omitir el intervalo de siete días sin hormonas entre un paquete y otro de píldoras

mientras toman antibióticos (72).

- Las que toman antibióticos por largo tiempo pueden aumentar la protección anticonceptiva si toman píldoras de dosis más elevadas, como las que contienen 50 µg de etinil-estradiol (72).

- Las mujeres con enfermedades que causan vómitos y diarrea pueden recurrir a un método adicional o abstenerse de las relaciones sexuales por 7 a 14 días después de la enfermedad (85, 120, 135, 194, 206).

- Si dentro de las dos horas siguientes a la toma de la píldora se producen vómitos o diarrea, la mujer deberá tomar otra píldora. En dos horas hay tiempo suficiente para que las hormonas de la píldora se absorban y mantengan su eficacia anticonceptiva (8).

Regresar al Capitulo 4.5

Anterior | **Siguiente**
Parte principal | **Contenido**

111 Market Place, Suite 310, Baltimore, MD 21202, USA
Phone: (410) 659.6300/Fax: (410) 659.6266/E-mail: **Poprepts@jhuccp.org**

CONTENIDO

- Resumen de los editores
- Creditos

Capítulos

1. El uso de anticonceptivos orales
2. Continuación y cambio
3. Cómo pueden ayudar los medios de difusión pública
4. Orientacíon sobre la píldora
5. Mantener al día las directrices científicas
6. Mejoramiento del acceso

- Figura
- Cuadro
- Recuadro
- Bibliografía

Temas principales

- Problemas comunes del uso de AO
- ¿Cuándo resulta más peligroso olvidar píldoras?
- ¿Qué hacer cuando se olvidan píldoras?
- Interrupción del uso sin adoptar otro método
- Los hombres pueden

Bibliografía

Se señalan con un asterisco (*) los artículos que fueron de especial valor en la preparación de este número de *Population Reports*.

1. ADINMA, J.I. and OKEKE, A.O. The pill: Perceptions and usage among Nigerian students. Advances in Contraception 9(4): 341-349. Dec. 1993.
2. AKHTER, H. A special obligationAccess to contraception. Network 13(3): 4-5. Research Triangle Park, North Carolina, Family Health International. Mar. 1993.
3. AKHTER, H.H., CHOWDHURY, M.E.E.K., RAHMAN, M. H., and HUSSAIN, M.A.I. Report on a study to compare compliance, continuation and failure rates and reported side effects of low dose and standard dose oral pill in rural Bangladesh. Dhaka, Bangladesh Institute of Research for Promotion of Essential and Reproductive Health and Technologies, Apr. 1996. 110 p.
*4. ALI, M. and CLELAND, J. Contraceptive discontinuation in six developing countries: A cause-specific analysis. International Family Planning Perspectives 21(3): 92-97. Sep. 1995.
5. ALI, N., WELLS, E., and SUTTON, D. Reviewing print material for oral contraceptives: Direction for the future. Washington, D.C., Program for Appropriate Technology in Health, Jul. 9, 1998. 70 p.
6. AMERICAN HEALTH CONSULTANTS (AHC). Prepare family planning patients for successful pill-taking. Contraceptive Technology Update 19(4): 45-47. Atlanta, Georgia, AHC. Apr. 1998.
7. ANGLE, M., HUFF, P.S., and LEA, J.W. Interactions between oral contraceptives and therapeutic drugs. Outlook 9(1): 1-6. Apr. 1991.
8. ANGLE, M. (INTRAH/PRIME) [Making up missed pills] Personal communication, Jun. 2000.
9. ARMSTRONG, J.L., REID, M., and BIGRIGG, A. Scare over oral contraceptives. Effect on behaviour of women attending a family planning clinic [letter]. British Medical Journal 311 (7020): 1637. Dec. 16, 1995.
10. BACK, D.J. and ORME, M.L. Pharmacokinetic

ayudar
- Mensajes clave para las usuarias de AO
- Manejo de efectos secundarios
- Eliminación de barreras innecesarias
- ¿Cuándo puede una mujer comenzar a usar la píldora?
- Cuestiones no resueltas

- POPLINE
- El Centro de Materiales de Comunicación
- Otros temas
- Para solicitar
- CCP Home Page

Publicación del Population Information Program, Center for Communication Programs, The Johns Hopkins School of Public Health, 111 Market Place, Suite 310, Baltimore, Maryland 21202-4012, USA

Volumen XXVIII, Número 2
Verano del 2000
Serie A, Número 10
Anticonceptivos orales

drug interactions with oral contraceptives. Clinical Pharmacokinetics 18(6): 472-484. Jun. 1990.
11. BACK, D.J., TIJA, J., MARTIN, C., MILLAR, E., MANT, T., MORRISON, P., and ORME, M. The lack of interaction between temafloxacin and combined OC steroids. Contraception (43): 317-323. 1991.
12. BARDITCH-CROVO, P., TRAPNELL, C.B., ETTE, E., ZACUR, H.A., CORESH, J., ROCCO, L.E., HENDRIX, C. W., and FLEXNER, C. The effects of rifampicin and rifabutin on the pharmacokinetics and pharmacodynamics of a combination oral contraceptive. Clinical Pharmacology and Therapeutics 65(4): 428-438. 1999.
13. BARNETT, B. Fertility awareness benefits couples. Network 17(1): 4-8. Family Health International. Fall 1996.
14. BARNETT, B. Zimbabwe's “clinics under trees” increase access. Network 17(2): 15-16. Family Health International. Spring 1999.
15. BEKSINSKA, M.E., REES, V.H., NKONYANE, T., and MCINTYRE, J.A. Compliance and use behaviour, an issue in injectable as well as oral contraceptive use? A study of injectable and oral contraceptive use in Johannesburg. British Journal of Family Planning 24(1): 21-23. Apr. 1998.
16. BLACKBURN, R., CUNKELMAN, J.A., and ZLIDAR, V. M. Oral contraceptives: An update. Population Reports, Series A, No. 9. Baltimore, Johns Hopkins School of Public Health, Population Information Program, Spring 2000. 39 p.
17. BORODITSKY, R., FISHER, W., and SAND, M. The 1995 Canadian Contraception Study. Journal of the Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada (Special Suppl.): 1-31. Dec. 1996.
18. BRADLEY, J. Using COPE to improve quality of care: The experience of the Family Planning Association of Kenya. Quality/Calidad/Qualité, No. 9. Population Council, 1998. p. 1-24.
19. BROMHAM, D.R. and CARTMILL, R.S.V. Knowledge and use of secondary contraception among patients requesting termination of pregnancy. British Medical Journal 306(6877): 556-557. Feb. 27, 1993.
20. BROOK, S.J. and SMITH, C. Do combined oral contraceptive users know how to take their pills correctly? British Journal of Family Planning 17 (1): 18-20. Apr. 1991.
21. CANALES, J.R.L., CARCAMO, J.A., GALINDO, J., VERNON, R., and BRAMBILA, C. Reproductive health and prenatal care. Washington, D.C., Population

Council, Apr. 30, 1995. (INOPAL II: Final technical report) 74 p. (Unpublished).
22. CASTLE, S., KONATÉ, M.K., ULIN, P.R., and MARTIN, S. Clandestine contraceptive use in urban Mali. Studies in Family Planning 30(3): 231-248. Sep. 1999.
23. CENTRAL BUREAU OF STATISTICS, STATE MINISTRY OF POPULATION/NATIONAL FAMILY PLANNING COORDINATION BOARD, MINISTRY OF HEALTH, and MACRO INTERNATIONAL (MI). Indonesia Demographic and Health Survey, 1994. Calverton, Maryland, MI, Oct. 1995. 366 p.
24. CENTRAL BUREAU OF STATISTICS, STATE MINISTRY OF POPULATION/NATIONAL FAMILY PLANNING COORDINATION BOARD, MINISTRY OF HEALTH, AND MACRO INTERNATIONAL (MI). Indonesia Demographic and Health Survey, 1997. Calverton, Maryland, MI, Oct. 1998. 324 p.
25. CHASAN-TABER, L., WILLETT, W.C., STAMPFER, M. J., HUNTER, D.J., COLDITZ, G.A., SPIEGELMAN, D., and MANSON, J.E. A prospective study of oral contraceptives and NIDDM among U.S. women. Diabetes Care 20(3): 330-335. Mar. 1997.
26. CHILD, T.J., MACKENZIE, I.Z., and REES, M. Terminations of pregnancy, not unplanned deliveries, increased as result of pill scare [letter]. British Medical Journal 313(7063): 1005. Oct 19, 1996.
27. CHILD, T.J., REES, M., and MACKENZIE, I.Z. Pregnancy terminations after oral contraception scare [letter]. Lancet 347(9010): 1260-1261. May 4, 1996.
28. COEYTAUX, F.M. and ALLINA, A. The pill without prescription: The international experience. In: Samuels, S.E. and Smith, M.D., eds. The Pill: From Prescription to Over the Counter. Menlo Park, California, Kaiser Family Foundation. 1994. p. 41-51.
29. COGGINS, C., LANGER, A., WINIKOFF, B., LAZCANO, E.C., HEIMBURGER, A., and SLOAN, N. Effectiveness of integration of self-screening of STDs into family planning programs. Presented at the American Public Health Association 126th Annual Meeting, Washington, D.C., Nov 15-18, 1998.
30. CNN. No prescription for the Pill? FDA considers making the pill available over-the-counter. CNN.com. Jun. 29, 2000.
31. CONNELL, E.B. Patient counseling. Advances in Contraception 8(Suppl. 1): 67-73. Oct. 1992.
32. COTE, J. Interaction of griseofulvin and oral contraceptives. Journal of the American Academy

of Dermatology 22(1): 124-125. Jan. 1990.
33. COTTEN, N., STANBACK, J., MAIDOUKA, H., TAYLOR-THOMAS, J.T., and TURK, T. Early discontinuation of contraceptive use in Niger and The Gambia. International Family Planning Perspectives 18(4): 145-149. Dec. 1992.
34. CRAWFORD, P., CHADWICK, D.J., MARTIN, C., TJIA, J., BACK, D.J., and ORME, M. The interaction of phenytoin and carbamazepine with combined oral contraceptive steroids. British Journal of Clinical Pharmacology 30(6): 892-896. Dec. 1990.
35. CSEMICZKY, G., ALVENDAL, C., and LANDGREN, B. M. Risk for ovulation in women taking a low-dose OC (Microgynon) when receiving antibacterial treatment with fluoroquinolone (ofloxacin). Advances in Contraception 12(2): 101-109. Jun. 1996.
36. CURTIS, S.L. and BLANC, A.K. Determinants of contraceptive failure, switching and discontinuation: An analysis of DHS contraceptive histories. Calverton, Maryland, Macro International, Oct. 1997. (DHS Analytical Reports No. 6) 50 p.
37. DARNEY, P.D. OC practice guidelines: Minimizing side effects. International Journal of Fertility and Women's Medicine 42(Suppl. 1): 158-169. 1997.
38. DAVIS, A. and WYSOCKI, S. Clinician/patient interaction: Communicating the benefits and risks of oral contraception. Contraception 59(1 Suppl.): 39S-42S. Jan. 1999.
39. DE BOER, A. and HERINGS, R.M. Oral contraceptives without prescription [letter]. Lancet 342(8877): 993. Oct. 16, 1993.
40. DEIJEN, J.B. and KORNAAT, H. The influence of type of information, somatization, and locus of control on attitude, knowledge, and compliance with respect to the triphasic oral contraceptive Tri-Minulet. Contraception 56(1): 31-41. Jul. 1997.
41. DEPARTMENT OF NATIONAL HEALTH AND POPULATION DEVELOPMENT, S.A. Annual report on family planning statistics 1992-1993. Department of National Health and Population Development, South Africa, 1993.
42. DEVENPORT, M.H., CROOK, D., WYNN, V., and LEES, L.J. Metabolic effects of low-dose fluconazole in healthy female users and non-users of oral contraceptives. British Journal of Clinical Pharmacology (27): 851-859. 1989.

43. DILLNER, L. Pill scare linked to rise in abortions. British Journal of Medicine 312(7037): 996. Apr. 20, 1996.
44. DONLEY, T.G., SMITH, R.F., and ROY, B. Reduced oral contraceptive effectiveness with concurrent antibiotic use: A protocol for prescribing antibiotics to women of childbearing age. Compendium 11(6): 392-396. Jun. 1990.
45. DOUCOURE, A., DJENEBA, D., TOURE, F., TRAORE, A., DOUMBIA, S., SANOGO, D., HUNTINGTON, D., and VIADRO, C. The effect of a family planning CBD project in Mali. In: Foreit, J.R. and Frejka, T., eds. Family Planning Operations Research: A Book of Readings. New York, Population Council. 1998. p. 115-120.
46. DRENNAN, M. Reproductive health: New perspectives on men's participation. Population Reports, Series J, No. 46. Baltimore, Johns Hopkins School of Public Health, Population Information Program, Oct. 1998. 36 p.
47. DUNCAN, G., HARPER, C., ASHWELL, E., MANT, D., BUCHAN, H., and JONES, L. Termination of pregnancy: Lessons for prevention. British Journal of Family Planning 15(4): 112-117. Jan. 1990.
48. ELOMAA, K., ROLLAND, R., BROSENS, I., MOORREES, M., DEPREST, J., TUOMINEN, J., and LÄHTEENMÄKI, P. Omitting the first oral contraceptive pills of the cycle does not automatically lead to ovulation. American Journal of Obstetrics and Gynecology 179(1): 41-46. Jul. 1998.
49. ENTWISLE, B., RINDFUSS, R.R., WALSH, S.J., EVANS, T.P., and CURRAN, S.R. Geographic information systems, spatial network analysis, and contraceptive choice. Demography 34(2): 171-187. May 1997.
50. ENÜNLÜ, T. and DOGAN, B.G. Contraceptive use dynamics in Turkey. In: Akin, A. and Bertan, M., eds. Contraception, Abortion, and Maternal Health Services in Turkey: Results of Further Analysis of the 1993 Turkish Demographic and Health Survey. 1996. Calverton, Maryland, Macro International. p. 13-65.
51. FAMILY HEALTH INTERNATIONAL (FHI). Checklist for clients who want to initiate combined oral contraceptives (COCs) in community-based services (CBS). FHI (Website). http://www.fhi.org/en/fp/checklistse/chklstfpe/cocchkl.html. Oct 8, 1999.
52. FAMILY HEALTH INTERNATIONAL (FHI). Checklist to rule out pregnancy for non-menstruating family

planning clients. FHI (Website). http://www.fhi.org/en/fp/checklistse/chklstfpe/pregckl.html. Oct 8, 1999.
53. FAMILY HEALTH INTERNATIONAL (FHI). Pregnancy-related morbidities affect millions. Research Triangle Park, North Carolina, FHI, Feb. 15, 1994. 2 p.
54. FAMILY PLANNING LOGISTICS MANAGEMENT (FPLM)/ JOHN SNOW, INC. (JSI). Programs that deliver: Logistics' contributions to better health in developing countries. Arlington, Virginia, FPLM/ JSI, 2000. 117 p.
55. FAMILY PLANNING NEWS. Assurance on safety of contraceptive pill: Weighed in the balances?And found beneficial. Family Planning News, Vol. 21 No. 2. 1996. p. 4. (Report on the 4th Congress of the European Society of Contraception, Barcelona, Italy)
56. FAMILY PLANNING SERVICE EXPANSION AND TECHNICAL SUPPORT (SEATS II) Project. Mainstreaming quality improvement in family planning and reproductive health services delivery: Context and case studies. Arlington, Virginia, John Snow, Inc., Jan. 2000. 93 p.
57. FARRELL, B., SOLTER, C., and HUBER, D. Comprehensive reproductive health and family planning training curriculum: Module 5: Emergency contraceptive pills. Pathfinder International (Website). http://www.pathfind.org/html/mod_links.htm. Nov. 1997.
58. FATHONAH, S. Contraceptive use dynamics in Indonesia. Calverton, Maryland, Macro International, Jul. 1996. (Demographic and Health Surveys Working Paper No. 20) 31 p.
59. FINGER, W.R. Using oral contraceptives correctly: Progress on package instructions. Network 12(2): 14-17, 27. Research Triangle Park, North Carolina, Family Health International. Sep. 1991.
60. FINGER, W.R. Oral contraceptives are safe, very effective. Network 16(4): 4-8. Research Triangle Park, North Carolina, Family Health International. Summer 1996.
61. FINGER, W.R. Commercial sector can improve access. Network 18(2): 12-15. Research Triangle Park, North Carolina, Family Health International. Winter 1998.
*62. FONTAINE, A., POTTER, L., and VENEY, J.E. Use-effectiveness of oral contraceptives and quality of care. Apr. 25, 1993. 28 p. (Unpublished).

63. FOTHERBY, K. Interactions with oral contraceptives. American Journal of Obstetrics and Gynecology 163(6 Pt. 2): 2153-2159. Dec. 1990.
64. FRIEDMAN, C.I., HUNEKE, A.L., KIM, H.M., and POWELL, J. The effect of ampicillin on oral contraceptive effectiveness. Obstetrics and Gynecology (164): 33-37. 1980.
65. GANDOTRA, M.M. and DAS, N.P. Factors influencing choice of a contraceptive and the reasons for its discontinuation. In: Khan, M.E. and Cernada, G., eds. Spacing as an Alternative Strategy: India's Family Welfare Programme. New Delhi, BR Publishing Corporation. 1996. p. 95-114.
66. GARG, S.K., CHASE, H.P., MARSHALL, G., HOOPS, S.L., HOLMES, D.L., and JACKSON, W.E. Oral contraceptives and renal and retinal complications in young women with insulin-dependent diabetes mellitus. Journal of the American Medical Association 271(14): 1099-1102. Apr. 13, 1994.
67. GLASIER, A. Safety of emergency contraception. Journal of the American Medical Women's Association 53(5): 219-221. Fall 1998.
68. GRIFFEY BRECHIN, S.J., SULLIVAN, R., SMITH, T., and LACOSTE, M. Improving performance of healthcare providers through structured on-the-job training: A pilot test in Zimbabwe and Kenya. Baltimore, Johsn Hopkins International Education and Training in Reproductive Health, Mar. 1999. (No. JHP-04) 32 p.
69. GRIMES, D.A. Over-the-counter oral contraceptives?An immodest proposal? [editorial]. American Journal of Public Health 83(8): 1092-1094. Aug. 1993.
70. GRIMES, D.A. A guest editorial: Over-the-counter oral contraceptives: An idea whose time has not quite come [editorial]. Obstetrical and Gynecological Survey 50(6): 411-412. Jun. 1995.
71. GUILLEBAUD, J. Practical prescribing of the combined oral contraceptive pill. Unpublished, 1989. 25 p.
*72. GUILLEBAUD, J. The Pill. 5th ed. London, Oxford Univ. Press, 1997. 288 p.
*73. GUILLEBAUD, J. The Pill and Other Forms of Hormonal Contraception. 5th ed. Oxford, Oxford University Press, 1997. 320 p.
74. GUILLEBAUD, J. (Margaret Pyke Family Planning Centre) [Comments on draft report, “Helping women use the pill”] Personal communication, May 24, 2000.
75. GUILLEBAUD, J. Contraception Today: A

pocketbook for General Practitioners. 4th ed. London, Martin Dunitz, Jun. 2000. 120 p.
76. GUILLEBAUD, J. Will the pill become obsolete in this century? Family Planning Perspectives 32 (2): 93-95. Mar./Apr. 2000. (Available: http://www.agi-usa.org/pubs/journals/3209300.html#1)
77. GUPTA, A., CHOUDHURY, B.R., and BALACHANDRAN, I. Touch me, touch-me-not: Women, plants and healing. In: Women's Beliefs about Disease and Health: Kali for Women. 1997. p. 66-91.
78. HA, P.T.T., HANH, L.T., DUNG, N.T.K., SA, N. T., and SCHULER, S.R. Reproductive tract infections and contraceptive method choice: Findings from a qualitative study in Vietnam. 1999. 18 p. (Unpublished).
79. HALPERIN, E.C. Oral contraceptives as over-the-counter medication. North Carolina Medical Journal 55(5): 183-186. May 1994.
80. HARDEE, K., CLYDE, M., MCDONALD, O.P., BAILEY, W., and VILLINSKI, M.T. Assessing family planning service-delivery practices: The case of private physicians in Jamaica. Studies in Family Planning 26(6): 338-349. Nov./Dec. 1995.
81. HARDEE, K., JANOWITZ, B., STANBACK, J., and VILLINSKI, M.T. What have we learned from studying changes in service delivery guidelines and practices? International Family Planning Perspectives 24(2): 84-90. Jun. 1998. (Available: http://www.agi-usa.org/pubs/journals/2408498.html, Accessed Aug. 13, 1999)
82. HARVEY, P.D. 1991 Contraceptive social marketing statistics. Washington, D.C., DKT International, Jun. 1992. 6 p.
83. HARVEY, P.D. 1998 Contraceptive social marketing statistics. Washington, D.C., DKT International, Sep. 1999. 8 p.
*84. HATCHER, R.A. and GUILLEBAUD, J. The pill: Combined oral contraceptives. In: Hatcher, R.A., Trussell, J., Stewart, F., Cates Jr., W., Stewart, G.K., Guest, F., and Kowal, D. Contraceptive Technology. 17th ed. New York, Ardent Media. 1998. p. 405-466.
*85. HATCHER, R.A., RINEHART, W., BLACKBURN, R., GELLER, J.S., and SHELTON, J.D. The Essentials of Contraceptive Technology. Baltimore, Johns Hopkins School of Public Health, Population Information Program, Jul. 1997. 340 p.
86. HAVANON, N., KANCHANASINITH, K., POTTER, L., and CAÑAMAR, R. Thailand: Study of pill compliance among drugstore purchasers. Bangkok, Oct. 1992. 42 p.

87. HELZNER, J.F., CARAM, M., CORDERO, M., and SANGIOVANNI, G. Assessing strategies to promote high quality care: The case of PROFAMILIA, Dominican Republic. Presented at the American Public Health Association 118th Annual Meeting, New York, Sep. 30ÄOct. 4, 1990. International Planned Parenthood Federation, PROFAMILIA. Oct. 1990. 10 p.
88. HILLARD, P.J. Oral contraception noncompliance: The extent of the problem. Advances in Contraception 8(Suppl. 1): 13-20. Oct. 1992.
89. HILLARD, P.J. Family planning in the teen population. Current Opinion in Obstetrics and Gynecology 5(6): 798-804. Dec. 1993.
90. HODGINS, S. Contraceptive use and beliefs among women in rural Togo. 1999.
91. HOSSAIN, M.B. and PHILLIPS, J.F. The impact of outreach on the continuity of oral contraceptive use in rural Bangladesh. Studies in Family Planning 27(2): 98-106. Mar./Apr. 1996.
92. HOUGHTON, A. Oral contraceptives without prescription [letter]. Lancet 342(8877): 993. Oct. 16, 1993.
93. HUBACHER, D., GOCO, N., GONZALEZ, B., and TAYLOR, D. Factors affecting continuation rates of DMPA. Contraception 60(345-351). 1999.
*94. HUBACHER, D. and POTTER, L. Adherence to oral contraceptive regimens in four countries. International Family Planning Perspectives 19(2): 49-53. Jun. 1993.
95. HUEZO, C. and CARIGNAN, C.S. Medical and service delivery guidelines for family planning. 2nd ed. International Planned Parenthood Federation (IPPF) Medical Publications. London, IPPF, World Health Organization, and AVSC International, 1997. 298 p.
96. HUEZO, C. and MALHOTRA, U. Choice and use-continuation of methods of contraception: A multicentre study. London, International Planned Parenthood Federation, 1993. 163 p.
97. HUNTINGTON, D. and APLOGAN, A. The integration of family planning and childhood immunization services in Togo. Studies in Family Planning 25(3): 176-183. May/Jun. 1994.
98. HUNTINGTON, D., HASSAN, E.O., ATTALLAH, N., TOUBIA, N., NAGUIB, M., and NAWAR, L. Improving the medical care and counseling of postabortion patients in Egypt. Studies in Family Planning 26 (6): 350-362. Nov./Dec. 1995.
99. INDONESIA NATIONAL FAMILY PLANNING

COORDINATING BOARD (BKKBN). The operational aspect of population and family planning program implementation. BKKBN (Website). http://www.bkkbn.go.id/english/c.htm. Undated.
100. INTERNATIONAL WORKING GROUP ON ENHANCING PATIENT COMPLIANCE AND ORAL CONTRACEPTIVE EFFICACY. A consensus statement: Enhancing patient compliance and oral contraceptive efficacy. British Journal of Family Planning (18): 126-129. 1993.
101. IVERSEN, O.E. and NILSEN, S.T. The recent pill scare and number of legal abortions in Norway. Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica 75(7): 690-691. Aug. 1996.
102. JAIN, A. Should eliminating unmet need for contraception continue to be a program priority? International Family Planning Perspectives 25 (Suppl.): S39-S43, S49. Jan. 1999.
103. JOHNS HOPKINS CENTER FOR COMMUNICATION PROGRAMS/POPULATION COMMUNICATION SERVICES (JHU/PCS). New research documents success of Johns Hopkins GATHER counseling for family planning. JHU/PCS (Website). http://www.jhuccp.org/news/020899.stm. Feb. 8, 1999.
104. JOHNS HOPKINS CENTER FOR COMMUNICATION PROGRAMS/POPULATION COMMUNICATION SERVICES (JHU/PCS). Nepal's radio communication project. JHU/PCS (Website). http://www.jhuccp.org/ee/jan14.stm. 2000.
105. JOHNS HOPKINS CENTER FOR COMMUNICATION PROGRAMS/POPULATION COMMUNICATION SERVICES (JHU/PCS). Scripts from Nepal radio show, “Cut Your Coat According to Your Cloth.” Baltimore, JHU/PCS, 2000.
106. JOHNS HOPKINS CENTER FOR COMMUNICATION PROGRAMS/POPULATION COMMUNICATION SERVICES (JHU/PCS). Scripts from Nepal radio show, “Service Brings Rewards.” Baltimore, JHU/PCS, 2000.
107. JOHNS HOPKINS PROGRAM FOR INTERNATIONAL TRAINING IN REPRODUCTIVE HEALTH (JHPIEGO). Performance improvement process. JHPIEGO (Website). http://www.reproline.jhu.edu/english/3improve/3process/3pi.htm. Jan. 20, 1999.
108. JONES, E.F. Accessibility as a determinant of contraceptive method choice. In: Bulatao, R. A., Palmore, J.A., and Ward, S.E., eds. Choosing a Contraceptive: Method Choice in Asia and the United States. Boulder, Colorado, Westview Press. 1989. p. 57-77.
109. KANE, T.T., GAMINIRATNE, K.H.W., and STEPHEN, E.H. Contraceptive method switching in

Sri Lanka: Patterns and implications. International Family Planning Perspectives 14(2): 68-75. Jun. 1988. 110. KELLER, S. Better communication improves OC use. Network 16(4): 10-13. Research Triangle Park, North Carolina, Family Health International. Summer 1996.
111. KILLICK, S.R. Patient education and understanding: A critical review. Advances in Contraception 8(Suppl. 1): 57-65. Oct. 1992.
112. KILLICK, S.R., BANCROFT, K., OELBAUM, S., MORRIS, J., and ELSTEIN, M. Extending the duration of the pill-free interval during combined oral contraception. Advances in Contraception 6(1): 33-40. Mar. 1990.
113. KINCAID, D.L. Social networks, ideation, and contraceptive behavior in Bangladesh: A longitudinal analysis. Social Science and Medicine 50(2): 215-231. Jan. 2000.
114. KNAUFF, J., MUHUHU, P., and YUMKELLA, F. Improving service access in the mountains of the moon. Chapel Hill, North Carolina, Program for International Training in Health, 1994. 6 p.
115. KNOWLES, J. and RINGEL, M. All About Birth Control: The Complete Guide. Issued by Planned Parenthood Federation of America. New York, Three Rivers Press, 1998. 240 p.
116. KOLS, A. and SHERMAN, J.E. Family planning programs: Improving quality. Series J, No. 47. Baltimore, Johns Hopkins School of Public Health, Population Information Program, Nov. 1998. 40 p.
117. KONTULA, O. and HAAVIO-MANNILA, E. Finland. In: Francoeur, R.T., ed. The International Encyclopedia of Sexuality. Vol. 1. New York, Continuum. 1997. p. 419-491.
*118. KORVER, T., GOORISSEN, E., and GUILLEBAUD, J. The combined oral contraceptive pill: What advice should we give when tablets are missed? British Journal of Obstetrics and Gynaecology 102 (8): 601-607. Aug. 1995.
119. KOST, K. The dynamics of contraceptive use in Peru. Studies in Family Planning 24(2): 109-119. Mar./Apr. 1993.
120. KOVACS, G.T. and MURTAGH, J. Survey of general practitioner instructions to oral contraceptive users. Australian Family Physician 23(5): 915-918. May 1994.
121. LANDGREN, B.M. and CSEMICZKY, G. The effect on follicular growth and luteal function of “missing the pill.” A comparison between a monophasic and a triphasic combined oral contraceptive. Contraception 43(2): 149-159. Feb.

1991.
122. LANDGREN, B.M. and DICZFALUSY, E. Hormonal consequences of missing the pill during the first two days of three consecutive artificial cycles. Contraception 29(5): 437-446. 1984.
123. LARSON, A., ISLAM, S., and MITRA, S.N. Pill use in Bangladesh: Compliance, continuation and unintentional pregnancies. Report on the 1990 pill use study. Dhaka, Mitra and Associates, Jul. 1991. 70 p.
124. LAWRENCE, H. How early-cycle side effects discourage pill use. Contemporary Ob/Gyn 42(9): 45-49, 52, 55-59. Sep. 1997.
125. LEBEL, M., MASSON, E., GUILBERT, E., COLBORN, D., PAQUET, F., ALLARD, S., VALLEE, F., and NARANG, P.K. Effects of rifabutin and rifampicin on the pharmacokinetics of ethinylestradiol and norethindrone. Journal of Clinical Pharmacology 38(11): 1042-1050. Nov. 1998.
126. LEI, Z.-W., WU, S.C., GARCEAU, R.J., JIANG, S., YANG, Q.-Z., WANG, W.-L., and VANDER MEULEN, T.C. Effect of pretreatment counseling on discontinuation rates in Chinese women given depo-medroxyprogesterone acetate for contraception. Contraception (53): 357-361. 1996.
127. LETTERIE, G.S. and CHOW, G.E. Effect of “missed” pills on oral contraceptive effectiveness. Obstetrics and Gynecology 79(6): 979-982. Jun. 1992.
128. LEWIS, G.L. and LISKIN, L.S. Perceptions of oral contraceptives: Pretest results of new package label. Baltimore, Johns Hopkins School of Public Health, Population Communication Services, May 1997. 111 p.
129. LOZA, S.F., SAYED, H.A.A., and POTTER, L.S. Oral contraceptive compliance and continuation in Egypt: Complementary findings of EDHS (1988) and focus group research. Cairo, Cairo Demographic Center, 1991. (Working Paper No. 22) 24 p.
130. MAGGIOLI, F., PURICELLI, G., DOTTORINI, M., CAPRIOLI, S., BIANCHI, W., and SUTER, F. The effect of ciprofloxacin on oral contraceptive steroid treatments. Drugs Under Experimental and Clinical Research 17(9): 451-454. 1991.
131. MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH (MSH) FAMILY PLANNING MANAGEMENT DEVELOPMENT, ED. MILLER, J., SERIES ED. Improving contraceptive supply management. Family Planning Manager, Boston, MSH, Vol. 1 Sep./Oct. 1992. 20 p.
132. MCCAULEY, A., ROBEY, B., BLANC, A., and

GELLER, J. Opportunities for women through reproductive choice. Population Reports, Series M, No. 12. Baltimore, Johns Hopkins School of Public Health, Population Information Program, Jul. 1994. 39 p.
133. MELIÁN, M.M. La dinámica del uso de la anticoncepción en Paraguay: Un análisis de discontinuación, falla, y cambio de métodos con tablas de vida. [SPA] [Contraceptive use dynamics in Paraguay: A life-table analysis of discontinuation, failure, and switching]. Calverton, Maryland, Macro International, Jun. 1994. (Seminario sobre la Dinamica Anticonceptiva en America Latina)
134. MENSCH, B.S., BRUCE, J., and GREENE, M.E. The uncharted passage: Girls' adolescence in the developing world. Population Council, 1998. 115 p.
135. MILLER, C. The combined oral contraceptive. A practical guide. Australian Family Physician 19 (6): 897, 900-906. Jun. 1990.
136. MILLER, C. and MURTAGH, J. Combined oral contraception. Australian Family Physician 21 (12): 1787-1788. Dec. 1992.
137. MILLER, K., MILLER, R., and FASSIHIAN, G. How do providers restrict access to family planning methods? Population Council, 1998. (Unpublished).
138. MILLER, K., MILLER, R., and KOTKIN, D.J. Quality of care in African family planning programs: A survey of findings from situation analysis studies. New York, Population Council, Sep. 1995. 19 p.
139. MITRA, S.N. and AL-SABIR, A. Contraceptive use dynamics in Bangladesh. Calverton, Maryland, Macro International, Oct. 1996. (DHS Working Papers No. 21) 28 p.
140. MOLLOY, B.G., COULSON, K.A., LEE, J.M., and WATTERS, J.K. “Missed pill” conception: Fact or fiction? British Journal of Medicine 290(6480): 1474-1475. May 18, 1985.
*141. MORENO, L. and GOLDMAN, N. Contraceptive failure rates in developing countries: Evidence from the Demographic and Health Surveys. International Family Planning Perspectives 17(2): 44-49. Jun. 1991.
142. MURPHY, A.A., ZACUR, H.A., CHARACE, P., and BURKMAN, R.T. The effect of tetracycline on level of oral contraceptives. American Journal of Obstetrics and Gynecology (164): 28-33. 1991.
143. MURPHY, E. and STEELE VERME, C. Client-provider interactions in family planning

services: Guidance from research and program experience. In: Technical Guidance/Competence Working Group. Recommendations for updating selected practices in contraceptive use: Volume II. Chapel Hill, North Carolina, Sep. 1997. p. 187-194.
144. MURRAY, C.J.L. and LOPEZ, A.D. The global burden of disease in 1990s: Final results and their sensitivity to alternative epidemiological perspectives, discount rates, age-wights, and disability weights. In: Murray, C.J.L. and Lopez, A.D., eds. The Global Burden of Disease. The Global Burden of Disease and Injury Series. Vol. 1. Boston, Massachusetts, Harvard University Press. 1996. p. 247-293.
145. NEELY, J.L., ABATE, M., SWINKER, M., and D'ANGIO, R. The effect of doxycycline on serum levels of ethinyl estradiol, norethindrone, and endogenous progesterone. Obstetrics and Gynecology 77(3): 416-420. Mar. 1991.
*146. OAKLEY, D. Rethinking patient counseling techniques for changing contraceptive use behavior. American Journal of Obstetrics and Gynecology 170(3, Pt. 2): 1585-1590. May 1994.
147. OAKLEY, D., POTTER, L., DE LEON-WONG, E., and VISNESS, C. Oral contraceptive use and protective behavior after missed pills. Family Planning Perspectives 29(6): 277-279, 287. Nov./ Dec. 1997.
148. OAKLEY, D., SEREIKA, S., and BOGUE, E.L. Oral contraceptive pill use after an initial visit to a family planning clinic. Family Planning Perspectives 23(4): 150-154. Jul./Aug. 1991.
149. ORDÓÑEZ GÓMEZ, M. La dinamica anticonceptiva en Colombia: discontinuacion del uso de metodos anticonceptivos, cambio y tasas de falla de los metodos. [SPA] [Contraceptive dynamics in Colombia: discontinuation of contraceptive methods, change, and failure rates]. Calverton, Maryland, Macro International, Jun. 1994. (Seminario sobre la Dinamica Anticonceptiva en America Latina) 26 p.
150. OSLER, M. and RIPHAGEN, F.E. Contraception survey: Denmark 1988. Contraception 42(5): 507-521. Nov. 1990.
151. OTTOLENGHI, E. (Population Council) [Increasing pill access] Personal communication, May 15, 2000.
152. PADILLA, A. La dinámica del uso de la anticoncepción en el Perú: Un análisis de

discontinuación, falla, y cambio de métodos. [SPA] [Contraceptive use dynamics in Peru: An analysis of discontinuation, failure, and switching]. Calverton, Maryland, Macro International, Jun. 1994. (Seminario sobre la Dinamica Anticonceptiva en America Latina)
153. PEREZ, A. and TABIJE, T.L. Contraceptive discontinuation, failure, and switching behavior in the Philippines. Calverton, Maryland, Macro International, Apr. 1996. (DHS Working Papers No. 18) 25 p.
154. PETERSEN, K.R., SKOUBY, S.O., SIDELMANN, J., MOLSTED-PEDERSEN, L., and JESPERSEN, J. Effects of contraceptive steroids on cardiovascular risk factors in women with insulin-dependent diabetes mellitus. American Journal of Obstetrics and Gynecology 171(2): 400-405. Aug. 1994.
155. PHILLIPS, J.F., HOSSAIN, M.B., and ARENDS-KUENNING, M. The long-term demographic role of community-based family planning in rural Bangladesh. Studies in Family Planning 27(4): 204-219. Jul./Aug. 1996.
156. PIOTROW, P., KINCAID, D.L., RIMON III, J., and RINEHART, W. Health Communication: Lessons From Family Planning and Reproductive Health. Westport, Connecticut, Praeger, 1997. 307 p.
157. PIOTROW, P.T. Informed choice: A responsibility that goes beyond the provider. In: Gallen, M.A., Lettenmaier, C., and Green, C. P. Counseling makes a difference. Population Reports, Series J, No. 35. Baltimore, Johns Hopkins School of Public Health, Population Information Program, Nov. 1987. p. 15.
158. PIOTROW, P.T., TREIMAN, K.A., RIMON III, J. G., YUN, S.H., and LOZARE, B.V. Strategies for family planning promotion. Washington, D.C., World Bank, 1994. (World Bank Technical Paper No. 223) 58 p.
159. POLANCO, J.J. La dinamica de uso de anticoncepción en la Republica Dominicana: Un análisis de discontinuación, falla, y cambio de métodos. [SPA] [Contraceptive use dynamics in the Dominican Republic: An analysis of discontinuation, failure, and switching]. Calverton, Maryland, Macro International, Jun. 1994. (Seminario sobre la Dinamica Anticonceptiva en America Latina)
160. POPULATION COUNCIL (PC). A situation analysis of family welfare centers in Pakistan. New York, PC, Apr. 1993. 92 p.
161. POPULATION COUNCIL (PC). A situation

analysis of family planning service delivery points in Ghana. New York, PC, 1994. 150 p.
*162. POPULATION COUNCIL (PC). The gap between reproductive intentions and behavior: A study of Punjabi men and women. Islamabad, Pakistan, PC, 1997. 78 p.
*163. POTTER, L.S. Oral contraceptive compliance and its role in the effectiveness of the method. In: Cramer, J.A. and Spilker, B., eds. Patient Compliance in Medical Practice and Clinical Trials. New York, Raven Press. 1991. p. 195-207.
*164. POTTER, L.S. How effective are contraceptives? The determination and measurement of pregnancy rates. Obstetrics and Gynecology 88 (3 Suppl.): 13S-23S. Sep. 1996.
165. POTTER, L.S., OAKLEY, D., DE LEON-WONG, E., and CANAMAR, R. Measuring compliance among oral contraceptive users. Family Planning Perspectives 28(4): 154-158. Jul./Aug. 1996.
*166. POTTER, L.S., POTTS, M., GRUBB, G., and STEINER, M. What do we know about how women take the pill? 1991. 41 p. (Unpublished).
167. POTTS, M. and DENNY, C. Safety implications of transferring the oral contraceptive from prescription-only to over-the-counter status. Drug Safety 13(6): 333-337. Dec. 1995.
168. PRATT, W.F. and BACHRACH, C.A. What do women use when they stop using the pill? Family Planning Perspectives 19(6): 257-266. Nov./Dec. 1987.
169. PULLAM, T.W. The relationship of service availability to contraceptive use in rural Guatemala. Aug. 1990. 50 p. (Unpublished).
170. RAHMAN, M., KHAN, M.A., CALDWELL, B.K., and KANE, T.T. Factors associated with reported side-effects of oral pills and injectibles in rural Bangladesh. In: Kane, T.T., Barkat-e-Khuda, and Phillips, J.F., eds. Reproductive Health in Rural Bangladesh: Policy and Programmatic Implications. Vol. 1. Dhaka, International Centre for Diarrhoeal Disease Research, Bangladesh. Jul. 1997. p. 191-216.
171. RAMSAY, S. UK “pill scare” led to abortion increase. Lancet 347(9008): 1109. Apr. 20, 1996.
172. RANDLE, N. Antibiotic- and anticonvulsant-induced oral contraceptive failure. Journal of Pharmacy Technology 1(6): 246-249. Nov./Dec. 1985.
173. REANEY, P. Half of UK women seeking abortion used contraception. (London). Reuters wire service. Nov. 13, 1999.
174. REES, H. Acquiring the pill: Safety issues.

Reproductive Health Matters (3): 41-45. May 1994.
175. RINEHART, W., RUDY, S., and DRENNAN, M. GATHER guide to counseling. Population Reports, Series J, No. 48. Baltimore, Johns Hopkins School of Public Health, Population Information Program, Dec. 1998. 32 p.
176. ROSENBERG, M. (Health Decisions, Inc.) [Factors related to OC use] Personal communication, May 2000.
177. ROSENBERG, M. [Length of oral contraceptive use] Personal communication, Dec. 1999.
178. ROSENBERG, M. and WAUGH, M.S. Causes and consequence of oral contraceptive noncompliance. American Journal of Obstetrics and Gynecology 180 (2, Pt. 2): S276-S279. Feb. 1990.
*179. ROSENBERG, M.J., BURNHILL, M.S., WAUGH, M. S., GRIMES, D.A., and HILLARD, P.J. Compliance and oral contraceptives: A review. Contraception 52(3): 137-141. Sep. 1995.
180. ROSENBERG, M.J. and WAUGH, M.S. Oral contraceptive discontinuation: A prospective evaluation of frequency and reasons. American Journal of Obstetrics and Gynecology 179(3, Pt. 1): 577-582. Sep. 1998.
*181. ROSENBERG, M.J., WAUGH, M.S., and LONG, S. Unintended pregnancies and use, misuse and discontinuation of oral contraceptives. Journal of Reproductive Medicine 40(5): 355-360. May 1995.
182. ROSENBERG, M.J., WAUGH, M.S., and MEEHAN, T. E. Use and misuse of oral contraceptives: Risk indicators for poor pill taking and discontinuation. Contraception 51(5): 283-288. May 1995.
183. ROSENFIELD, A.G. and LIMCHAROEN, C. Auxiliary midwife prescription of oral contraceptives: An experimental project in Thailand. In: Foreit, J.R. and Frejka, T., eds. Family Planning Operations Research: A Book of Readings. New York, Population Council. 1998. p. 71-81.
*184. ROSS, J. Contraception: Short-term vs. long-term failure rates. Family Planning Perspectives 21(6): 275-277. Nov./Dec. 1989.
185. SALTER, C., JOHNSTON, H.B., and HENGEN, N. Care for postabortion complications: Saving women's lives. Population Reports, Series L, No. 10. Baltimore, Johns Hopkins School of Public Health, Population Information Program, Sep. 1997. 32 p.
186. SAMBISA, W. Contraceptive use dynamics in Zimbabwe: Discontinuation, switching, and

failure. Calverton, Maryland, Macro International, Dec. 1996. (Zimbabwe Further Analysis) 24 p.
187. SAMUELS, S.E., STRYKER, J., and SMITH, M.D. Over-the-counter birth control pills: An overview. In: Samuels, S.E. and Smith, M.D., eds. The Pill: From Prescription to Over the Counter. Menlo Park, California, Kaiser Family Foundation. 1994. p. 1-19.
188. SCHAEFER, L. (Performance Improvement Consultative Group, JHPIEGO representative) [Revised definition of performance improvement] Personal communication, May 12, 2000.
189. SCHONDELMEYER, S.W. and JOHNSON, J.A. Economic implications of switching from prescription status. In: Samuels, S.E. and Smith, M.D., eds. The Pill: From Prescription to Over the Counter. Menlo Park, California, Kaiser Family Foundation. 1994. p. 189-235.
190. SCHULER, S.R. and HOSSAIN, Z. Family planning clinics through women's eyes and voices: A case study from rural Bangladesh. International Family Planning Perspectives 24(4): 170-175, 205. Dec. 1998. (Available: http://www.agi-usa.org/pubs/journals/2417098.html)
191. SEALZA, L. Factors affecting the family planning program drop-out rate in Bukidnon, Philippines. Manila, Research Institute for Mindanao Culture and Population Council, 1994. 81 p.
192. SEKADDE-KIGONDU, C., MWATHE, E.G., RUMINJO, J.K., NICHOLS, D., KATZ, K., JESSENCKY, K., and LIKU, J. Acceptability and discontinuation of Depo-Provera, IUCD and combined pill in Kenya. East African Medical Journal 73(12): 786-794. Dec. 1996.
193. SERFATY, D. Medical aspects of oral contraceptive discontinuation. Advances in Contraception 8(Suppl. 1): 1-76. Oct. 1992.
194. SERFATY, D. Oral contraceptive compliance during adolescence. In: Creatsas, G., Mastorakos, G., and Chrousous, G.P., eds. Adolescent Gynecology and Endocrinology: Basic and Clinical Aspects. Annals of the New York Academy of Sciences. Vol. 816. Athens, Greece, New York Academy of Sciences. Jun. 17, 1997. p. 422-431.
195. SHAIN, R.N. and POTTS, M. Need for and acceptability of long-acting steroidal contraception. In: Zatuchni, G.L., Goldsmith, A., Shelton, J.D., and Sciarra, J.J., eds. Long-Acting Contraceptive Delivery System.

Philadelphia, Harper and Row. 1984. p. 1-19.
196. SHANE, B. and CHALKLEY, K. From research to action: How operations research is improving reproductive health services. Washington, D.C., Population Reference Bureau, Mar. 1998. 40 p.
197. SHELTON, J.D. Precise pill-taking "behavior." Jim Shelton's Pearls (Website). http://www.jhuccp.org/pearls/September99/sept399.stm. 1999.
198. SHELTON, J.D., ANGLE, M.A., and JACOBSTEIN, R.A. Medical barriers to access family planning. Lancet 340(8831): 1334-1335. Nov. 28, 1992.
*199. SHELTON, J.D., DAVIS, S., and MATHIS, J. Checklist for family planning service delivery, with selected linkages to reproductive health: Maximizing access and quality [brochure]. US Agency for International Development, 1998. 20 p.
*200. SHELTON, J.D. and DAVIS, S.S. Some priorities in maximizing access to and quality of contraceptive services. Advances in Contraception 12(3): 233-237. Sep. 1996.
201. SHENFIELD, G.M. Oral contraceptives: Are drug interactions of clinical significance? Drug Safety 9(1): 21-37. 1993.
202. SHENFIELD, G.M. and GRIFFIN, J.M. Clinical pharmacokinetics of contraceptive steroids: An update. Clinical Pharmacokinetics 20(1): 15-37. Jan. 1991.
203. SMITH, S.K., KIRKMAN, R.J., ARCE, B.B., MCNEILLY, A.S., LOUDON, N.B., and BAIRD, D.T. The effect of deliberate omission of Trinordiol or Microgynon on the hypothalmic-pitutitary-ovarian axis. Contraception 34(5): 513-522. Nov. 1986.
204. SOBTI, J.C., RAO, A.R., DEERING, J., and SHAH, I.C. Project report on the involvement of Indian Medical Association members for promoting oral contraceptive pill and IUCD in Gujarat. Training of 1326 family planning counselors and 83 family planning consultants. New Delhi, IMA-AKN Sinha Institute of Continuing Medical and Health Education and Research, 1995. 64 p.
205. SOLO, J. and BILLINGS, D.L. Linkages with treatment for incomplete abortions improve family planning services in Kenya. Operations Research Alternatives, Washington, D.C. Population Council, Aug. 1998. p. 3. (Available: http://www.popcouncil.org/rhfp/alternatives/linkages.html)
206. SPARROW, M.J. Pregnancies in reliable pill takers. New Zealand Medical Journal 102(879): 575-577. Nov. 8, 1989.
207. SPARROW, M.J. Pill method failures in women

seeking abortion: Fourteen years experience. New Zealand Medical Journal 111(1075): 386-388. Oct. 9, 1998.
208. STANBACK, J., QURESHI, Z., SEKADDE-KIGONDU, C., GONZALEZ, B., and NUTLEY, T. Checklist for ruling out pregnancy among family-planning clients in primary care. Lancet 354(9178): 566. Aug. 14, 1999.
209. STANBACK, J., THOMPSON, A., HARDEE, K., and JANOWITZ, B. Menstrual requirements: A significant barrier to contraceptive access in developing countries. Studies in Family Planning 28(3): 245-250. Sep. 1997.
210. STANG, A., Schwingl, P., and Rivera, R. New contraceptive eligibility checklists for combined oral contraceptives (COCs) and depot-medroxyprogesterone acetate (DMPA) provision in community-based services programmes. Bulletin of the World Health Organization 78(5). May 2000.
211. STARRS, A. The safe motherhood action agenda: Priorities for the next decade. Inter-Agency Group for Safe Motherhood, 1998. 98 p.
212. STEWART, M. Many pill users in Egypt lack adequate knowledge about how to take the pill. International Family Planning Perspectives 21(3): 123-124. Sep. 1995.
213. STONE, S.C. Should oral contraceptives be sold over-the-counter? American Journal of Gynecologic Health 7(2): 27-32. Mar./Apr.1993.
214. STOREY, D., BOULAY, M., KARKI, Y., HECKERT, K., and KARMACHARYA, D.M. Impact of the integrated Radio Communication Project in Nepal, 1994-1997. Journal of Health Communication 4: 271-294. 1999.
215. SULLIVAN, R., BRECHIN, S., and LACOSTE, M. Structured on-the-job training: Innovations in international health training. In: American Society for Training and Development (ASTD), ed. Linking HRD Programs with Organizational Strategy. ASTD. p. 155-179. (Available: http://www.reproline.jhu.edu/english/3improve/3ojt/ojt1.htm)
216. SULLIVAN, H., FURNISS, H., SPONA, J., and ELSTEIN, M. Effect of 21-day and 24-day OC regimens containing gestodene (60 mg) and ethinyl estradiol (15 mg) on ovarian activity. Fertility and Sterility 72(1): 115-120. Jul. 1999.
217. SUYONO, H., HENDRATA, L., and ROHDE, J. The family planning movement in Indonesia. In: Rohde, J., Chatterjee, M., and Morley, D., eds. Reaching Health for All. New Delhi, Oxford University

Press. 1993. p. 482-500.
218. SZAREWSKI, A. and GUILLEBAUD, J. Contraception: A User's Handbook. Oxford, Oxford University Press, 1994. 264 p. 219. TAYOB, Y., ROBINSON, G., ADAMS, J., NYE, M., WHITELAW, N., SHAW, R.W., JACOBS, H.S., and GUILLEBAUD, J. Ultrasound appearance of the ovaries during the pill-free interval. British Journal of Family Planning 16(3): 94-96. Oct. 1990.
220. TECHNICAL GUIDANCE/COMPETENCE WORKING GROUP. Recommendations for updating selected practices in contraceptive use, Volume I. Curtis, K.M. and Bright, P.L., eds. US Agency for International Development, World Health Organization, Nov. 1994. 130 p. (Available: http://www.reproline.jhu.edu/english/6read/6multi/tgwg/6tgwg.htm, Accessed Aug. 10, 1999) 221. TECHNICAL GUIDANCE/COMPETENCE WORKING GROUP. Recommendations for updating selected practices in contraceptive use, Volume II. Gaines, M., ed. US Agency for International Development, World Health Organization, Sep. 1997. 260 p. (Available: http://www.reproline.jhu.edu/english/6read/6multi/tgwg/6tgwg.htm, Accessed Aug. 10, 1999)
222. TOWNSEND, S. Attitudes, regulations hinder use of the pill. Network 13(3): 6-10. Research Triangle Park, North Carolina, Family Health International. Mar. 1993.
223. TRUSSELL, J. Contraceptive efficacy. In: Hatcher, R., Trussell, J., Stewart, F., Cates Jr., W., Stewart, G.K., Guest, F., and Kowal, D., eds. Contraceptive Technology. 17th ed. New York, Ardent Media. 1998. p. 779-791.
224. TRUSSELL, J., STEWART, F., POTTS, M., GUEST, F., and ELLERTSON, C. Should oral contraceptives be available without prescription? American Journal of Public Health 83(8): 1094-1099. Aug. 1993.
225. TRUSSELL, J. and VAUGHAN, B. Contraceptive failure, method-related discontinuation and resumption of use: Results from the 1995 National Survey of Family Growth. Family Planning Perspectives 31(2): 64-72, 93. Mar./Apr. 1999. (Available: http://www.agi-usa.org/pubs/journals/3106499.html) 226. TSUI, A.O. and OCHOA, L.H. Service proximity as a determinant of contraceptive behavior: Evidence from cross-national studies of survey data. Chapel Hill, North Carolina, Carolina Population Center, Mar. 1989. (Carolina Population Center Papers No. 89-05) 43 p.

*227. TWEEDIE, I., OFORI, J., and GLASS, W. Family planning continuation among MOH defaulters in Ghana. Baltimore, Ghana Ministry of Health/ Health Education Unit, and Johns Hopkins School of Public Health Center for Communication Programs, Apr. 1996. 38 p. (Draft preliminary report).
228. TWUM-BAAH, K.A. and STANBACK, J. Provider rationales for restrictive family planning service practices in Ghana [Fact sheet]. Ghana Statistical Service, Family Health International, Nov. 1996. 3 p.
229. UNITED NATIONS FUND FOR CHILDREN (UNICEF). WHO/UNICEF/UNFPA workshop on systematizing experiences in implementing women-friendly health services. UNICEF (Website). http://www.unicef.org/safe/ Jan. 26-28, 1999. (Executive summary report)
230. US FOOD AND DRUG ADMINISTRATION. FDA to hold public meeting on regulation of OTC products. (Website). http://www.fda.gov/bbs/topics/NEWS/NEW00725.html. Apr. 27, 2000.
231. WAHAB, M. and KILLICK, S. Oral contraceptive knowledge and compliance in young women. British Journal of Family Planning 22(4): 170-174. Jan. 1997.
232. WANG, C.C., VITTINGHOFF, E., HUA, L.S., YUN, W.H., and RONG, Z.M. Reducing pregnancy and induced abortion in China: Family planning with husband participation. American Journal of Public Health 88(4): 646-648. Apr. 1998.
233. WANG, E., SHI, S., CEKAN, S.Z., LANDGREN, B. M., and DICZFALUSY, E. Hormonal consequences of “missing the pill.” Contraception 26(6): 545-565. Dec. 1982.
*234. WEAVER, K. and GLASIER, G. Interaction between broad-spectrum antibiotics and the combined oral contraceptive pill: A literature review. Contraception 59(2): 71-78. Feb. 1999.
235. WEISBERG, E. OCs and community failure rate: What can the GP do to reduce it? Current Therapeutics 35(9): 47-48, 51-52. Sep. 1994.
236. WELLS, E., CROOK, B., and MULLER, N. Emergency contraception: A resource manual for providers. Seattle, Washington, Program for Appropriate Technology in Health, May 1997. 34 p.
237. WESTCOTT, M., KOVACS, G., and JARMAN, H. Attitudes to oral contraception in family planning attenders. British Journal of Family Planning 18(3): 85-88. Oct. 1992.
238. WESTOFF, C.F. and BANKOLE, A. Mass media and reproductive behavior in Africa. Calverton,

Maryland, Macro International, Apr. 1997. (Demographic and Health Surveys Analytical Report No. 2) 39 p.
239. WESTOFF, C.F. and BANKOLE, A. Mass media and reproductive behavior in Pakistan, India and Bangladesh. Calverton, Maryland, Macro International, May 1999. (Demographic and Health Surveys Analytical Report No. 10) 32 p.
240. WILLIAMS-DEANE, M. and POTTER, L.S. Current oral contraceptive use instructions: An analysis of patient package inserts. Family Planning Perspectives 24(3): 111-115. May/Jun. 1992.
241. WINIKOFF, B. Extra contraceptive protection during combined oral contraceptive use and antibiotics. In: Weaver, K. and Glasier, A. Interaction between broad-spectrum antibiotics and the combined oral contraceptive pill. Contraception 59(2):71-78. 1999.
242. WOOD, R., BOTTING, B., and DUNNELL, K. Trends in conceptions before and after the 1995 pill scare. Office for National Statistics, United Kingdom, Autumn, 1997. 89 p.
243. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Abortion. A tabulation of available data on the frequency and mortality of unsafe abortion. Geneva, WHO, 1997.
*244. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Improving access to quality care in family planning: Medical eligibility criteria for contraceptive use. Geneva, WHO, 1996. 143 p.
*245. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Improving access to quality care in family planning: Medical eligibility criteria for contraceptive use. 2nd ed. Geneva, WHO, May 2000. (Draft).
246. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) and INTERNATIONAL FEDERATION OF GYNECOLOGY AND OBSTETRICS (FIGO). Community-based services for family planning: The role of the medical profession. International Journal of Gynecology and Obstetrics 49(1): 85. Apr. 1995.
247. YESHAYA, A., ORVIETO, R., KAPLAN, B., BAR-HAVA, I., BAR, J., and BEN-RAFAEL, Z. Flexible starting schedule for oral contraception: Effect on the incidence of breakthrough bleeding and compliance. European Journal of Contraception and Reproductive Health Care 3(3): 121-123. Sep. 1998.
248. YESHAYA, A., ORVIETO, R., KAUSCHANSKY, A., DICKER, D., BAR-HAVA, I., and BEN-RAFAEL, Z. A delayed starting schedule of oral contraception: The effect on the incidence of breakthrough bleeding and compliance in women. European Journal of Contraception and Reproductive Health

Care 1(3): 263-265. Sep. 1996.
249. YOUNGKIN, E.Q., DAVIS, M.S., and KOLB, K.W. Making oral contraceptives available over-the-counter [letter]. Nurse Practitioner 21(3): 13, 133-134, 143-144. Mar. 1996.
250. ZAVALA, A.S., PEREZ-GONZALES, M., MILLER, P., WELSH, M., WILKINS, L.R., and POTTS, M. Reproductive risks in a community-based distribution program of oral contraceptives, Matamoros, Mexico. Studies in Family Planning 18 (5): 284-290. Sep./Oct. 1987.

ADDENDA

251. BELFIELD, T. (Family Planning Association (UK)) [Practical use of seven-day guidelines] Personal communication, Jun. 16, 2000.
252. GESTODENE STUDY GROUP 324. Cycle control, safety and efficacy of a 24-day regimen of gestodene 60mg/ethinlyestradiol 15mg and a 21-day regimen of desogestrel 150mg/ethinylestradiol 20mg. European Journal of Contraception and Reproductive Health Care 4(Suppl. 2): 17-25. Nov. 1999.
253. HANSEN, T.H. and LUNDVALL, F. Factors influencing the reliability of oral contraceptives. Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica 76(1): 61-64. Jan. 1997.
254. KAKOURIS, H. and KOVACS, G.T. Pill failure and non-use of secondary precautions. British Journal of Family Planning 18(2): 41-44. Jul. 1992.
255. KOVACS, G.T., RIDDOCH, G., DUNCOMBE, P., WELBERRY, L., CHICK, P., and WEISBERG, E. Inadvertent pregnancies in oral contraceptive users. Medical Journal of Australia 150(10): 549-551. May 15, 1989.
256. PSL GROUP. Minesse (Gestodene/Ethinyl Estradiol), low-dose contraceptive, approved in Europe. Doctor's Guide. Mar. 23, 2000. (Available: http://www.pslgroup.com/dg/19396e.htm) 257. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Overcoming antimicrobial resistance. Geneva, WHO, 2000.
258. YIMIN, C., WEI, Z., ZHIMIN, L., YANG, Z., and AIYING, W. Contraceptive practices of women requesting termination of pregnancy: A study from China. Contraception 55(1): 15-17. Jan. 1997.
259. YOUNG, L.K., FARQUHAR, C.M., MCCOWAN, L.M., ROBERTS, H.E., and TAYLOR, J. The contraceptive

practices of women seeking termination of pregnancy in an Auckland clinic. New Zealand Medical Journal 107(978): 189-192. May 25, 1994.

ISSN 0887-0241

Anterior
Parte principal | **Contenido**

111 Market Place, Suite 310, Baltimore, MD 21202, USA
Phone: (410) 659.6300/Fax: (410) 659.6266/E-mail: **Poprepts@jhuccp.org**